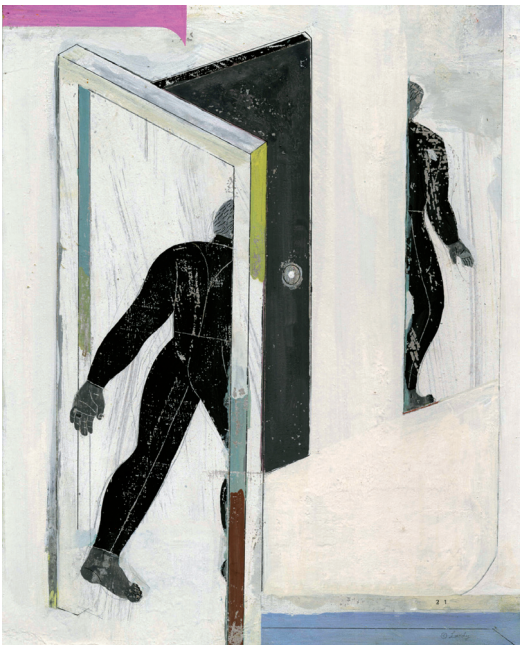
LOUIS CROCQ

16 LEÇONS SUR LE TRAUMA



Odile Jacob

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Seize leçons sur le trauma

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Louis Crocq

Seize leçons sur le trauma

Odile Jacob

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

© Odile Jacob, août 2012
15, rue Soufflot, 75005 Paris

www.odilejacob.fr

ISBN 978 2 7381 7844 2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Introduction

La violence du monde moderne provoque des destructions, des morts et des blessés physiques ; elle cause aussi des « blessés psychiques », c'est-à-dire des victimes indemnes quant à leur corps, mais profondément choquées, « traumatisées », quant à leur esprit. En fait, tout blessé physique peut être aussi un blessé psychique, surtout s'il n'a pas perdu connaissance lors de l'accident, de l'agression ou de tout autre événement violent, et qu'il a vécu, dans ce court instant et dans la surprise, une expérience d'imminence de mort sans échappatoire. Ce phénomène de désorganisation du psychisme qu'on dénomme « trauma » peut frapper non seulement les victimes, mais aussi les témoins et les intervenants – policiers, pompiers, secouristes, personnels soignants – qui ont été exposés directement à l'événement effrayant et horrifiant.

Or ces personnes traumatisées vont rester très longtemps psychiquement perturbées, pour toute la vie dans certains cas, marquées définitivement par le sceau du trauma. Elles ne pourront se détacher du souvenir brut, sensoriel, de leur expérience traumatique. Elles seront sujettes à des visions et des cauchemars qui leur feront revivre l'événement ; elles seront désormais craintives, anxieuses, toujours sur le qui-vive, sursautant à la moindre alerte et se défendant par des phobies de tout ce qui peut leur rappeler les circonstances de leur trauma. Elles auront

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

l'impression de ne pas être comprises par les personnes de leur entourage – famille, collègues, amis –, qui « ne peuvent pas savoir ce que c'est » ; elles-mêmes se reprocheront de ne pas pouvoir exprimer ce qui leur est arrivé, comme si une « membrane invisible » les séparait à jamais des autres. Elles auront du mal à se réinsérer dans leur vie familiale, professionnelle et sociale et ne pourront pas, surtout s'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, épanouir leur personnalité. Bref, ces traumatisés seront autant de vies gâchées et de « destins compromis ».

Les situations traumatisantes – ou plus exactement « potentiellement traumatisantes », car un même événement peut faire trauma pour un individu et pas pour un autre, en fonction des différences de personnalité, de préparation, de disposition d'énergie pour faire face et de soutien apporté par l'entourage à cet instant précis – sont diverses : catastrophes naturelles ou technologiques, accidents, agressions physiques (dont le viol) et événements de guerre. Mais toutes ont ceci de commun qu'elles font effraction dans les défenses du psychisme : 1) défenses assurées par l'anticipation ; 2) défenses consistant à repousser les excitations violentes liées à l'événement ; 3) défenses consistant à comprendre ce qui arrive et lui donner du sens. Pour la personne qui le subit, le traumatisme psychique ou « trauma » s'avère, en dernière analyse, un phénomène de confrontation inopinée avec le réel de la mort, ou du néant, sans possibilité – dans la surprise et l'incompréhension – d'y reconnaître ou de lui attribuer un sens. Le « réel », c'est ce qui n'a pas de signification quand il est perçu ; il est différent de la « réalité », qui se présente à nous dès la perception au travers de l'écran de la culture, du vocabulaire et de l'imaginaire, et qui a du sens. Le monde que nous percevons est une réalité, travestie par le langage et choyée par l'imaginaire. Dans ce monde, deux exceptions : la mort et le néant, qui nous imposent leur réel brut. Nous n'en avons aucune « représentation », faute d'avoir bénéficié d'une « présentation » préalable ; car nul n'est revenu de chez les morts pour nous dire comment cela se passe, et nul n'est revenu du mystérieux néant de nos origines, ce néant sans vocabulaire, proprement « insensé ».

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les progrès de nos connaissances en biologie et en neurologie ont permis aux chercheurs et aux cliniciens de commencer à explorer et approfondir cette dimension du phénomène de trauma. On parle de « stress traumatique » pour spécifier que la réaction bio-physio-psychologique de stress, qui est une mise en alerte *a priori* défensive et adaptative, peut, si elle est trop intense, prolongée et répétée à de courts intervalles de temps, se muer en stress dépassé, traumatique, dans ses quatre modalités de sidération, d'agitation, de fuite panique et d'action en automate. L'existence de symptômes biologiques ou somatiques (tachycardie, hypertension, spasmes viscéraux, pâleur, sueur, tremblements) dans les tableaux cliniques de ces réactions de stress dépassé et aussi parfois dans les tableaux séquellaires tend à accréditer la nature biologique et physiologique du trauma. Et la considération de cette dimension biologique justifie des thérapeutiques médicamenteuses, au moins à titre d'appoint pour écrêter les symptômes gênants ressentis par la personne traumatisée.

Mais le véritable enjeu est psychologique, et l'investigation clinique met en évidence le phénomène de « dissociation pertraumatique » qui, dans un halo de déréalisation, de désorientation temporo-spatiale et de dépersonnalisation (avec impression d'être en dehors de soi), sépare la conscience en deux parties : une partie liée à la souvenance brute du trauma, qui inspire des réactions élémentaires automatiques et inadaptées, telles que sursauts, reviviscences et cauchemars ; et une partie conservée intacte, qui continue de fonctionner de façon circonstanciée, délibérée et adaptée.

Le partage et la synthèse de ces enjeux, attenants à la biologie et à la psychologie (psychologie de la conscience et de l'inconscient, et aussi psychologie cognitivo-comportementaliste, se rapportant aux conditionnements), sont difficiles à effectuer ; et les chercheurs poursuivent leurs travaux dans ces différentes directions. Le concept de « névrose traumatique », créé il y a plus d'un siècle au sujet des troubles psychiques dus aux accidents de chemin de fer et étendu ensuite à toutes les séquelles d'agression, a longtemps reçu l'accord consensuel des psychiatres européens, et

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

même des confrères des autres continents. Mais, depuis les années 1980, le concept d'« état de stress post-traumatique », proposé par les psychiatres américains réfléchissant sur les séquelles psychiques nombreuses et invalidantes de la guerre du Vietnam, reçoit, l'hégémonisme de la langue anglo-saxonne aidant, la faveur de beaucoup de cliniciens du monde entier. En matière d'hypothèse théorique, ce concept se prétend neutre, récusant le mot « névrose » trop évocateur, aux yeux de ses promoteurs, de la psychanalyse ; mais, à l'inverse, le mot « stress » relevant de la bio-neurologie, que gagne-t-on à s'affranchir d'un présupposé théorique si on se subordonne à un autre ? La querelle des enjeux théoriques n'est donc pas close.

Voilà pourquoi je propose de faire le point de tous les acquis et de toutes les interrogations concernant le trauma par la présentation, en seize leçons, de l'enseignement universitaire que j'assure depuis plus de vingt ans sur ce sujet. Il faut d'abord poser la question : « Qu'est-ce que le trauma ? » (leçon 1). Puis, il convient de décliner la clinique du trauma dans ses trois phases : immédiate, post-immédiate et différée-chronique (leçons 2, 3, 4). La phase immédiate est marquée par la dissociation per-traumatique ; la phase post-immédiate (du premier mois) est primordiale, débouchant soit sur l'effacement des symptômes, soit sur leur persistance anormale et leur évolution vers la névrose traumatique ; la phase différée-chronique est marquée par le syndrome de répétition (ou reviviscences involontaires et itératives du vécu sensoriel initial) et le « changement d'âme », ou altération profonde de la personnalité après l'impact du trauma. Ensuite, il est utile de dégager les spécificités éventuelles du tableau clinique chez l'enfant, chez la femme victime de viol, et chez le sauveteur exposé à un événement potentiellement traumatisant (leçons 5, 6, 7). Quelques leçons seront consacrées à des problèmes particuliers : nature et fonction du syndrome de répétition, question « trauma et mémoire », question « trauma et sommeil » (leçons 8, 9, 10). Puis, il conviendra d'explorer le champ thérapeutique : résilience (ou capacité spontanée à se débarrasser des effets du trauma), intervention psychologique

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

immédiate (*defusing* ou déchocage), post-immédiate (*débriefing* ou bilan psychologique d'événement), et traitement en phase chronique, visant la *catharsis* ou soulagement éclairé (leçons 11, 12, 13, 14). Les deux dernières leçons seront consacrées à l'histoire du trauma dans nos sociétés humaines (leçon 15), et aux mythes qui sont attachés au trauma depuis des temps immémoriaux (leçon 16).

Pourquoi ce livre ? Du fait de mon état de psychiatre des armées, j'ai dû soigner – depuis 1953 jusqu'à aujourd'hui encore – des militaires et des civils souffrant de névrose traumatique de guerre ; ainsi que des victimes d'attentats et de catastrophes, dans le cadre du réseau national des « cellules d'urgence médico-psychologique », réseau que j'ai créé sur ordre du président de la République Jacques Chirac et sur instruction du ministre à l'Action humanitaire d'urgence Xavier Emmanuelli, au lendemain de l'attentat de la station du RER Saint-Michel le 25 juillet 1995. Pendant ces patientes années d'activité, par-delà ma vocation de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique, et tout au long de mon écoute des plaintes des victimes, j'ai été habité par le désir de comprendre ce qu'est le traumatisme psychique, puis par l'intention de transmettre mon savoir et ma technique.

Conjointement à ce travail personnel, et à l'application des méthodes et techniques que m'avaient apprises mes maîtres – médecins, psychologues, philosophes et sociologues – des universités et des hôpitaux, j'ai étoffé ma réflexion par la lecture des ouvrages et publications scientifiques dans ce domaine, et par des discussions et échanges avec les collègues français et étrangers rencontrés dans des congrès nationaux et internationaux ; et je dois mentionner particulièrement l'Association de psychiatrie et neurologie de langue française, dont j'ai présidé le centenaire en 1990, la section de psychiatrie militaire et de catastrophe de l'Association mondiale de psychiatrie, dont j'étais président en 1995, l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) fondée en 1985, et l'Association de langue française pour l'étude

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

du stress et du trauma (ALFEST), que j'ai fondée avec quelques collègues en 1990.

Ainsi, le corps de cet enseignement s'est enrichi au fil des ans des découvertes et innovations faites par toutes les personnalités éminentes qui ont consacré leurs efforts à la compréhension des victimes traumatisées et à l'explicitation du phénomène trauma, et par là même ont contribué à l'édification d'un système de concepts permettant de percer et déchiffrer le mystère du trauma. C'est de la confrontation et de la sédimentation de cette diversité de points de vue, et de cette variété de théories, et de leur examen critique qu'a été élaboré et mis à jour ce programme d'enseignement. J'ai fait attention à expliquer dans des parenthèses le sens des mots techniques ou relevant du jargon des seuls professionnels du trauma. Ainsi, ce livre doit être accessible à des jeunes collègues à qui ce vocabulaire n'est pas encore familier et, pourquoi pas, au grand public désireux de se documenter sur le traumatisme psychique et de comprendre ce qu'est le trauma et en quoi il handicape ceux qui en sont victimes.

Que sont, en fin de compte, ces seize leçons, fruit d'un demi-siècle d'expérience, de confrontations et de réflexions ? À mon avis, il s'agit non pas tellement de la transmission d'un savoir achevé, mais plutôt, à l'adresse du lecteur, de l'invitation à une perpétuelle recherche, et à une auto-interrogation sans cesse relancée, pour répondre à cette énigme posée à l'homme depuis des temps immémoriaux, et qui est justement « la question du trauma ».

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

1re LEÇON

Qu'est-ce que le trauma ?

La violence de notre monde contemporain, qui laisse dans les esprits des conséquences psychologiques pénibles et durables, préoccupe tellement l'opinion publique que le vocable « traumatisme psychique » et son abréviation « trauma » ne sont plus l'apanage des psychiatres et des psychologues et sont désormais passés dans le langage courant. Aussi convient-il de les expliciter, dès cette première leçon, tant à l'usage des professionnels de santé qu'à celui de tout citoyen qui peut être victime de catastrophe ou d'agression, ou peut compter de telles victimes parmi ses proches.

Trauma, stress et stress traumatique

LE TRAUMA : ORIGINE ÉTYMOLOGIQUE, CHAMP SÉMANTIQUE ET DÉFINITION

Le mot « trauma », contraction du mot « traumatisme », vient du grec ancien *traumatismos*, qui peut être traduit par « blessure ». Transposé à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

contusion ». Transposé ensuite à la psychopathologie, le mot – assorti de sa précision « psychique » – signifie « transmission d'un *choc psychique* (et non plus mécanique) exercé par des *agents extérieurs psychiques* (et non plus physiques) sur le *psychisme* (et non plus sur le corps), et y provoquant des *désordres psychiques* (et non plus somatiques) ».

Le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit. Un événement n'est jamais infailliblement traumatique, mais par rapport à la personnalité qui doit y faire face, avec ses forces constitutionnelles et sa disponibilité d'énergie. Voilà pourquoi il convient de parler plutôt d'événement « potentiellement traumatogène ».

Le trauma est le phénomène qui bouleverse le psychisme, en réponse à un événement qui implique menace de mort ou altération de l'intégrité physique ou psychique, comme par exemple : une agression individuelle, un viol, un accident grave, une embuscade, un attentat ou une catastrophe. Mais certains auteurs, principalement des psychanalystes, ont étendu le concept de trauma à des situations frustrantes de la vie courante donnant lieu à des réactions psychologiques modérées. Ainsi, certains ont parlé de traumas inapparents ou « silencieux » et de « traumas cumulatifs » (qui feraient trauma par accumulation de microagressions). À mon avis, il s'agit là d'acceptions abusives du concept, et il convient de réserver au trauma ses caractères de violence et d'exception (Crocq, 1974).

Compte tenu de ces considérations, on peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme : « Le phénomène de bouleversement qui se passe à l'intérieur du psychisme lorsqu'un excès d'excitations extérieures attenantes à un événement subit, violent et agressant vient faire effraction au travers des défenses de ce psychisme. »

Cela étant, comme l'usage – venant des cliniciens américains – a promu le vocable de « stress traumatique », il nous faut examiner ce qu'est le stress, et comment il s'articule au phénomène du trauma.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LE STRESS : ORIGINE, NATURE ET AVATARS

En 1980, la troisième version du système nosologique américain *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) a promu le vocable de *post-traumatic stress disorder* (PTSD dans sa formule abrégée), traduit en français par « état de stress post-traumatique » pour désigner ce que les nosographies (c'est-à-dire les classifications des maladies) européennes reconnaissaient sous le concept de névrose traumatique. L'introduction du mot anglais *stress* dans la pathologie psychique n'est pas anodine et reflète une prise de position résolument biologique, au détriment du mot « névrose », récusé par les auteurs du *DSM* à cause de sa connotation psychanalytique.

Le mot anglais *stress* est emprunté au vocabulaire des métallurgistes, qui désignaient ainsi les modifications d'un métal soumis à des forces de pression, d'étirement ou de torsion. En 1914, le physiologiste américain Cannon l'a transposé à la régulation hormonale des émotions, chez l'animal (cité par Selye, 1950). En 1945, les deux psychiatres militaires américains Roy Grinker et John Spiegel l'appliquent à la pathologie psychiatrique de guerre, dans leur ouvrage intitulé *Men Under Stress*, pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat et développant en conséquence des troubles mentaux aigus ou chroniques. En 1950, le physiologiste canadien Hans Selye adopte le terme de *stress* pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « syndrome général d'adaptation » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

Dans la conception de Selye, le *stress* était un phénomène neurophysiologique réflexe mettant immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense (voir encadré).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Le circuit du stress

Pour Selye, la réaction de *stress* se déroule selon le circuit suivant : transmission des informations nociceptives (agressantes) des organes des sens au cerveau cortical par les voies nerveuses afférentes ; puis transmission de ces informations du cortex vers le mésencéphale par des connexions intracérébrales ; puis émission par ce mésencéphale de deux sortes de messages vers les organes effecteurs, *primo* des messages neurovégétatifs (innervation sympathique et parasympathique des organes internes) utilisant la voie des nerfs, et *secundo* des messages hormonaux (délivrés par la posthypophyse) utilisant la voie sanguine. Ces messages avaient pour effet de mobiliser certains effecteurs dans la vie neurovégétative et la vie de relation, et de mettre ainsi l'organisme en état de répondre dans l'urgence : attitude d'alerte, mobilisation de l'énergie, gestes de défense ou conduites de retrait et de fuite.

Des recherches neurobiologiques postérieures aux travaux de Selye (décédé en 1982) ont permis d'approfondir les mécanismes du *stress*, qui se déroule selon quatre axes. L'axe cathécholaminergique (axe de l'adrénaline), reliant l'hippocampe (cerveau central), le système sympathique, et la surrénale, aboutit dès qu'il est activé à la libération immédiate d'adrénaline dans le sang, avec ses effets d'accroître le taux de sucre sanguin, le rythme cardiaque, la pression artérielle, la vasoconstriction périphérique et aussi la vigilance. Ses effets durent environ quinze minutes. L'axe corticotrope (axe du cortisol), reliant l'hypothalamus (cerveau central), l'hypophyse et la surrénale, démarre à plus quinze minutes et entraîne une libération sanguine massive de cortisol, qui favorise la glycogenèse (fabrication de sucre) à partir des protides et des lipides, prenant ainsi le relais de l'adrénaline qui a rapidement épuisé les réserves en glycogène. Son action dure plusieurs heures. L'axe des peptides opiacés utilise la libération de certains peptides issus de la dégradation d'un précurseur hormonal du cortisol, et dont l'effet serait d'atténuer l'intensité de la réponse émotionnelle, et en particulier de la réponse de peur. Enfin, l'axe immunitaire pourrait représenter le niveau le plus

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

profond de l'activité défensive du stress. Certaines recherches, dont celles de Glaser aux États-Unis (1990), ont montré que la gestion cognitive du stress exercerait un effet stimulant sur les défenses immunitaires.

La réaction de *stress* en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas une demi-journée, ou vingt-quatre heures tout au plus. Toutefois, si les stresseurs (facteurs de stress) maintiennent leur action, il va de soi qu'elle se prolongera d'autant. Son inconvénient est qu'elle est grevée de symptômes gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux) et qu'elle est coûteuse en énergie. Elle est même tellement dépensière en énergie qu'elle épuise les réserves hormonales et glucidiques et que, si la situation d'agression se perpétue ou se renouvelle à de trop brefs intervalles, l'organisme s'effondre et peut même mourir. Dans les expériences de Selye, des *stress* violents et prolongés pouvaient aboutir à la mort de l'animal par épuisement.

Selye préconisait de distinguer le *stress*, réaction interne de l'organisme, des *stressors* (« stresseurs ») ou agents extérieurs provoquant cette réaction. Cette distinction est importante, et judicieuse, car, dans la conscience populaire, on voit encore le mot *stress* utilisé à tort, au lieu de stresseur, pour désigner l'agent causal. Selye avait aussi, vers la fin de sa vie, étendu la notion de stress aux réactions de joie subite éprouvées à l'annonce d'un événement heureux (mariage, héritage, avancement dans la carrière). Ces réactions étaient du même ordre que les *stress* face à une agression ou une menace, et les modifications observées sur les effecteurs étaient les mêmes. Il y avait ainsi les *eustress* du bonheur, et les *distress* du malheur. Enfin, une troisième distinction acceptée par Selye comprenait une variété atténuée et prolongée du *stress*, concernant les « *stress* de la vie courante ». À côté des *stress* répondant à une agression intense et brève, il y avait lieu d'admettre les *stress* répondant à des microagressions prolongées ou répétées (par exemple, l'exposition prolongée aux vibrations, au bruit, à

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

l'éclairage violent, aux atmosphères enfumées), le manque de sommeil et de repos et même les soucis et conflits de la vie quotidienne.

Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, on peut définir le stress comme : « La réaction biologique, physiologique et psychologique immédiate d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu (plutôt que de l'organisme) à une agression, une menace ou une situation inopinée » (Crocq, 1999).

STRESS ADAPTÉ ET STRESS TRAUMATIQUE

Les conceptions américaines ont introduit la notion de « stress traumatique » dans la pratique clinique des psychiatres et les réflexions des chercheurs. Mais comment associer dans un seul vocable des phénomènes aussi étrangers l'un à l'autre que sont le stress et le trauma ? Ce sont deux phénomènes qui se situent dans des registres différents : registre psychologique pour le trauma, registre biophysiologique pour le stress. Toutefois, on admet l'existence d'un volet psychologique du stress. La réaction de stress est une réaction réflexe, dont le déclenchement échappe à la volonté du sujet. Mais ce même sujet est conscient ensuite des effets physiologiques et psychologiques du stress : il sent son pouls battre plus vite, sa respiration s'accélérer et il se voit trembler ou devenir maladroit. Sur le plan psychique, il se constate plus vigilant, plus tendu, entièrement attentif à la situation de danger, habité par l'appréhension ou la peur et tenté par la volonté d'agir ; ou, inversement, il se sent décontenancé par la surprise, impuissant, incapable de comprendre la situation, terrorisé et pétrifié.

Il y aurait ainsi des « stress adaptatifs », avec exacerbation des capacités cognitives, maîtrise de l'émotion et incitation à l'action efficace ; et des « stress dépassés », avec incompréhension de la situation, perte du contrôle émotionnel et sidération (ou autre perturbation de la volonté et du comportement). Les stress adaptatifs ne seraient pas « traumatiques », tandis que les stress dépassés le seraient, se déroulant dans un vécu d'expérience de trauma. Cette distinction peut connaître toutefois des exceptions ;

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

ainsi, un jeune pompier peut faire montre d'un comportement adapté lors d'une intervention, avec décision pertinente, contrôle émotif apparent et action efficace, mais développer un mois après la pire des névroses traumatiques parce qu'il aura aperçu, pendant son action, le cadavre mutilé d'un enfant et que cette image a continué de le miner d'une manière torpide.

Théories et modèles explicatifs du trauma

Cela étant, est-on certain que tel ou tel clinicien et tel ou tel chercheur partagent bien le même langage lorsqu'ils parlent de trauma ? Quelles conceptions et théories psychologiques sont-elles – diversement – utilisées comme référence, explication, voire perspective thérapeutique au phénomène de trauma ? C'est ce qu'il convient d'inventorier dans un rapide survol des théories et modèles explicatifs du trauma. Je vais passer en revue, tour à tour, les hypothèses organiques ou biologiques, les modèles psychologiques, les modèles psychanalytiques et les approches phénoménologiques.

LES HYPOTHÈSES ORGANIQUES ET BIOLOGIQUES

Le *railway brain* et le *railway spine* de Putnam et Valton

À la fin du XIX^e^ siècle, on imputa aux premières névroses consécutives aux accidents de chemin de fer une origine organique, postcommotionnelle (Duchesne, 1847 ; Eriksen, 1866). On pensait en effet que la commotion cérébrale provoquée par le choc de l'accident déterminait soit des hémorragies, soit des lésions des cellules nerveuses du cerveau. Putnam et Walton (1884) avaient même proposé les termes de *railway brain* et *railway spine* (« cerveau ou moelle épinière du chemin de fer ») pour désigner cette pathologie (tous auteurs cités par Jean Crocq, 1896).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Vent de l'obus et *shell-shock* en 1914-1918

La guerre de 1914-1918 est venue relancer l'hypothèse commotionnelle avec sa dimension organiciste. Beaucoup de soldats victimes de l'effet de souffle des explosions d'obus présentaient des tableaux cliniques à dominante confusionnelle accréditant cette hypothèse. En France, l'ancien « syndrome du vent du boulet » des armées napoléoniennes inspira les hypothèses du « vent de l'obus ». Du côté austro-allemand, on parla de *Granatexplosion* ou *Granatschockwirskung*. Mais c'est le terme anglais de *shell-shock* (Mott et Myers, 1915, 1916) qui entraîna la faveur des psychiatres aux armées. On pensait alors que toute cette pathologie était déterminée par l'effet mécanique du souffle des explosions et correspondait à des lésions des méninges, des vaisseaux cérébraux, voire des tissus nerveux. À tout le moins, on conjecturait que des sidérations fonctionnelles réflexes des circuits cérébraux étaient provoquées par la violence de l'explosion ou par le choc émotif (Babinski, 1917).

Le modèle bio-neuro-physiologique du stress

De nos jours, le modèle bio-neuro-physiologique du stress a pris le relais des anciens modèles neuro-organiques des troubles psychotraumatiques. *A priori*, ce modèle s'applique au phénomène neurophysiologique de stress plutôt qu'au phénomène psychologique de trauma. Toutefois, des mesures biologiques effectuées chez des sujets atteints d'état de stress post-traumatique (PTSD) tendraient à mettre en évidence des modifications biologiques comparables à celles du stress (Van der Kolk, 1984) ; et les travaux de certains chercheurs ont montré une augmentation significative de noradrénaline sanguine chez des vétérans atteints de PTSD à qui on projetait des images de combat (MacFall, 1990 ; Perry et Southwick, 1990).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LES MODÈLES COMPORTEMENTALISTES ET COGNITIVISTES

Le modèle pavlovien : la névrose traumatique des chiens de Leningrad

En 1924, Pavlov (cité par Sargant, 1959) avait fortuitement observé, lors d'une crue de la Néva qui avait envahi son laboratoire et effrayé les chiens en cours de conditionnement (les animaux prisonniers nageaient désespérément dans l'eau qui était près d'atteindre le plafond de leur cage), un bouleversement post-émotionnel des conditionnements acquis ou en cours. Les animaux présentaient des comportements d'*égalisation* (réponse stéréotypée à tout stimulus), de *désorganisation paradoxale* (l'animal réagit plus aux stimuli faibles qu'aux stimuli forts), de *réaction ultraparadoxale* (les conditionnements positifs acquis antérieurement deviennent négatifs et *vice versa*) et d'*excitation paroxystique*, quasi hystérique. Il s'agissait pour Pavlov des quatre modalités de l'*inhibition supra-maximale*, ou réaction d'urgence à une stimulation d'importance vitale, désorganisant les conditionnements acquis antérieurement, et comparable à l'installation de la névrose traumatique chez l'homme. Pendant la Seconde Guerre mondiale, deux psychiatres britanniques (Sargant et Shorvon, 1945) adoptèrent la théorie de Pavlov pour expliquer les névroses de guerre observées lors du réembarquement de Dunkerque et du blitz de Londres.

D'autres modèles inspirés du conditionnement : impuissance apprise et inoculation croissante

Par la suite, Mowrer (1960) considéra la névrose traumatique comme une généralisation pathologique d'une réponse initialement adaptative : la réponse initiale d'évitement subirait un renforcement négatif avant de se généraliser à tout stimulus. Seligman (1968), pour sa part, a élaboré le modèle de l'*impuissance apprise*, ou *résignation acquise* : des chiens, soumis à des

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

chocs électriques sans possibilité de les éviter, réagissent d'abord par des aboiements et de l'agitation, puis cessent de se débattre et restent résignés et silencieux dans un coin de leur cage. Van der Kolk *et al*. (1984) ont transposé cette hypothèse au PTSD, en le considérant comme relevant du modèle du choc sans échappatoire (*inescapable shock*).

Les modèles cognitivistes

D'autres modèles, dits « cognitivistes », introduisent la connaissance que le sujet a du danger (*structure cognitive propositionnelle* de Foa et Kozak, 1986), le préparant à se défendre ou à fuir. Si le sujet ne peut attribuer une signification de danger à une situation, sa structure cognitive propositionnelle se trouve perturbée, et il présente alors des réactions d'évitement et des symptômes de reviviscence. Jones et Barlow (1991) proposent un modèle similaire, de passage de l'*alarme vraie* à l'*alarme apprise*, avec appréhension anxieuse systématique et conduites d'évitement.

LES MODÈLES PSYCHOLOGIQUES

Oppenheim et la névrose traumatique

À l'époque des premiers accidents de chemin de fer, certains cliniciens, tels Herbert Page en Grande-Bretagne (1883, cité par Jean Crocq, 1896) et Jean-Martin Charcot en France (1884-1890), ont récusé l'hypothèse du *railway brain* pour défendre la théorie du choc émotif. Puis l'Allemand Herman Oppenheim proposa en 1888 le vocable de « névrose traumatique ». Dans son livre, *Die Traumatischen Neurosen*, illustré par quarante-deux cas de névrose consécutifs à des accidents de chemin de fer, Oppenheim optait sans ambiguïté pour la thèse psychogénique, incriminant l'effroi (*Schreck*), qui provoque un ébranlement psychique (*Seelishe Erschütterung*) « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ».

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Pierre Janet et la dissociation de la conscience

En publiant en 1889 sa thèse de doctorat ès lettres *L'Automatisme psychologique*, Pierre Janet se pose, quatre ans avant Freud, en découvreur de l'inconscient traumatique et propose une théorie explicative séduisante de la névrose traumatique, théorie qu'il explicitera davantage dans son ouvrage de 1919, *Les Médications psychologiques*. Pour Janet, ce qui caractérise essentiellement le névrosé traumatique, c'est l'impossibilité de se détacher du souvenir de son trauma. Il s'agit d'un souvenir brut, sensoriel, subconscient, et non pas d'une représentation mentale construite. Janet donne à cette souvenance le nom d'« idée fixe » et fait remarquer qu'elle fait bande à part dans le subconscient – à la manière d'un parasite –, suscitant des images, des pensées, des reviviscences et des gestes élémentaires « automatiques » (d'où le titre de sa thèse) et inadaptés, tandis que le reste de la conscience continue de fonctionner d'une façon circonstanciée, élaborée et adaptée. Sous-tendant le trauma, il y a donc un phénomène de « dissociation de la conscience », que Janet avance comme hypothèse pathogénique de l'hystérie traumatique.

LES MODÈLES PSYCHANALYTIQUES

Freud et la conception économique du traumatisme

Dans la *Communication préliminaire* (1893) qui précède la publication des *Études sur l'hystérie* (1895), Sigmund Freud et Joseph Breuer empruntent à Janet les hypothèses du souvenir traumatique parasite et de la dissociation du conscient. Mais, là où Janet était embarrassé par le statut du souvenir traumatique, ils proposent le concept platonicien de *réminiscence*, plus approprié pour rendre compte de cette sorte de mémoire brute et parcellaire. Pour Freud, ce qui fait trauma, c'est une expérience occasionnant des affects très pénibles non « abréagis » dans l'immédiat (par l'action, les pleurs ou la représentation mentale),

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

et insuffisamment abréagis ultérieurement (faute d'associations). L'abréaction serait une réaction différée, visant à improviser la défense qui n'a pas pu avoir lieu lors de l'agression traumatique, sous le coup de la surprise et de la sidération.

La guerre de 1914-1918 et les inquiétudes qu'elle introduisait (ses trois fils étaient au front) amèneront Freud à réfléchir à nouveau sur le trauma. En septembre 1918, présidant le V^e^ Congrès international de psychanalyse à Budapest, il y prononce une *Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre* (1919), dans laquelle il prône une « théorie de la libido dans les névroses » (plutôt qu'une étiologie sexuelle) : les névroses de guerre et les névroses traumatiques du temps de paix découlent d'avatars de la « libido narcissique », amour de soi-même, « qui s'attache au moi et s'en rassasie ».

Un pas de plus sera effectué avec la parution de l'essai *Au-delà du principe de plaisir* (1920), dans lequel Freud explicite sa conception des névroses traumatiques. Après avoir distingué la *peur* (face à un danger identifié) de l'*angoisse* (état d'attente d'un danger inconnu) et de la *frayeur* (surprise et peur face à un danger soudain), il s'interroge sur le mystère soulevé par le cauchemar de répétition des névroses traumatiques, répétition obstinée du désagréable, qui contrevient au principe « hédonique » du rêve (habituellement, les rêves nous accorderaient la nuit les plaisirs et satisfactions que l'on n'a pas pu obtenir dans la vie diurne consciente). Et il l'attribue à une mystérieuse « compulsion de répétition », datant dans le développement psychique d'avant le principe de plaisir (d'où le titre de son essai), et cherchant à assurer tardivement sur sa reproduction la maîtrise qui n'a pas pu se faire lorsque l'événement traumatique est survenu.

Pour illustrer ses conceptions, Freud a recours à l'image de la « vésicule vivante », comparant le psychisme à une boule protoplasmique excitable protégée contre les stimulations venant de l'extérieur par sa couche superficielle « pare-excitation » (c'est-à-dire qui permet de parer les excitations agressantes). Cette couche externe repousse les excitations ou les atténue en les filtrant, les rendant ainsi plus faciles à immobiliser, puis à assimiler ou à

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

expulser. Le système se complique toutefois du fait que la boule protoplasmique reçoit aussi en permanence des excitations internes risquant d'accaparer une énergie qui serait utile pour venir renforcer la barrière de défenses lorsqu'un danger est signalé. Ainsi, l'image de la vésicule vivante désigne un système énergétique en constant remaniement et le phénomène de traumatisme ne peut être que relatif, dépendant à la fois de la violence de l'événement et de l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses. Dès 1916, dans son *Introduction à la psychanalyse*, Freud avait écrit : « Le terme traumatique n'a d'autre sens qu'économique. »

Le modèle de Fenichel

Otto Fenichel est le psychanalyste qui a fourni le modèle de trauma le plus fidèle à l'orthodoxie freudienne. Ce modèle est présenté dans deux chapitres de son ouvrage *La Théorie psychanalytique des névroses* (1945), consacrés à la névrose traumatique et à ses complications psychonévrotiques. Reprenant le modèle énergétique freudien, Fenichel distingue trois cas de figure : ou bien le sujet est sain et reposé et son pare-excitation sera capable de faire face à l'afflux d'excitation de l'événement ; ou bien, il est sain mais conjoncturellement épuisé, et son pare-excitation ne pouvant repousser ni filtrer les agressions, il fera une névrose traumatique pure ; ou bien enfin, il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie sera toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, et il développera une névrose traumatique « colorée » ou « compliquée » des symptômes de la névrose antérieure.

Le trauma selon Ferenczi

Dans deux travaux de psychiatrie de guerre (1916, 1918), Sandor Ferenczi, élève de Freud mobilisé aux armées en 1914-1918, met l'accent sur l'origine et le sens des symptômes hystériques : tel soldat, paralysé des membres inférieurs, était resté figé au moment de l'effroi, « ses pieds avaient pris racine » ; tel autre,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dont le coude est bloqué à angle droit, a gardé son bras dans la position du tireur couché. Ces patients sont des hommes « qui ne sont pas encore revenus de leur effroi ». Leurs symptômes de conversion se dressent énigmatiques et inaltérables dans le présent « comme les pierres tombales » de souvenirs affectifs ensevelis dans les profondeurs, souvenirs « oubliés en eux-mêmes », mais qui leur sont associés et leur ont prêté leur énergie. Quant à la régression infantile et à l'impuissance sexuelle des névrosés de guerre, elles confirment leur « blessure narcissique » et leur retrait des investissements objectaux antérieurs (relations affectives équilibrées avec autrui) pour se tourner vers l'amour exclusif d'un moi qui a manqué de secours et d'amour au moment crucial.

Plusieurs publications postérieures à la Première Guerre mondiale vont démarquer Ferenczi du schéma économique freudien. Dans *Réflexions psychanalytiques sur les tics* (1921), il invite à s'interroger sur le sens du tic traumatique, différent du tic de conversion hystérique. Alors que, dans l'hystérie, le symptôme de conversion constitue une forme de symbolisation autoérotique du corps, dans le tic traumatique, c'est l'expérience traumatique elle-même qui est reproduite de façon paroxystique.

Considérant la traumatogenèse, ou mécanisme de constitution du trauma (*Réflexions sur le traumatisme,* 1932), Ferenczi pense que la première réaction à un choc serait toujours une « psychose passagère », impliquant une rupture d'avec la réalité (perte de conscience, vertige), suivie immédiatement d'une « compensation hallucinatoire positive » qui apporte l'illusion du plaisir. Sous l'effet du choc, une partie de la personnalité va désormais vivre pour son compte et chercher d'autres issues que celle du symptôme psychonévrotique (Ferenczi réinvente ici la « dissociation » de Pierre Janet). Et il présente une « psychologie de la commotion psychique comme vécu d'effondrement narcissique du sentiment d'invulnérabilité et comme expérience d'anéantissement du sentiment de soi ». La conséquence immédiate du traumatisme est l'angoisse, relative à l'incapacité à éliminer ou éviter l'agression. Seule l'autodestruction de notre cohésion psychique – unique solution accessible – peut nous délivrer de l'angoisse, évitant la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments.

Kardiner et le modèle de l'ego effectif

Dans ses deux ouvrages (en fait deux versions du même ouvrage) publiées en 1941 (*The Traumatic Neuroses of War*) et en 1947 (*War Stress and Neurotic Illness*), traitant respectivement des névroses de guerre de 1914-1918, et de 1941-1945, Abram Kardiner propose une conception originale et pragmatique de la psychanalyse des névroses de guerre : plutôt que l'*ego affectif* freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes traumatiques, ce serait l'*ego effectif* qui serait impliqué, débordé dans ses fonctions d'autonomie et de maîtrise. Cet *ego effectif*, développé dès la naissance, est chargé d'éliminer les stimuli agressifs, en inspirant des conduites de modification de l'environnement, ou de retrait hors de l'environnement. Cet *ego effectif* utilise surtout les sens, les capacités cognitives et psychomotrices et les régulations neurovégétatives (dépendant de l'innervation des organes par les nerfs du système sympathique et parasympathique). Il développe des fonctions d'autonomie et de maîtrise tant sur l'environnement externe que sur le milieu interne.

Sous la violence d'excitations traumatiques exceptionnelles, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation, de mémoire et de motricité volontaire sont débordées, et il ne reste à l'*ego effectif* agressé, comme solution, que la dissociation, tentative désespérée de maintenir le contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. La conception de Kardiner, proche elle aussi de la « dissociation traumatique » de Janet, sera reprise dans les années 1990 par des auteurs américains comme Charles Marmar (1997), avec l'hypothèse de la « dissociation péritraumatique ».

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Le modèle lacanien : le trauma fait trou dans le signifiant

On trouve éparses dans l'œuvre de Lacan des réflexions séduisantes sur la question du trauma, qui incitent à dépasser les limites du modèle énergétique freudien. Reprenant ces propositions, des psychanalystes tels que Guy Briole et François Lebigot (1994) ont élaboré une relance de la psychanalyse des névroses traumatiques dans cette perspective.

Pour ces auteurs, le trauma serait une rencontre inopinée avec le réel de la mort, sans que l'écran édulcorant du système signifiant ait eu le temps de venir le transformer en réalité compréhensible. Dans la vie courante, non traumatique, le « réel » est transformé dès le stade de la perception en « réalité » par le langage et la culture ; et le sujet n'est pas confronté avec ce que le réel brut a de dangereux et de menaçant ; il n'a affaire qu'à une réalité, « travestie par le fantasme et choyée par le rêve » (Crocq, 1999). Dans l'expérience traumatique, par contre, le sujet – par défaut de ce fantasme protecteur – se trouve brutalement confronté au réel brut. Le réel traumatique est donc ce qui est impossible à dire ou à représenter, et fait « trou » dans le signifiant.

LES MODÈLES PHÉNOMÉNOLOGIQUES

Viktor Frankl et l'expérience concentrationnaire

Viktor Frankl, psychiatre et psychanalyste viennois survivant des camps de la mort, écrivit d'une traite à son retour le petit livre de son expérience concentrationnaire, *Un psychiatre déporté témoigne* (1945). Il y raconte comment il a vécu intensément son arrivée au camp et sa sélection par l'officier SS selon la formule « être ou ne pas être ». Puis, il rapporte comment il a fallu s'habituer au « dénuement total », mais sauvegarder l'autonomie de sa pensée pour survivre. Frankl luttait contre l'« en deçà de la réalité » en focalisant sa contemplation intérieure sur un être aimé : son amour pour sa femme, dont il n'avait aucune nouvelle, n'était

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

plus le signifiant de l'existence corporelle de l'être, mais le signifiant de son existence spirituelle, son « être-avec-moi-ici ». La survie corporelle imposait de se fondre dans la masse, tandis que la survie spirituelle imposait un ultime sursaut de conscience individuelle, pour ne pas perdre le sentiment d'être une personne douée de pensée et de liberté intérieure.

Claude Vauterin et l'être-au-monde traumatique

Claude Vauterin, psychiatre militaire et philosophe, avait, lors d'une journée psychiatrique sur le trauma, tenue en 1994 à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes à Lyon (non publiée), esquissé une approche phénoménologique du trauma, où il opposait la pathologie traumatique – pathologie de la peur – au reste de la pathologie mentale, pathologie de l'angoisse. À l'inverse de l'angoisse, qui relève du *das-ein* (sentiment d'être là maintenant en soi), la peur implique un objet extérieur au *das-ein*, relevant d'un être-au-monde plus vaste. Les perturbations de temps (la répétition), d'ustensilité (le rétrécissement du champ existentiel) et d'éthique (la honte) qui caractériseraient l'état traumatique, ne renvoient pas à l'histoire intérieure de vie mais à la scène traumatique, qui est toujours déjà là, extérieure, et porteuse de non-sens (extinction de la vie) : c'est-à-dire accomplissement d'une « tragédie », avec ses références à la mort et au destin.

Claude Barrois : un pont entre psychanalyse et phénoménologie

Dans son ouvrage *Les Névroses traumatiques* (1988), le psychanalyste Claude Barrois s'est détourné résolument des schémas économiques quantitatifs pour proposer une exploration psychanalytique qualitative du trauma. Il définit le trauma comme rupture des liens avec le monde, césure de sens, intériorité envahie par l'angoisse de néantisation et bris de l'unité de l'individu. Face à la révélation du réel dépouillé de son masque, le traumatisé a expérimenté l'« effroi », annonce de « la mort de soi comme vérité ultime ». Son impossibilité de se référer à des signifiants vient

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

de ce que la mort, à laquelle il vient d'être confronté, n'a pas de « représentation » dans son psychisme, pour la bonne raison qu'elle n'a jamais eu « présentation » préalable. Les substituts forgés par la conscience et la culture, tels que le sommeil, le cadavre et les rites mortuaires, ne peuvent expliquer ni maîtriser cette confrontation. Certains développements avancés par Barrois établissent un pont entre psychanalyse et phénoménologie ; en particulier la présentation de l'accident traumatisant comme « moment propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition, « apocalypse » dans sa révélation, et « prophétie » dans sa proclamation.

L'approche phénoménologique du trauma, selon Louis Crocq

Par une autre voie, j'avais défendu cette vision phénoménologique du trauma (1965, 1966, 1974). En 1985 et 1999, je l'ai récapitulée. Ma conception du trauma repose sur trois points : l'aliénation traumatique, le bouleversement de la temporalité, et le non-sens impliqué par le trauma.

Tous les sujets traumatisés se plaignent de ressentir l'impression pénible d'avoir complètement changé de personnalité, de ne plus se reconnaître. Ils ont désormais une nouvelle manière de percevoir, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir. Et j'avais proposé le terme d'*imposture névrotique*, pour rendre compte – dans une perspective phénoménologique – du caractère xénopathique (influence étrangère imposée de l'extérieur) de cette invasion de la personnalité par un événement bouleversant, puis par son pseudo-souvenir devenu étranger et tyrannique (1966).

La temporalité du traumatisé est profondément altérée. Chez lui, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté sur l'instant figé de la terreur ou de l'horreur. Le présent, cristallisé, statique et privé de son évanescence, est réduit à une image spéculaire du trauma. Ne débouchant plus sur un nouveau présent différent et fugace, il ne promet aucun avenir. Et il remodèle même le passé, qui s'est arrêté à l'expérience du trauma sans révision ultérieure,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

le réorganisant sur cette image et ramenant tous les « passés possibles » à l'unicité d'un seul destin.

L'expérience traumatique a-t-elle un sens ? Plus qu'une rupture de sens ou un court-circuit dans le signifiant, le traumatisme serait une expérience de *non-sens*. À l'instant de l'irruption traumatique, l'espace ordonné du monde physique bascule pour faire place au chaos ; les convictions narcissiques s'effondrent, laissant le sujet désemparé ; les valeurs essentielles de l'existence – paix, prix de la vie et accessibilité au sens des choses – sont tout à coup déniées et remplacées par l'absence d'ordre, de cohérence et de signification. Le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le retour au *néant* mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, *non-sens* (Crocq, 1999).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

2e LEÇON

La réaction immédiate

Lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine mettant en jeu sa vie ou son intégrité physique ou mentale (c'est-à-dire à une situation potentiellement traumatisante), il présente immédiatement, de façon quasi réflexe, une réaction d'alarme, de mobilisation et de défense qui lui permet de faire face à cette agression. Cette réaction a longtemps été désignée dans les nosographies européennes sous le vocable de « réaction émotionnelle », bien que les sphères cognitive, volitionnelle et comportementale y soient aussi impliquées. L'adoption du mot anglais *stress* dans le vocabulaire de la neurophysiologie, et dans le langage courant, fait qu'elle est aujourd'hui plus souvent désignée, chez les scientifiques comme dans le grand public, sous le terme de *réaction de stress*. La *Classification internationale des maladies mentales*, dans sa dixième révision dite *CIM-10* (Organisation mondiale de la santé, 1992), seule nosographie officielle, la dénomme « réaction aiguë à un facteur de stress » (répertoriée F43.0). La nosographie américaine du *DSM* (dans sa quatrième révision dite *DSM-IV*, 1994) n'a rien prévu pour la désigner, ce qui est une lacune notable. Pour ne pas avoir à prendre position sur le plan pathogénique (car le *stress* a une connotation biophysiologique), je propose de dénommer « réaction immédiate » cette réaction qui suit immédiatement l'agression et qui ne dure que

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

quelques heures, et au maximum vingt-quatre heures. Elle est le plus souvent normale, adaptative (quoique grevée de symptômes neurovégétatifs gênants) ; mais elle peut s'avérer parfois pathologique, et inadaptative.

La réaction immédiate adaptative

La réaction immédiate adaptative, dénommée aussi « stress adapté », est une réaction d'alerte et de mobilisation (Crocq, 1999 ; 2003a). Elle double l'alarme et la mobilisation biophysiologiques du stress d'une alerte et d'une mobilisation psychologiques. Nous avons vu dans la leçon précédente que le stress impliquait un circuit bio-neuro-physiologique réflexe avec les effets suivants : le cœur bat plus vite, la tension artérielle s'élève, le rythme respiratoire est accru, le taux de sucre sanguin augmente, pour fournir cette réserve d'énergie aux muscles, la masse sanguine fuit de la périphérie vers les organes, les poils se hérissent et tout l'organisme est prêt à la riposte. Enfin, par un mécanisme de retour d'information (feed-back), le cerveau cortical est informé de ces modifications, et il peut moduler ses décisions en conséquence. Sur le plan physiologique, le stress est un mécanisme réflexe, indépendant de la volonté ; mais le sujet est conscient de ses effets.

Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans les quatre sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale. Dans la sphère cognitive, il se produit – spontanément, sans délibération ni décision volontaire – une élévation immédiate et rapide du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention et une exacerbation des capacités d'évaluation et de raisonnement, le tout aboutissant à l'élaboration d'une décision. La perception bascule subitement du mode réceptif passif à un mode actif de prospection sélective des signaux pertinents. Le sujet, qui recevait sans les retenir une multiplicité de stimuli visuels, auditifs, olfactifs, sensitifs, etc., de l'environnement, se

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

met subitement en état d'alerte et de prospection, il balaye l'environnement de son regard, il est à l'écoute des bruits, des voix, et des sensations, il hume les odeurs insolites, pour ne retenir que ce qui peut l'informer sur la menace, et il ne retient pas les stimuli non informatifs. Toute son attention, tout son esprit est monopolisé par la situation de danger, et les pensées et rêveries qu'il entretenait précédemment s'envolent, comme par miracle, sans que ce soit un effet délibéré de sa volonté. Ses facultés de jugement, d'évaluation (en gravité et en urgence), de mémoire (pour enregistrer les signaux pertinents et pour rameuter à l'esprit les schémas de réponse inculqués précédemment), de raisonnement (« si je fais ceci, qu'est-ce qui va en résulter ? ») sont exacerbées dans une hyperactivité rapide qui répond à l'urgence de la situation critique.

Dans la sphère affective, il se produit – à la faveur de la décharge biologique d'adrénaline – une bourrasque émotionnelle, relativement perturbante, mais qui entretient l'état d'alerte du narcissisme menacé, le porte à la conscience et inspire des sentiments d'appréhension, de frayeur ou de peur, et aussi d'agressivité, et parfois d'indignation et de colère. À noter que la réaction normale comporte aussi la réduction de cette marée émotionnelle et le contrôle des débordements de la peur. Toujours sur le plan affectif, la relation à autrui, dans cette réaction adaptée, demeure normale et adéquate à la situation : soit, lorsqu'il s'agit de victimes, empathie, altruisme et entraide envers les covictimes ; soit, lorsqu'il s'agit de sauveteurs, disponibilité et discipline.

Dans la sphère volitionnelle, la réaction immédiate se traduit par un désir impérieux de passer à l'action, de mettre la décision en œuvre ; le sujet ressent une tension interne désagréable qui ne sera réduite que par le passage à l'acte ; il s'arrache à son indécision, son apathie et son hésitation pour entrer dans l'action.

Dans la sphère comportementale enfin, cela se traduit par une séquence d'attitudes et de gestes adaptés : attitude d'alerte et de préparation à la défense, gestes de défense et de combat, ou gestes de retrait ou de fuite raisonnée, ayant pour but soit de réduire ou faire disparaître la menace, soit de mettre le sujet hors

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

de portée de la menace. Et ces séquences de décisions et de gestes seront modulées en fonction des résultats obtenus et des obstacles rencontrés. Tous ces gestes sont rapides mais non précipités ; ils sont harmonieux et efficaces, quoique moins « décontractés » que les gestes de la vie courante.

On peut donc dire que la réaction psychologique immédiate est *a priori* adaptative, voire salvatrice (et il convient à cette occasion de débarrasser le mot stress de la connotation péjorative que lui attribue le langage courant). En gros, on retiendra qu'elle a trois caractéristiques majeures : elle est focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie, et incitatrice à l'action.

> Ainsi, une femme figurant parmi les rescapés d'un attentat (grenades, puis mitraillage) sur un bateau de croisière en mer Égée (1988) qui avait fait plusieurs dizaines de morts et une centaine de blessés, raconte que, passé l'instant de surprise initiale, elle s'est vite ressaisie pour se mettre à l'abri, puis aider aux secours et aux soins. Elle nous dit : « Dans ces moments-là, on se trouve des ressources inattendues, on analyse bien la situation, on domine sa peur et son émotion et on se mobilise pour aider les autres… »

Mais c'est une réaction d'exception, grevée de symptômes gênants et coûteuse en énergie. Les symptômes gênants sont ceux qui accompagnent l'activation neurovégétative déclenchée par l'excitation du système nerveux sympathique et par la décharge d'adrénaline : accélération du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, élévation de la tension artérielle, pâleur et parfois sensation de faiblesse (lipothymie) ; sensation de « boule dans la gorge », de striction thoracique, de « nœud sur l'estomac », des frissons et des spasmes viscéraux (dont l'envie impérieuse d'uriner). Outre ces symptômes neurovégétatifs, on note aussi des symptômes psychiques, tels que vécu d'irréalité et sensation de tension psychique pénible (ne serait-ce que par la prise de conscience lucide de la gravité de la situation) ; et des symptômes psychomoteurs, tels que lenteur, lourdeur ou imprécision des gestes ou altération de la voix. La réaction immédiate est coûteuse en énergie ; en énergie physique, car elle épuise les réserves de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

glucides de l'organisme, et en énergie psychique, car elle épuise les capacités d'attention soutenue, de mémorisation et de contrôle émotionnel ou moteur. D'ailleurs, dès qu'elle se termine, au bout d'une ou plusieurs heures selon que les situations agressives sont éphémères ou prolongées, elle débouche sur un état psychique ambigu qui mêle un vécu de soulagement euphorique (« quitte pour la peur ») avec une sensation d'épuisement physique et psychique (impression d'être « vidé »).

La réaction immédiate inadaptée, dite de « stress dépassé »

On dit que cette réaction immédiate inadaptée est le fait de sujets psychologiquement fragiles, ou non préparés, ou isolés et supportant mal cet isolement au moment où ils sont attaqués. Mais elle peut être observée aussi chez quiconque, dans les agressions exceptionnellement violentes, ou dans les situations d'agression prolongée ou répétée à de courts intervalles de temps. Cette réaction immédiate inadaptée peut se présenter sous quatre formes, qui sont la sidération, l'agitation, la fuite panique et l'activité d'automate (Crocq, 2003c).

LA SIDÉRATION

Elle saisit le sujet d'un coup, d'emblée, dans toutes ses facultés. Sur le plan cognitif, il est stupéfait, incapable de percevoir, d'évaluer, de penser, de s'exprimer. Il ne sait plus qui il est, ni où il se trouve. Sur le plan affectif, il est stuporeux, au-delà de la peur, dans une espèce d'état second. Certains sujets disent : « J'avais plus peur que la peur, au point que j'étais comme indifférent à tout ce qui pouvait m'arriver » ; d'autres disent : « J'avais l'impression que cela arrivait à d'autres que moi. » Sur le plan volitionnel, ces sujets sont sidérés, frappés d'une paralysie de la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

volonté, d'une suspension de leur faculté de décider, de prendre une initiative. Ils n'écoutent pas les exhortations données par les autres, ils semblent transportés dans un autre monde. Sur le plan comportemental, ils sont comme paralysés, pétrifiés ; ils demeurent immobiles dans le danger, sous les balles ou dans les flammes, ne devant leur salut qu'à leurs camarades qui les plaquent au sol ou les roulent par terre.

> Une femme, victime d'un attentat à l'explosif dans un grand magasin parisien en 1985, dira : « Je restais pétrifiée, immobile, tandis que mes vêtements étaient en feu ; je me regardais brûler sans rien pouvoir faire… »

L'AGITATION

État d'excitation psychique, de désordre affectif et d'anarchie volitionnelle, c'est la réaction inverse. Le sujet agressé et stressé a envie d'agir, mais son stress est trop intense pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Alors il libère sa tension anxieuse dans une décharge motrice sauvage et désordonnée : il gesticule, crie, s'agite en tous sens, court dans une direction puis revient dans une autre, profère des propos incohérents. La terreur et l'affolement se lisent sur son visage, et sa relation à autrui est très perturbée : il sait qu'il est parmi les autres, mais il ne les reconnaît pas toujours, ne les écoute pas et n'obéit pas. S'il est cadre responsable, il donne des ordres contradictoires et non conformes aux consignes apprises, qu'il a oubliées. Au lieu de faire son travail, il intervient dans les missions de ses subordonnés et sème le désordre. On voit ainsi des victimes affolées crier, gesticuler et courir en tous sens ; et on voit aussi des cadres non médecins donner l'ordre d'évacuer des blessés dans des taxis uniquement parce qu'ils ne supportent pas la vue de ces blessés. Le mieux est de calmer de tels sujets, de les contenir s'il le faut et de les isoler.

> Un autocar ramenant des jeunes gens d'un stage de vacances dérape sur l'autoroute mouillée par la pluie et se couche sur le bas-côté. L'accident,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

survenu en pleine nuit (vers 3 heures du matin), ne fait aucun blessé, mais des contusionnés. En s'entraidant, les jeunes gens – filles et garçons – s'extraient par une des portes et les vitres brisées. Surpris dans leur sommeil, les rescapés sont d'abord désorientés, puis prennent conscience de ce qui s'est passé. Plusieurs sont immobiles et grelottent ; d'autres échangent leurs impressions ; mais une jeune fille est prise de tremblements de tout le corps et émet sans arrêt des gémissements. Quelques-uns de ses camarades parviennent non sans mal à la calmer et à la réconforter ; les gémissements cessent, mais les tremblements persistent, accompagnés de pleurs et de hoquets. Trente minutes plus tard, les pompiers la prennent en charge.

LA FUITE PANIQUE

Il est normal, pour un sujet qui a repéré une source de danger, de vouloir s'éloigner de ce danger. Mais, ce qui n'est pas normal, c'est de s'en éloigner dans une fuite impulsive, non raisonnée, éperdue, en bousculant, renversant et piétinant autrui, et sans même savoir où on va. Si quelqu'un arrête le fuyard et tente de le raisonner, il montre un faciès hagard, un regard vide, et une expression d'incompréhension totale. Dès qu'on le relâche, il reprend sa course et ne s'arrête que quand il sera épuisé. Et il ne conservera qu'un souvenir confus de sa fuite. Parfois, cette fuite panique individuelle pousse le fuyard droit dans le danger (en 1914-1918, on avait ainsi décrit la « fuite en avant » qui propulsait hors des tranchées des soldats anxieux incapables de supporter l'immobilité avant l'ordre d'attaque et les jetait vers l'ennemi dans des ruées quasi suicidaires). Cette impulsion à la fuite panique est très contagieuse : tel sujet désemparé et en quête de solution voit un voisin se sauver à toutes jambes et est pris d'une imitation gestuelle qui va le propulser lui aussi et procurer un dérivatif provisoire à son angoisse. Mais les paniques collectives, qui saisissent tout un groupe, un public ou une communauté en masse, relèvent d'une autre psychologie : la psychologie des foules, « l'âme collective de la foule », telle que l'a décrite Gustave Le Bon en 1895, avec son alignement sur les plus bas niveaux, son mode de pensée par

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

images plutôt que par concepts, son grégarisme, son impulsivité et sa propension au déferlement de violence dans l'anonymat irresponsable.

> En 1988, lors du crash aérien d'un avion de passagers dans une forêt, qui n'a fait heureusement qu'un mort et quelques blessés légers, certains passagers rescapés, à peine descendus au sol par les toboggans d'évacuation, affolés, se sont lancés dans une fuite impulsive pour s'éloigner de l'avion et ne se sont arrêtés qu'au terme d'une demi-heure de course en pleine forêt.

UN COMPORTEMENT D'AUTOMATE

De prime abord, ce comportement n'attire pas l'attention car il ne donne pas lieu à des gestes spectaculaires. Les sujets qui adoptent cette réaction semblent avoir un comportement normal : ils évacuent dans l'ordre, quoique lentement, et sans bousculade ni panique. Ils obéissent aux directives ; ou encore ils aident autrui, soit qu'ils en aient reçu l'instruction, soit qu'ils en aient pris l'initiative, ou un semblant d'initiative en imitant l'exemple donné par un autre. Mais un observateur exercé remarquera que leurs gestes sont très lents, ou saccadés, ou répétitifs et inutiles (comme le fait de tripoter sans cesse un bout de leur vêtement), ou dérisoires, peu adaptés à la situation. L'expression de leur visage est absente, comme s'ils ne se rendaient pas compte de la réalité tragique de l'événement. Si on leur parle, ils semblent écouter, mais ils n'enregistrent pas ce qui vient d'être dit. Eux-mêmes demeurent silencieux. Et, une fois l'action terminée, si on leur demande de dire ce qu'ils viennent de faire, ils en sont incapables, ou encore ils n'en ont conservé qu'un souvenir flou et émaillé de lacunes.

> Le lendemain de l'attentat terroriste à la station du RER Saint-Michel à Paris, le 25 juillet 1995, un rescapé déclare : « J'étais debout dans la voiture où l'explosion a eu lieu, mais je n'ai pas été blessé, protégé par quelques passagers qui ont fait écran. Abasourdi, je suis sorti en titubant par la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> porte détériorée et, dans la fumée, j'ai marché lentement vers le bout du quai, jusqu'à un escalier mécanique ; et je me suis même dit : "Tiens, c'est surprenant, l'escalator n'est pas en panne." J'ai emprunté cet escalator pour sortir de la station, en compagnie de beaucoup de personnes. Ces gens se dépêchaient, mais ne couraient pas. Je me souviens d'avoir vu, comme dans un rêve, sur la marche juste au-dessus de moi, un homme dont le visage ruisselait de sang et dont le blouson brûlait. C'est le dernier souvenir que je conserve… Ensuite, je ne me rappelle plus rien… j'ai probablement marché en état de zombie sur une bonne distance, car je n'ai récupéré ma lucidité qu'à la terrasse d'un café, de l'autre côté de la Seine, où j'ai commandé un café… Cette parenthèse d'inconscience me préoccupe, mais j'ai beau fouiller dans ma mémoire, je ne parviens pas à retrouver exactement ce que j'ai fait dans ces moments-là… »

Ces quatre réactions immédiates inadaptées, de stress dépassé, sont de durée variable. Le plus souvent, elles ne dépassent pas quinze minutes ; parfois elles perdurent plus longtemps : une ou plusieurs heures.

La clinique psychiatrique traditionnelle, avant qu'on ne parlât de stress, avait mentionné, à côté des réactions émotionnelles adaptatives et considérées comme normales, des réactions inadaptatives, pathologiques. Ces réactions étaient le fait, pensait-on, de sujets prédisposés ou déjà porteurs de leur propre pathologie, qu'ils exprimaient à l'occasion de la situation agressante. Elles comprenaient d'une part les réactions névrotiques (anxieuses, phobiques ou hystériques) et, d'autre part, les réactions psychotiques (agitation maniaque, prostration mélancolique, dissociation schizophréniforme). En fait, ces réactions immédiates névrotiques ou psychotiques recouvrent plus ou moins les réactions de stress dépassé que nous avons mentionnées plus haut. L'anxiété, la confusion mentale, l'action automatique, la fuite, l'excitation ou la sidération sont leur lot commun.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Critères du vécu traumatique de la réaction immédiate inadaptée (stress dépassé et réactions franchement pathologiques)

On admet que, dans une catastrophe, 75 % des sujets ont une réaction immédiate adaptée et 25 % une réaction inadaptée. Mais cette répartition doit être nuancée en fonction de la fréquence des réactions d'activité automatique dont le comportement n'attire pas l'attention, qui ne provoquent pas de perturbation sociale et sont considérées à tort comme des réactions normales. Leur proportion réelle, à des degrés divers d'automatisme, serait à elle seule de 25 %.

Le plus souvent, la réaction immédiate adaptée n'est pas vécue sur le mode du trauma, tandis que la réaction immédiate inadaptée est vécue comme un trauma. Mais ce parallélisme n'est pas absolu, et il arrive que des réactions manifestement inadaptées, avec un comportement spectaculaire, se résolvent rapidement sans aucune séquelle traumatique, tandis que des réactions parfaitement adaptatives donnent lieu, après une période de « rumination », aux pires névroses traumatiques, parce que le sujet aura été marqué, à son insu, par un détail effrayant ou horrifiant. Finalement, c'est l'avenir qui dira si oui ou non, l'événement potentiellement traumatisant a été vécu sur le mode du trauma.

Aussi certains cliniciens ont-ils recherché des indices qui, dans le tableau clinique initial, ou plutôt dans l'expérience vécue initiale, seraient annonciateurs de séquelles psychotraumatiques. Se référant au concept de dissociation selon Pierre Janet, des cliniciens américains comme Marmar (1997) et Van der Kolk (1984) ont recherché, isolé et validé – à partir d'études statistiques – de tels critères prédictifs, qu'ils ont dénommés signes de « dissociation péritraumatique » et de « détresse péritraumatique ». En fait, il s'agit des symptômes décrits plus haut dans les tableaux cliniques des quatre modalités de réaction inadaptée et aussi de certains symptômes gênants pouvant accompagner la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

réaction adaptative. Marmar a retenu, comme signes de « dissociation péritraumatique » : la désorientation spatiale, l'impression de temps ralenti, la perte du fil des idées, l'impression d'être le spectateur d'un film, l'impression d'étrangeté de l'environnement, et l'amnésie de certains aspects de l'événement (symptômes cognitifs) ; l'état oniroïde, l'impression de déformation de l'image de son propre corps et l'impression que l'événement arrive à quelqu'un d'autre, mais pas à soi (symptômes affectifs) ; et l'impression d'agir en « pilote automatique » (symptôme volitionnel). Puis, constatant que ces critères ne suffisaient pas à prédire toutes les évolutions psychotraumatiques, il a rajouté des critères de « détresse péritraumatique » : le vécu de peur extrême, d'horreur, l'impression de mort imminente, la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité (symptômes affectifs) ; les lipothymies (impression de s'évanouir), le relâchement sphinctérien (symptômes neurovégétatifs) ; le vécu d'impuissance et la peur de perdre son contrôle (symptômes volitionnels). Ces symptômes ne suffisent pas, à mon avis, à prévoir toute évolution psychotraumatique, mais ils constituent déjà un progrès dans les mœurs cliniques américaines. Rappelons que, lorsque la nosographie américaine du *DSM* a créé le diagnostic de *post-traumatic stress disorder*, en 1980 (*DSM-III*), elle lui assignait comme seul critère de survenue le fait d'avoir été exposé à un événement violent qui serait traumatisant pour quiconque ; ce n'est qu'à l'expérience, quatorze ans après (*DSM-IV*) qu'elle a imposé le critère complémentaire d'avoir vécu cet événement dans la peur intense, l'horreur ou le sentiment d'impuissance.

Pour ma part, je qualifie d'abord ce vécu par le vocable de *dissociation per-traumatique*, qui correspond plus exactement à la réalité clinique : la dissociation n'est pas « autour » du trauma (*péri*), mais en plein dedans (*per*). Et j'utilise un autoquestionnaire de vingt questions qui inventorient cet état sans laisser de lacunes majeures. Il est présenté sous deux formes : une forme analogique de vingt axes horizontaux qui permet au sujet de situer son symptôme entre l'extrémité gauche (symptôme absent) et l'extrémité droite (symptôme très intense) ; et une forme de questionnaire

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

fermé conduisant le sujet à évaluer son état pour chacun des vingt symptômes sur une échelle de 0 à 5 points d'intensité. Ce questionnaire était destiné primitivement, et l'est encore, à compléter et relancer l'entretien clinique. Je le faisais passer au milieu de l'entretien clinique (sa passation est très rapide, de l'ordre de dix à quinze minutes). Après l'avoir passé, le patient reprenait l'entretien, et me disait, par exemple : « J'avais oublié de vous le dire, mais ma perception du temps était perturbée, l'événement de quelques secondes m'avait paru une éternité… » En outre, ce questionnaire peut fournir aussi des indices de prédiction d'apparition de séquelles psychotraumatiques, à partir de dix de ces vingt questions.

Questionnaire de stress immédiat

(L. Crocq, D. Cremniter et J. M. Coq)

Cotez de 0 (symptôme absent) **à 5** (symptôme très intense) **l'intensité des 20 symptômes ci-dessous qui ont éventuellement marqué votre expérience vécue au moment de l'événement.**

1. Je ne m'y attendais pas, j'ai été surpris	0	1	2	3	4	5
2. J'ai eu peur d'être blessé ou maltraité	0	1	2	3	4	5
3. J'ai eu peur pour ma vie ou celle d'un proche	0	1	2	3	4	5
*4. Ma pensée était floue, ralentie, ou sidérée (j'ai eu comme un trou noir)	0	1	2	3	4	5
*5. Je n'ai rien compris à la situation	0	1	2	3	4	5
*6. J'avais l'impression de vivre un cauchemar	0	1	2	3	4	5
*7. J'étais désorienté dans l'espace	0	1	2	3	4	5
*8. Le temps m'a paru accéléré ou ralenti	0	1	2	3	4	5
9. Il y a des aspects de l'événement que je n'ai pas pu mémoriser	0	1	2	3	4	5
*10. J'étais horrifié par ce que je voyais	0	1	2	3	4	5
11. Je ressentais un ou plusieurs symptômes physiques gênants, tels que : tremblements, gorge serrée, poitrine serrée, battements de cœur, spasmes	0	1	2	3	4	5

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

*12. J'étais comme insensible (ou même j'avais l'impression que je flottais)	0	1	2	3	4	5
13. J'étais en état de perturbation ou agitation psychique	0	1	2	3	4	5
14. Je me sentais impuissant	0	1	2	3	4	5
*15. Mes mouvements étaient ralentis (ou même j'étais totalement sidéré, statufié)	0	1	2	3	4	5
16. Je gesticulais de manière incontrôlée et désordonnée	0	1	2	3	4	5
*17. J'agissais mécaniquement, comme un automate	0	1	2	3	4	5
18. Je criais, je bégayais (ou encore je suis resté muet de stupeur)	0	1	2	3	4	5
*19. Je me croyais abandonné	0	1	2	3	4	5
20. Pendant plusieurs heures après l'événement j'étais encore très perturbé	0	1	2	3	4	5

Une note totale de plus de 50 points (sur un maximum possible de 20 × 5 = 100 points) indique que le sujet a vécu l'événement comme un trauma.

*De toute façon, sur le plan qualitatif, une note élevée aux items marqués d'un * doit faire suspecter un vécu traumatique.*

Conclusion

Il est primordial, pour évaluer la sévérité de la réaction immédiate et prévoir ses suites, de rechercher les signes de dissociation per-traumatique. En outre, il est fréquent de constater que certains sujets, se croyant « quittes pour la peur », sous-estiment leur pathologie et déclinent l'offre de soins, ce qui est préjudiciable à l'évolution de leur état.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

3e LEÇON

La période post-immédiate

Passé les quelques heures, ou la journée, que dure la réaction immédiate, on entre dans la période post-immédiate, qui débute au deuxième jour et peut s'étendre sur quelques jours à un mois (exceptionnellement plus), aboutissant soit au retour à la normale, soit à la constitution d'un *syndrome psychotraumatique* (ou *névrose traumatique* ou *état de stress post-traumatique*) caractérisé et durable. Le personnel de santé mentale – psychiatre, psychologue, infirmier, assistant social – doit être particulièrement vigilant à l'apparition des premiers signes annonciateurs de la constitution d'un syndrome psychotraumatique différé et durable, car la mise en œuvre d'une thérapeutique appropriée peut réduire ce syndrome en formation, ou tout au moins en atténuer l'intensité.

L'autonomie clinique et nosologique de la période post-immédiate

Pendant longtemps, dans les nosographies, la période post-immédiate ne fut pas identifiée. On passait directement de la réaction immédiate de stress à la névrose traumatique durable et

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

chronicisée. Toutefois, on reconnaissait une période préalable d'installation de la névrose traumatique, sous le nom de période de latence, d'« incubation », de « méditation », de « contemplation » ou de « rumination » (expressions imagées de Charcot), et on incluait cette période dans la névrose traumatique. C'est l'observation clinique qui a imposé la distinction et l'autonomie de la période post-immédiate (Crocq, 1999, 2003b), autonomie justifiée par l'enjeu qu'elle représente, et l'importance qu'il y a à lui consacrer une surveillance attentive, car on peut aussi bien assister à l'extinction progressive des symptômes du stress que voir apparaître les premières manifestations d'une névrose traumatique.

Dans nos nosographies modernes, la dixième révision de la *Classification internationale des maladies mentales* (*CIM-10*, 1992) inclut implicitement cette période post-immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables. Mais le *DSM-IV* l'identifie sous le vocable d'« état de stress aigu » (*acute stress disorder*), avec des critères cliniques combinant la persistance de symptômes dissociatifs apparus dans l'immédiat et l'apparition ultérieure de symptômes d'état de stress post-traumatique ; et des critères temporels d'apparition des symptômes dans les quatre semaines suivant l'événement et de persistance pendant un créneau de durée de deux jours à quatre semaines.

Description clinique

PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ : LE RETOUR À LA NORMALE

La réaction de stress adaptative, et parfois aussi certains stress dépassés, évolue pendant la phase post-immédiate vers le retour à la normale. On assiste en général, en moins de vingt-quatre heures, à la sédation des symptômes neurovégétatifs gênants du stress : le rythme respiratoire, le rythme cardiaque et

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

la tension artérielle redescendent à des valeurs normales, les spasmes viscéraux s'estompent, la sensation d'oppression thoracique disparaît, ainsi que les phénomènes de pâleur, de sueur, de bouche sèche, etc. À noter que, pendant quelques jours, ces symptômes de stress peuvent réapparaître – de manière très éphémère – à l'occasion d'un stimulus qui va rappeler l'événement : son d'une sirène d'ambulance, reportage télévisé sur l'événement, conversation à ce sujet. Sur le plan psychologique, le rescapé ne ressent plus la sensation désagréable de tension psychique et sa pensée n'est plus monopolisée par le souvenir brut (images, odeurs, sensations tactiles, sursauts) de l'événement récent. Il y pense parfois, et c'est légitime, mais il peut aussi penser à autre chose et il est capable de reprendre ses activités habituelles. Enfin, on ne constate aucun trouble du sommeil : ni retard de l'endormissement, ni réveils nocturnes angoissés, ni cauchemars. En gros, le retour à la normale s'effectue en quelques jours, et rarement en plus d'une semaine.

Il arrive que ce retour progressif à la normale soit émaillé de décharges émotionnelles différées, ou abréactions, qui ont pour but de libérer la tension émotionnelle contenue pendant l'action. En effet, pendant les instants critiques d'exposition au danger, le sujet est totalement occupé par la mise en œuvre de gestes et conduites de sauvegarde, et il doit négliger, voire réprimer, toutes les réactions spontanées qui compromettraient ces conduites : tremblement, agitation, cris, envie de pleurer, besoin d'uriner, etc. Mais, une fois que l'action est terminée et que le sujet est à l'abri du danger, il peut alors liquider ces arriérés émotionnels et laisser libre cours à toutes les impulsions qu'il a dû réprimer pendant l'action (Crocq, 2003b). On voit ainsi des rescapés ou même des sauveteurs, plusieurs heures après la fin de la réaction immédiate, se mettre à trembler, à s'agiter, à crier, ou s'effondrer en pleurs sur un tas de gravats, ou être sujets à une crise de nerfs, ou se mettre en colère pour un motif futile et avoir une altercation avec d'autres rescapés ou d'autres sauveteurs. Il peut s'agir aussi d'évanouissement ou de débâcles neurovégétatives, telles qu'accès de sudation intense, nausées et vomissements, perte d'urine ou

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

même perte du contrôle sphinctérien anal (chez l'enfant en particulier). Il est bien connu que, après une agression à main armée dans une banque, beaucoup d'employés ressentent un besoin impérieux d'uriner et se précipitent aux toilettes.

> J'ai en mémoire le cas d'une jeune femme qui a présenté une telle réaction de débâcle urinaire six heures après avoir été libérée lors d'un hold-up bancaire où elle avait été terrorisée, craignant pour ses deux jeunes enfants qui l'accompagnaient.
> Dans un autre cas, lors d'un attentat terroriste à la bombe dans un tunnel du métro parisien, entre deux stations, une jeune fille a d'abord manifesté un comportement apparemment normal pendant toute la phase d'évacuation sous la direction des pompiers : descendre sur la voie en contrebas en compagnie des autres passagers, puis progresser en file indienne dans le tunnel enfumé sur plusieurs centaines de mètres jusqu'à la sortie la plus proche. Mais, une fois parvenue à l'air libre, elle est devenue pâle et, perdant connaissance, s'est écroulée dans les bras d'un pompier. Dans l'urgence du danger, elle avait réprimé ses réactions spontanées ; mais, une fois hors de danger, elle s'est en quelque sorte « mise à jour » quant à ses arriérés émotionnels.

En général, de telles « abréactions » (ou réactions différées) apportent un soulagement, au moins transitoire ; mais on constate assez souvent que ce soulagement est précaire, et que le patient va les présenter à nouveau, soit en réponse à un stimulus évocateur du trauma, soit sans raison apparente, pendant de longs mois, sans s'améliorer. Voilà pourquoi ces abréactions sont considérées comme pathologiques par beaucoup de cliniciens qui, confondant abréaction et *catharsis*, décrètent que la catharsis est inefficace voire pathologique. Ils oublient que Freud (1893) avait explicitement spécifié que, tout justement, la *catharsis* est une abréaction enfin efficace car assortie de toute sa charge des affects restés coincés et retravaillée par un travail mental d'association.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

DEUXIÈME ÉVENTUALITÉ : LA PHASE DE LATENCE D'UNE NÉVROSE TRAUMATIQUE

Comme je l'ai dit plus haut, la variante morbide de la phase post-immédiate était bien connue des auteurs anciens (Charcot, Janet, Freud), qui la dénommaient par les vocables imagés de période de préparation, d'incubation, de méditation, de contemplation ou de rumination, et qui l'incluaient dans la névrose traumatique dont elle constituait la phase préalable silencieuse, marquée par le travail torpide de l'« émotion retardante » (Janet, 1889). On la retrouve plus tard dans les travaux des cliniciens des deux guerres mondiales (Roussy et Lhermitte, 1917 ; Cohen et Delano, 1945) et des guerres de l'après-guerre (Crocq, 1999) sous le nom de « phase de latence », aboutissant à l'éclosion de « réactions de combat différées » (Miller, 1945). Comme sa symptomatologie est en partie différente de celle de la névrose traumatique, on préfère aujourd'hui la différencier de cette affection et lui accorder un statut nosologique à part.

Cette symptomatologie a longtemps été considérée comme latente, non extériorisée, voire silencieuse. Il s'agissait le plus souvent de sujets qui ne se plaignaient pas et ne montraient aucun symptôme spectaculaire, mais qui demeuraient isolés, repliés sur eux-mêmes, peu expansifs, voire mutiques (en contraste avec l'épanchement postémotionnel et le besoin de contact social des autres rescapés en état de soulagement euphorique). Ils ne se mêlaient pas aux autres et restaient immobiles dans leur coin. Une observation plus attentive pouvait déceler leur mimique préoccupée, leur expression perplexe, leur regard vide et leur propension à demeurer figés, incapables de reprendre leur activité antérieure. Des entretiens cliniques rétrospectifs ont permis d'explorer le vécu de tels sujets, qui restaient fixés à leur expérience traumatique, fascinés par les images et les éprouvés bruts ressentis au moment de l'événement traumatisant. Ils disaient qu'ils ne parvenaient pas à revenir dans la réalité et que leur pensée restait obnubilée, monopolisée, par la persistance de ces

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

images, de ces éprouvés et du sentiment d'incompréhension d'un événement qui les avait débordés, d'où leur incapacité à se remettre à leurs activités d'avant. Sur le plan social, ils n'avaient pas envie de se mêler aux autres, ni de parler ; ou plutôt ils ressentaient un vague besoin de parler de ce qui leur était arrivé, mais ne sachant trouver les mots pour formuler l'indicible, ils y renonçaient, tout entiers accaparés par la fascination, la « contemplation » de leur aventure insensée.

Et, sur ce fond de persistance de l'état de déréalisation et de dissociation qui avait marqué leur expérience vécue immédiate de l'événement, apparaissaient, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, de nouveaux symptômes : de la fatigue, de la nervosité, de l'irritabilité, des troubles du sommeil (l'impossibilité de s'endormir le soir à cause du surgissement des images de l'événement, et des réveils angoissés provoqués par les premiers cauchemars de répétition). D'autres reviviscences se manifestaient aussi dans la journée : vision hallucinatoire de la scène de l'événement, brèves hallucinations auditives ou olfactives restituant les bruits, les cris et les odeurs de l'événement, impression subite que l'événement allait se reproduire (provoquant parfois des sursauts et l'impulsion à se recroqueviller), et réactions d'angoisse phobique à la vue de tout ce qui pouvait rappeler l'événement. Bref, on voyait s'installer progressivement, en quelques jours ou en quelques semaines, une névrose traumatique avec ses trois éléments : le syndrome de répétition, le repli de la personnalité face à un monde perçu comme étranger, et les symptômes dits « non spécifiques » tels qu'asthénie, anxiété, phobies, manifestations hystériques, somatisations diverses et troubles des conduites.

Une variante clinique du temps de latence est la forme « euphorique-agitée ». Le sujet, rescapé d'une embuscade, d'une catastrophe ou d'un accident, se sent euphorique pour s'en être sorti « quitte pour la peur », ce qui pourrait paraître normal. Mais il manifeste cette euphorie de façon exubérante, logorrhéique, recherchant la compagnie des autres pour leur ressasser son histoire, ne supportant pas la plus brève solitude, ne tenant pas en place, ne pouvant maintenir son attention sur une lecture ou un

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

spectacle, changeant impulsivement de sujet de conversation, ne pouvant s'endormir le soir et réveillé pour un rien la nuit, bref presque hypomaniaque. Cette euphorie de mauvais aloi est suspecte : elle cache la fixation du sujet à son trauma, malgré ses efforts superficiels et désordonnés pour s'en dégager ; et elle conduit immanquablement à l'installation d'une névrose traumatique, avec tous ses symptômes, plus un versant dépressif qui vient contrebalancer l'euphorie initiale.

Durée de la phase de latence et facteurs conditionnant cette durée

VARIATIONS DE DURÉE

La revue de nombreux cas ayant présenté une telle pathologie au décours d'une exposition « potentiellement traumatisante » a mis en évidence la grande disparité des durées de la phase de latence et, plus généralement, de la période post-immédiate, dans ses deux variantes : soit retour à la normale, soit phase de latence d'une névrose traumatique.

Le retour à la normale peut s'effectuer en quelques heures, une journée ou plusieurs jours, voire une semaine, rarement plus (encore que l'on ait constaté des accès d'angoisse modérée et des bouffées neurovégétatives en réponse à un stimulus évocateur, ou « queues de stress », jusqu'à trois semaines après l'événement).

La phase de latence d'une névrose traumatique présente une variabilité beaucoup plus large : d'une journée (pour les cas précoces) à deux mois (Bouthillon, 1992), et peut-être davantage, pour les cas lents et torpides. Mais, quand on interroge les patients censés n'avoir présenté une névrose traumatique que trois ou six mois après l'événement sur l'apparition de leurs premiers symptômes, ils signalent des délais plus courts : par exemple, la perplexité est apparue dès les premiers jours, de même que la fixation

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

aux images traumatiques, tandis que les cauchemars de répétition ne sont apparus qu'à un mois, et les conduites addictives à deux mois. Il y a eu échelonnement dans l'éclosion des divers symptômes, jusqu'à constitution tardive de la névrose traumatique complète. Il faut donc s'entendre sur les critères d'apparition selon qu'on considère l'apparition des premiers symptômes isolés ou l'apparition de la névrose enfin constituée avec tous ses symptômes et son organisation. Sivadon (1953) avait signalé des phases de latence exceptionnellement longues (six mois et même deux ans) chez des déportés ; mais il se référait à la névrose traumatique constituée, tandis que ces sujets avaient présenté bien avant un repli de personnalité dû à leur sentiment de ne pas pouvoir exprimer l'horreur de ce qu'ils avaient vécu, face à leurs familiers qui leur apparaissaient comme appartenant à un autre monde. Il n'empêche que l'euphorie des retrouvailles peut faire diversion à la prise de conscience de l'incommunicabilité du trauma.

FACTEURS CONDITIONNANT CETTE DURÉE

Et cela nous amène à considérer les facteurs de la latence. Le premier facteur est la disparité entre individus ou entre personnalités. Certains individus sont rapides à improviser, ou à tenter d'improviser, de nouvelles défenses (dont la répétition) là où les défenses classiques du stress ont échoué ; d'autres seront plus lents à se réorganiser et à agir ainsi.

Un second facteur est lié à la conjoncture : par exemple, tant que le soldat est sur le front, tant qu'il est soumis quotidiennement à de nouveaux dangers, sa priorité est d'assurer sa survie et non pas d'affronter l'arriéré de son expérience traumatique (par exemple la mort d'un camarade tout près de lui) qu'il remet à plus tard. C'est une fois revenu à l'abri, à l'arrière et au repos, ou même une fois démobilisé, de retour dans ses foyers qu'il sera à même d'envisager de liquider son trauma. Roussy et Lhermitte (1917), au sujet de la phase de méditation des névroses de guerre, écrivent : « Bousculé par un obus ou frappé par une balle, le

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

névropathe trouve encore la force de se dérober au danger. Loin d'être cloué sur place, il se gare dans un abri, dans un trou d'obus, se protège en utilisant des défilements. Transporté dans un endroit plus calme, à l'abri du danger, c'est alors que peut éclater le phénomène psychonévropathique : la paralysie, le tremblement, la crise convulsive, etc. Et on le comprend aisément si l'on songe qu'à partir du moment où tout danger est écarté, l'instinct de conservation perd toute son influence frénatrice sur les phénomènes émotionnels… »

> J'ai en mémoire (1999) le cas d'un soldat qui, démobilisé en 1962 après vingt-huit mois de service militaire opérationnel en Algérie, se sentait heureux d'être débarrassé des contraintes de la vie militaire, avait repris immédiatement son métier de boulanger, goûtait les plaisirs de la vie civile et s'était fiancé. Mais il présenta un mois après sa démobilisation les premiers symptômes d'une névrose traumatique de guerre : des cauchemars de guerre (où il revivait la contemplation fascinée des premiers cadavres qu'il avait vus à l'issue de son premier combat), un état de nervosité anormal et une méfiance morbide vis-à-vis de l'environnement, avec sursauts aux bruits soudains.

Un troisième facteur, plus subtil peut-être, est lié à l'absence d'autonomie du blessé, dans les cas où il y a eu à la fois blessure physique et blessure psychique. Tant que le blessé physique est hospitalisé et « materné » dans le cocon des soins hospitaliers (surtout en réanimation), il ne dispose pas de l'autonomie psychique indispensable à la reprise en main de son destin et à la détermination de faire face à la souvenance de son trauma. C'est une fois sorti de l'hôpital et rentré chez lui, ou une fois transféré du service de réanimation dans un service permettant plus d'autonomie – et ce peut être des hospitalisations de six jours comme de trois mois –, qu'il aura ses premiers cauchemars et ses premières hallucinations de reviviscence, ses premières phobies spécifiques et ses premières altérations de personnalité.

> Telle cette jeune femme gravement blessée et brûlée lors d'un attentat terroriste à la bombe, qui n'a présenté ses premières hallucinations de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

reviviscence, suivies de ses premières angoisses somatiques puis de l'impression « d'avoir complètement changé de personnalité », que lorsqu'elle a été transférée dans le service des brûlés après dix jours végétatifs passés dans le service de réanimation.

Dans un autre cas, un soldat, gravement brûlé sur le front d'Italie près de Monte Cassino en 1944, puis évacué sur l'hôpital d'Oran, m'a dit avoir bien supporté sa condition, malgré les renouvellements douloureux de pansements et le manque total d'autonomie (visage, bras, mains et jambes emmaillotés, nourri à la cuillère par les infirmières), jusqu'à sa première permission de sortie à deux mois d'hospitalisation, jambes libres et visage découvert, mais bras encore emmaillotés (« comme un fantôme ») où, ayant vu les passants se retourner sur lui, il s'est regardé dans une glace et a découvert son visage tiré par les cicatrices et ses oreilles réduites à des moignons. C'est à partir de là qu'il s'est senti désespéré et qu'il a été en proie à ses angoisses et à ses cauchemars (Crocq, 1999).

En fin de compte, on n'assignera qu'une durée indicative à la période post-immédiate, qui démarre à partir du deuxième jour, mais qui peut, selon les cas, durer de quelques jours à deux mois, sachant que l'on peut mettre en discussion des latences qui semblent avoir dépassé les deux mois (jusqu'à six mois et plus), en recherchant si les tout premiers symptômes de la névrose traumatique ne sont pas réellement apparus bien avant ces longues périodes de latence.

Le statut du diagnostic de stress aigu du DSM-IV

Mes contacts avec les cliniciens américains qui sont en train de préparer une nouvelle révision du *DSM* (le futur *DSM-V*) m'ont appris que leur diagnostic d'état de stress aigu (*acute stress disorder*) était remis en cause. Ce diagnostic avait fait son apparition avec la révision dite *DSM-IV*, en 1994. Il comportait huit

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

catégories de critères (de A à H). Les critères A étaient les mêmes que ceux de l'état de stress post-traumatique (chronique), à savoir : 1) avoir été exposé à un événement potentiellement traumatisant ; et 2) l'avoir vécu dans les sentiments de peur, d'impuissance ou d'horreur. Les critères B étaient des symptômes dits « dissociatifs » manifestés pendant l'événement, tels que torpeur, impression de brouillard, déréalisation, dépersonnalisation et amnésie d'un aspect de l'événement. Les critères C étaient les manifestations de reviviscence, telles qu'images, illusions, pensées intrusives, rêves de répétition et vécus comme si l'événement allait se reproduire. Les critères D concernaient l'évitement des stimuli évocateurs. Les critères E concernaient la persistance de symptômes anxieux ou de manifestations dites d'activation neurovégétative, telles que difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts. Les critères F mentionnaient une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social. Les critères G exigeaient la survenue du trouble dans les quatre semaines suivant l'événement et une durée minimale de deux jours et maximale de quatre semaines. Et les critères H éliminaient les états psychiques dus à des toxiques, à une affection médicale générale, à une psychose ou à une exagération d'un trouble mental préexistant.

En fait, ce diagnostic d'état de stress aigu combinait des symptômes de la réaction immédiate et des symptômes de l'état de stress post-traumatique : donc frayeur, confusion mentale, déréalisation et dépersonnalisation, d'une part, et reviviscences, évitement, retrait et hyperréactivité neurovégétative, d'autre part. En fait, il correspond au tableau clinique que nous venons de décrire de la phase de latence ou variante pathologique de la période post-immédiate. Dans la réalité, la période post-immédiate peut aussi bien durer deux mois avant de voir se constituer une névrose traumatique organisée, que ne durer que quelques jours et déboucher d'emblée sur une névrose traumatique complète. Ce qui fait la différence entre la période post-immédiate version pathologique (temps de latence) et la névrose traumatique, c'est la persistance,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dans le temps de latence, de la perplexité et de la déréalisation qui ont accompagné la réaction immédiate.

Conclusion

La reconnaissance de la phase post-immédiate a été tardive dans l'histoire de la pathologie psychotraumatique. Trop longtemps, on l'a incluse comme partie constituante initiale (phase de latence silencieuse) de la névrose traumatique. Mais son identification, tant chez les cliniciens francophones que chez les cliniciens américains du *DSM*, reposant sur des critères cliniques précis, n'est pas un simple exercice académique. Car on admet maintenant qu'il s'agit d'une période primordiale, au cours de laquelle tout le devenir du patient peut se jouer, et que c'est la période préférentielle d'indication du débriefing (Crocq, 1999, 2004b) qui arrachera le rescapé à sa « méditation » solitaire et l'incitera à verbaliser son expérience vécue, tant il est vrai qu'improviser des mots pour objectiver l'indicible, inscrire la souvenance des images et des éprouvés bruts dans le « grand complexe des associations » (Freud, 1893), c'est se dégager de l'emprise fascinante du trauma et initier le salutaire travail de la construction du souvenir, qui est bien autre chose que la réitération de l'effroi à l'identique, telle que l'effectue obstinément le syndrome de répétition.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

4e LEÇON

La névrose traumatique

En 1888, le neuropsychiatre allemand Herman Oppenheim crée le vocable diagnostique de « névrose traumatique » pour désigner les troubles psychotraumatiques chronicisés qui pouvaient s'installer comme séquelles des chocs émotionnels éprouvés à l'occasion d'accidents (spécialement les accidents de chemin de fer) ou d'agressions diverses. Cette névrose particulière était caractérisée par l'existence de symptômes typiques (ou, dans le vocabulaire médical, « pathognomoniques »), en l'occurrence le syndrome de répétition, et par une altération régressive de la personnalité qui justifiait son classement au rang des névroses. Ce diagnostic a été utilisé en psychiatrie pendant un siècle, jusqu'à ce que la nouvelle nosographie américaine *DSM* proposât, dans sa troisième révision en 1980, de le remplacer par celui d'« état de stress post-traumatique » (*post-traumatic stress disorder* ou PTSD). Ce dernier vocable traversa l'Atlantique et connut un succès considérable auprès des psychiatres européens, puis des psychiatres du monde entier. En 1992, dans sa dixième révision (*CIM-10*), la très officielle Classification internationale des troubles mentaux adoptait le diagnostic d'état de stress post-traumatique (répertorié F43.1), mais admettait en outre le nouveau diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (répertorié F62.0) pour les cas sévères qui, impliquant

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

une altération de la personnalité sous l'impact du trauma, correspondaient en fait à la névrose traumatique.

En fait, aux yeux des auteurs du *DSM*, le mot « névrose » serait entaché de connotation freudienne. À l'opposé, notons que le mot « stress » fait opter pour une hypothèse pathogénique résolument biologique. Sans prendre parti dans ces querelles d'école, j'ai proposé (Crocq, 1992) qu'à l'intérieur de l'ensemble générique des « syndromes psychotraumatiques », immédiats, post-immédiats ou différés, aigus ou durables, voire chroniques, on distingue un « syndrome psychotraumatique différé et durable », qui recouvre l'ensemble des diagnostics mentionnés ci-dessus (névrose traumatique, état de stress post-traumatique, modification de la personnalité après expérience de catastrophe) et leurs variantes (tableaux cliniques incomplets ou atypiques). Cela étant, je prendrai la névrose traumatique comme modèle de description clinique et mentionnerai ensuite les « variantes » que constituent les autres diagnostics apparentés.

Deux conditions préalables : le vécu traumatique et le temps de latence

LE CRITÈRE ÉTIOLOGIQUE : AVOIR VÉCU UNE EXPÉRIENCE PSYCHOTRAUMATIQUE

Le premier critère indispensable à l'établissement du diagnostic de névrose traumatique est le fait d'avoir vécu, préalablement, une expérience psychotraumatique, c'est-à-dire non seulement avoir été exposé à un événement « potentiellement psychotraumatisant » (événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident ou événement de guerre), mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du *trauma*, dans l'effroi, l'horreur, le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de secours.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

L'événement exceptionnel violent, que l'on peut vivre comme victime, comme témoin ou même comme acteur, n'est pas *ipso facto* vécu comme un trauma, et le même événement peut faire trauma chez un sujet et non chez un autre, ou trauma chez tel sujet aujourd'hui mais pas hier ni demain, en d'autres circonstances de disponibilité d'énergie ou de soutien psychosocial. Ce qui fait trauma, c'est l'effraction des défenses psychiques dynamiques, et aussi l'effraction du système de défense qui consiste à attribuer du sens à l'insensé de l'événement (le trauma comme effraction dans le signifiant).

LA RÈGLE DU TEMPS DE LATENCE

Les symptômes de la névrose traumatique ne surviennent pas d'emblée, immédiatement, dans la foulée de l'événement traumatique. L'expérience a montré qu'ils n'émergeaient qu'au terme d'un temps de latence ou d'incubation variable. Cela a été exposé dans la leçon précédente sur la période post-immédiate, et il est inutile d'y revenir en détail maintenant. Rappelons cependant que les symptômes de la réaction immédiate (symptômes de stress adapté ou dépassé) sont radicalement différents de ceux de la névrose traumatique (symptômes de répétition et altération de la personnalité), et que la phase post-immédiate passe à tort pour être cliniquement silencieuse. Rappelons aussi que la durée de la période de latence varie d'un sujet à l'autre et selon la conjoncture. Cela étant, on peut voir des névroses traumatiques commencer à se manifester dès le troisième jour (même si elles ne vont compléter leur tableau clinique qu'en plusieurs semaines), et on peut en voir d'autres mettre plusieurs semaines, voire plusieurs mois à apparaître.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Tableau clinique de la névrose traumatique

J'ai choisi la névrose traumatique comme sujet et modèle de cette leçon, car son tableau clinique est complet et cohérent (Crocq, 1999 ; 2003c). En effet, il est plus complet que le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique, tel qu'inventorié et délimité dans la quatrième révision du système américain *DSM* (1994), qui correspond en gros à une partie du tableau de la névrose traumatique, mais exclut de son cadre les symptômes dits « non spécifiques » qu'il range dans la catégorie des symptômes extérieurs quoique « associés ». Et le tableau clinique de la névrose traumatique est cohérent, car il implique un lien structurel entre ses trois volets (Crocq, 1986, 1999), lien absent dans le PTSD américain, où ces volets ne sont que juxtaposés.

Le tableau clinique de la névrose traumatique comprend trois volets : le syndrome de répétition, les symptômes non spécifiques et l'altération de la personnalité.

LE SYNDROME DE RÉPÉTITION

On désigne sous le vocable « syndrome de répétition » (Crocq, 1974, 1999) un ensemble de manifestations cliniques par lesquelles le patient traumatisé revit intensément, contre sa volonté et de manière itérative, son expérience traumatique. En ce sens, ce syndrome serait mieux dénommé « syndrome de reviviscence involontaire itérative ». Mais l'appellation syndrome de répétition a fait fortune dans le vocabulaire des cliniciens. Ces manifestations cliniques sont au nombre de sept : la reviviscence hallucinatoire, l'illusion, le souvenir forcé, la rumination mentale, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme s'il se reproduisait, et le cauchemar de répétition. Je ne ferai aujourd'hui que les mentionner et les commenter brièvement, réservant une leçon ultérieure à une exploration plus approfondie (nature et fonction) du syndrome de répétition.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les sept manifestations du syndrome de répétition

• *La reviviscence hallucinatoire*

Elle surgit souvent comme une hallucination visuelle subite qui reproduit le décor et la scène de l'événement traumatisant, et dans laquelle le patient se voit (il croit y être), avec tout l'éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale. Les images sont très précises, reproduisant le même décor, présentant les mêmes personnages et les mêmes scènes, qui se déroulent « comme un film ». Parfois, cette hallucination visuelle est accompagnée d'hallucination auditive (« les mêmes bruits, les mêmes cris… »), d'hallucination olfactive (« l'odeur de la poussière ou du sang… »), d'hallucination sensitive (« la chaleur de l'incendie, ou la sensation de la baïonnette qui vous pénètre dans le corps… ») et même d'hallucination gustative (« le goût du thé sur la langue… »). Parfois, l'hallucination auditive survenant seule, ou olfactive, ou sensitive, confère à ces reviviscences une impression de bizarrerie.

> Voici le cas de ce sous-officier français fait prisonnier par les Japonais après le coup de force du 9 mars 1945 à Hanoï, qui dut assister impuissant, parmi tous les autres prisonniers rassemblés et alignés, à la décapitation au sabre de son meilleur ami qui avait tenté de s'évader. Depuis plus de cinquante ans, il revit littéralement cette scène : son camarade agenouillé, les yeux exorbités, la tête qui roule et le corps qui bascule sur le côté. Et il ressent le même sentiment d'horreur et d'impuissance, avec les mêmes réactions (« J'avais la bouche ouverte, j'en ai lâché ma gamelle… »).

• *La reviviscence par illusion*

Elle se distingue de l'hallucination en ce sens que le sujet hallucine la scène traumatique ou l'agresseur sur un paysage ou une silhouette réellement perçue. Par exemple, il croise un passant dans la rue et il le perçoit comme son agresseur venant sur lui.

• *Le souvenir forcé*

C'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans image ni son ; ou encore, pendant les insomnies, ce sont les noms des camarades tués qui assaillent le souvenir du soldat traumatisé.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

• *La rumination mentale*

Elle a pour objet l'événement, ses causes et ses conséquences. Elle se manifeste sous forme d'interrogations incessantes qui s'imposent à l'esprit de la victime (« Pourquoi moi ? Pourquoi m'a-t-il fait cela ? ») et de lamentations répétées (« Personne ne me comprend ni ne m'aide… »).

• *Le vécu comme si l'événement allait se reproduire*

C'est une autre forme du syndrome de répétition : subitement, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement, et il éprouve la même détresse.

• *L'agir comme si l'événement se reproduisait*

Ce peut être un agir élémentaire, tel que réaction de sursaut ou de recroquevillement ; mais ce peut être aussi un agir plus complexe : fuite procursive, récit répétitif (toujours les mêmes mots, lassant l'entourage) ou mises en scène itératives, contemplation obstinée de souvenirs de guerre et, chez l'enfant, jeu répétitif reproduisant l'accident ou l'agression.

> Pierre Janet (1898) cite le cas d'un homme qui, depuis qu'il avait été victime de l'attentat anarchiste à l'explosif du restaurant Very à Paris, en 1892, se croyait subitement menacé et poursuivi par les anarchistes et se livrait à des fuites paniques éperdues de plusieurs kilomètres.

• *Le cauchemar de répétition*

C'est un cauchemar intensément vécu plutôt que simplement contemplé. Il fait revivre l'événement au sujet, avec les mêmes décors et les mêmes personnages, la même frayeur, les mêmes gestes de défense. Dans leurs cauchemars, les anciens combattants s'agitent dans leur sommeil, crient, se débattent et se battent, réveillés en sursaut, en sueur et le cœur battant fort.

Ces sept manifestations peuvent coexister dans le tableau clinique d'un même patient. Mais, dans beaucoup de cas, le patient est « fidèle » à l'une ou à l'autre, ou à quelques-unes d'entre elles. Pour un patient, ce sera l'hallucination, visuelle et auditive ;

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

pour un autre, ce sera le « vécu comme si » avec sursaut ; pour un autre la rumination mentale obsédante, et pour un autre le cauchemar, le même cauchemar qui va reproduire chaque nuit à l'identique la scène originelle du trauma.

Le vécu du syndrome de répétition

Toutes ces manifestations du syndrome de répétition sont vécues, intensément vécues, dans les trois registres de la détresse psychique, de l'orage neurovégétatif et du raidissement de l'attitude corporelle.

• *La détresse*

Lorsque le patient revit son trauma sous une des manifestations mentionnées ci-dessus, il n'en est pas le spectateur indifférent. Au contraire, il se croit à nouveau dans la situation agressante, il éprouve à nouveau la surprise, la frayeur et l'horreur, et il se sent à nouveau sans secours, abandonné. C'est pourquoi le terme de « reviviscence itérative » conviendrait mieux que celui de « répétition ». Et c'est ici que le mot « détresse », tiré par le *DSM* du langage courant pour être réintroduit dans le vocabulaire de la psychopathologie, trouve toute sa légitimité.

• *L'orage neurovégétatif*

Toutes les manifestations du syndrome de répétition donnent lieu à une irruption de symptômes neurovégétatifs, tels qu'on les constate dans les stress intenses : pâleur, transpiration, horripilation, augmentation du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, spasmes viscéraux. Réveillés en sursaut de leur cauchemar, désorientés, hagards, les patients ont la sensation d'étouffer, ils ont la gorge serrée, ils ressentent « un nœud à l'estomac », et, dans beaucoup de cas, leur pyjama est trempé de sueur.

• *Le raidissement du corps*

Lorsque le syndrome de répétition se manifeste, inopinément le plus souvent, le corps qui était souple et détendu, devient brutalement raide et tendu, réalisant une attitude d'alerte. Un

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

patient entend marcher derrière lui dans la rue, et il revit l'agression dont il a été victime, il bondit et se plaque le dos au mur, tout son corps tendu par l'alerte face au danger.

Les circonstances de survenue du syndrome de répétition

- *La survenue (apparemment) spontanée*

Elle est la règle. Beaucoup de patients sujets à l'irruption de manifestations du syndrome de répétition déclarent que le symptôme survient brusquement, sans prodromes, et sans circonstance déclenchante ni motif.

- *La survenue en réponse à un stimulus évocateur*

Elle est assez fréquemment constatée. Pour certains patients, la manifestation de répétition survient en réponse à un stimulus qui a rappelé ou évoqué le trauma. Ce peut être le son de la sirène d'une ambulance, un bruit soudain, le craquement du parquet sous un pas, une odeur de poudre ou de fumée, le spectacle d'images de guerre à la télévision, une conversation portant sur l'événement en cause, etc.

- *La baisse du niveau de conscience*

L'endormissement ou la somnolence peut favoriser la survenue du syndrome de répétition, alors que le patient se contrôle moins. Il en est de même si le patient est sous l'empire de la boisson ou de la drogue, ou sous le coup d'un épuisement mental.

LES SYMPTÔMES NON SPÉCIFIQUES

On les dénomme ainsi car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques et des troubles des conduites.

L'asthénie ou fatigue morbide

Presque tous les traumatisés sont devenus fatigués, épuisés. Il s'agit d'une triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

patients se plaignent de fatigue physique anormale survenant dès le matin et se disent épuisés au moindre effort. Ils se plaignent aussi de « fatigue mentale », d'incapacité à maintenir leur attention sur une conversation, une lecture ou une émission télévisée. Ils se plaignent d'une baisse de la mémoire d'acquisition, portant surtout sur l'immédiat (ce que le vocabulaire des neurologues dénomme « oublis à mesure », vocable raccourci d'« oubli au fur et à mesure » ; par exemple : « Je viens dans une pièce avec une fourchette à la main, et je ne me rappelle plus ce que je suis venu y faire… »), et de difficulté de concentration. Enfin, ils se plaignent de fatigue sexuelle et de baisse de la libido : on voit des jeunes filles devenues frigides et des jeunes gens devenus impuissants, sans désir ni plaisir sexuel.

L'anxiété

Les traumatisés sont devenus des anxieux. Sujets en permanence à une importante tension anxieuse, ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte et appréhendent toujours le pire (« Si les enfants tardent à rentrer de l'école, c'est qu'ils sont peut-être passés sous le tramway ; si le téléphone sonne, c'est qu'il va apporter une mauvaise nouvelle, etc. »). Et, de temps à autre, sans raison ni motif déclenchant, et en dehors de leurs manifestations de reviviscence, ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatiques (sensation de resserrement laryngé et de striction thoracique, tachycardie, pâleur, sueur, tremblement, spasmes viscéraux, etc.).

Symptômes psychonévrotiques

Le tableau clinique de nombreux traumatisés est enrichi de manifestations psychonévrotiques empruntées aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques (le mécanisme de conversion est la transposition de l'anxiété psychique sur les organes et les fonctions du corps), phobies, rituels obsessionnels. Fenichel (1945) parle de « complications psychonévrotiques »,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

mais je préfère (1974, 1999) le vocable de « superstructures », car il n'y a pas complication au sens temporel du terme. Ces manifestations sont-elles facilitées par les propensions et habitudes d'une personnalité prédisposée, qui colorerait sa névrose traumatique de sa psychonévrose antérieure ? Ou sont-elles suggérées par l'expérience traumatique elle-même qui serait légitimement hystérogène (un sujet contusionné à une jambe lors de l'événement fera plus facilement une conversion motrice sur cette jambe « en souvenir » de l'événement), ou phobogène (telle victime d'un attentat terroriste dans le métro aura ensuite la phobie de ce mode de transport), ou enfin générateur de rituels vérificatoires de protection, obsessionnels (telle victime d'agression à son domicile se relèvera de son lit plusieurs fois de suite chaque soir pour vérifier la fermeture des portes et des volets de son domicile) ?

> Jack A. est un jeune homme de 20 ans qui, le 5 mai 1992, a chuté, comme trois mille autres spectateurs, d'une tribune hâtivement échafaudée au stade de Furiani (près de Bastia) à l'occasion d'un match de football. Il y a eu plusieurs morts, et mille blessés, enchevêtrés dans les échafaudages métalliques écroulés. Lui est tombé en arrière de dix mètres de haut et se souvient de la sensation désagréable du dossier de son siège de matière plastique qui se dérobait derrière son dos. Il dit que sa chute lui a paru une éternité. Il n'a pas perdu connaissance en arrivant au sol, malgré une violente douleur au dos. Dégagé, il a reçu quelques soins sur place et s'en est sorti avec des contusions légères. Il s'en croyait « quitte pour la peur ». Mais, au bout de quinze jours, il a vu apparaître deux symptômes dont il ne parvient pas à se débarrasser encore deux après : s'il est assis sur un siège souple en plastique et qu'il s'appuie sur son dossier, il a l'impression insupportable de partir en arrière et il est sur le point de s'évanouir ; en outre, il a la phobie des escaliers, des ascenseurs et des balcons, et change de trottoir s'il doit passer près d'un échafaudage.

Plaintes somatiques et troubles psychosomatiques

Beaucoup de traumatisés émettent par la suite des plaintes somatiques (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.) ; et on a

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

constaté chez certains l'apparition, dans les jours ou les semaines qui suivent le trauma, de troubles psychosomatiques caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopécie, et même goitre et diabète (à la différence de la conversion, le trouble psychosomatique ne résulte pas d'un mécanisme de transposition de l'anxiété sur une fonction du corps, mais est dû à une lésion d'organe directement produite par les perturbations biologiques du stress, donnant lieu à des signes de souffrance de cet organe).

La plainte somatique serait un langage, un appel à l'aide, chez des enfants qui n'identifient pas nettement leur malaise psychique ou qui n'ont pas encore de vocabulaire pour l'exprimer, et aussi chez des adultes dont la culture réprime l'extériorisation de la souffrance psychique. Le trouble psychosomatique serait le fait de personnalités dites « alexithymiques », c'est-à-dire sans propension ni à la verbalisation, ni à la pantomime, ni à la représentation mentale, et n'ayant plus pour s'exprimer que le cri de l'organe. Quoi qu'il en soit, ces troubles psychosomatiques suscités par un trauma sont plus nombreux qu'on ne le croit, et beaucoup de médecins somaticiens, en présence d'un tel trouble, s'orientent vers des explorations somatiques et ne pensent pas à en rechercher une cause psychique. Les psychiatres militaires américains avaient toutefois signalé leur fréquence pendant la Seconde Guerre mondiale (Alexander, 1946). Pour Alexander, le soldat-citoyen américain de la Seconde Guerre mondiale, mentalement plus évolué que le soldat de 1914-1918, aurait honte de se livrer à des conversions hystériques « puériles » ; réprimant ce canal d'expression, il ne lui reste plus, pour appeler à l'aide, que le langage muet de l'organe. De son côté, Bouthillon (1992), dans sa statistique du devenir à trois ans de 48 victimes d'attentats terroristes, en comptabilise 12 cas (dont un goitre apparu en vingt-quatre heures), soit un sur quatre.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Troubles des conduites

La quasi-totalité des traumatisés présente ensuite des troubles des conduites et des troubles caractériels. Il peut s'agir de troubles des conduites alimentaires (ou plus généralement « orales ») : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante en quelques mois, tabagisme, alcoolisme ou consommation de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit ensuite de conduites d'autoagressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéroagressivité (altercations, rixes) et même de conduites d'agression délictueuse ou criminelle. Chez les anciens combattants du Vietnam, Boman (1990) a ainsi dénommé « syndrome de Rambo » cette agressivité sauvage qui a conduit certains vétérans à commettre des agressions armées dans des magasins ou des banques, ou même à s'armer d'une carabine et tirer sur les promeneurs.

L'ALTÉRATION DE LA PERSONNALITÉ

Régression libidinale, puérilisme mental et membrane invisible

La plupart des traumatisés déclarent avoir « changé de personnalité » depuis le trauma. En fait, il s'agit d'une manière de s'exprimer, pour signaler la profonde altération qu'a subie leur personnalité. Il n'y a pas changement complet de personnalité au sens propre du terme, comme dans les cas de « personnalités alternantes » de la fin du XIX^e^ siècle ou des « personnalités multiples » qui semblent être revenues à la mode dans certains cénacles psychologiques américains. D'ailleurs, déclarer avoir changé de personnalité implique que l'on se souvienne de l'ancienne, et donc qu'on l'ait peu ou prou conservée. En fait, ces patients traumatisés précisent qu'ils ne sont plus comme avant, qu'ils ne se reconnaissent plus et que leur entourage les trouve changés, dans leur manière de se comporter et dans leur rapport avec autrui.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Cette altération de la personnalité sous le coup du trauma a été remarquée par les plus éminents cliniciens de la névrose traumatique. Abraham (1918) et Ferenczi (1916, 1918), élèves de Freud mobilisés dans les armées austro-allemandes lors de la Première Guerre mondiale, parlaient d'atteinte au narcissisme et de régression libidinale. Du côté français, Charpentier (1917) évoquait un retour au puérilisme mental au sens de Dupré. Simmel (1918), observant ses névrosés de guerre à l'hôpital militaire de Poznan, disait qu'un « ensevelissement de leur personnalité » avait succédé à l'ensevelissement mécanique provoqué par l'explosion de l'obus qui les avait commotionnés et il parlera même de « changement d'âme », pour souligner la profondeur de cette altération. Plus tard (1974), le psychanalyste américain Shatan identifie une « transfiguration de la personnalité » comme perturbation profonde, sous-jacente aux symptômes du *post-Vietnam syndrome* des vétérans du Vietnam, avec impression d'être enfermés dans une « membrane invisible » les empêchant de communiquer avec autrui. Et moi-même (1974), j'avais dénommé « personnalité traumato-névrotique » ce qu'était devenue la personnalité après l'impact du trauma.

Fenichel et le triple blocage des fonctions du moi

Mais c'est à Fenichel, dans les deux chapitres de son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses* consacrés à la névrose traumatique (1945), que l'on doit la meilleure analyse descriptive de cette altération de personnalité. Pour Fenichel, la névrose traumatique provoque un triple blocage des fonctions du moi : fonctions de filtration de l'environnement, fonctions de présence au monde et fonctions libidinales d'amour et de relation à autrui.

- *Blocage de la fonction de filtration*

Le traumatisé n'est plus capable de filtrer, dans l'environnement, ce qui est dangereux de ce qui est anodin : tout lui est danger et menace, si bien qu'il est sans cesse en état d'alerte, il surveille les alentours avec suspicion, il sursaute au moindre bruit, il se

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

plaque contre le mur s'il entend quelqu'un marcher derrière lui et il résiste désespérément à l'endormissement le soir, par crainte d'être surpris et agressé. Le sommeil du traumatisé, tardif, est d'ailleurs léger, avec réveil anxieux au moindre bruit.

• *Blocage de la fonction de présence*

Le traumatisé a perdu sa volonté de présence dans le monde. Celui-ci lui paraît lointain (parfois même bizarre et déréel) et sans intérêt. Le traumatisé délaisse ses loisirs et ses occupations jadis motivantes ; son travail ne l'intéresse plus (d'où des changements apparemment capricieux d'emplois et de métiers qui sont le fait de beaucoup de traumatisés), et l'avenir lui paraît bouché. En résultent sa démotivation, sa perte d'initiative, son inhibition et son repli hors du monde dans l'amertume et les ruminations mentales atrabilaires.

• *Blocage de la fonction « libidinale » d'amour et de relation objectale*

Le trauma réalise un triple effondrement narcissique : l'effondrement du sentiment d'invulnérabilité, l'effondrement de la conviction que le monde est protecteur, l'effondrement de la confiance espérée du secours venant d'autrui. Profondément atteint dans son narcissisme, le traumatisé consacre tout son amour à la réparation de son moi blessé et n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui, qu'il assaille de ses demandes d'amour jamais rassasiées, d'où l'attitude de dépendance et de quérulence de ces patients. Le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectale avec autrui, c'est-à-dire la capacité de considérer autrui comme un être libre, un autre soi-même.

En fin de compte, depuis l'expérience traumatique, le patient n'a plus la même façon de percevoir le monde, de l'apprécier, de le penser, d'aimer, de vouloir et d'agir. Il a établi avec le monde, avec les autres et avec lui-même un autre type de relation, marqué par la persistance anormale de la souvenance de l'éprouvé traumatique brut (sensoriel), par la mise à distance du monde réel et par l'adoption d'une nouvelle attitude envers autrui, à la fois

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

méfiante et vainement possessive. Cette « personnalité traumatique » (ce qu'est devenue la personne sous l'impact du trauma) est la dimension la plus profonde de la névrose traumatique (Crocq, 1999, 2003c).

> Ainsi, cette femme de 42 ans dit avoir eu de la chance lors d'un attentat à la bombe dans une cafétéria parisienne : protégée par la table sur laquelle elle déjeunait, elle n'a eu de blessures – superficielles par éclats de bombe et projection de morceaux de vitre – qu'aux quatre membres ; tandis qu'autour d'elle, le sol était jonché de cadavres et de blessés graves. Dans l'immédiat, elle a même aidé des blessés à se dégager. Elle est restée très peu de jours à l'hôpital pour le traitement de ses blessures, puis, après une brève convalescence, elle a repris son travail. Il lui est pénible d'avoir à se retrouver chaque jour à cause de son travail sur les lieux de l'attentat ; elle a parfois des cauchemars d'attentat, elle est toujours aux aguets, occupée à détecter des « colis suspects » et à surveiller les individus à mine patibulaire, et elle ne veut plus actionner de commutateurs, « de peur de déclencher une explosion ». Mais, ce pourquoi elle est venue me consulter et qui la perturbe le plus, c'est qu'elle a l'impression d'avoir totalement changé, d'être incapable d'aimer réellement son mari et ses enfants, malgré les signes d'affection qu'elle leur manifeste. Un jour, alors qu'elle se promettait du bonheur à la perspective d'avoir à s'occuper de son petit-fils âgé de 1 an, que sa fille lui confiait pour la journée, elle n'a rien éprouvé de tel. Elle me dit : « J'ai effectué tous les gestes qu'il fallait pour m'occuper de lui, l'habiller, le faire manger, le faire jouer ; mais je ne ressentais rien ; je suis comme momifiée, tout est mort en dedans de moi. »

STRUCTURE DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE

Ainsi inventorié, le tableau clinique se trouve structuré en deux niveaux, le niveau sous-jacent de l'altération de personnalité, et le niveau superficiel des symptômes engendrés par cette altération (Crocq, 1986, 1999). Le rapport au monde réduit à la fixation exclusive à la souvenance du trauma génère ainsi les symptômes de répétition et divers autres symptômes : la fatigue qui est le fruit de l'inadaptation au monde, l'anxiété qui est celui de l'appréhension et de la méfiance, les superstructures psychonévrotiques qui

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

conjuguent les suggestions avancées par l'événement (« légitimement » hystérogène, phobogène, etc.) avec les tendances de la personnalité antérieure, la plainte et le langage somatique qui surviennent là où le langage n'est plus possible ou plus permis, et les troubles des conduites, expression de cette nouvelle relation au monde, aux autres et à soi-même qu'est l'impulsion à répéter la violence et à crier son ressentiment d'avoir été abandonné.

Évolution

Non traitée, ou mal traitée parce que la demande du patient s'est limitée à la réduction des symptômes apparents d'insomnie, d'anxiété et d'inhibition, et que le médecin, en miroir, s'est contenté de prescrire des somnifères, des anxiolytiques et des antidépresseurs ; ou parce que le patient – fixé jalousement à son trauma – ne se sera pas ouvert au thérapeute des perplexités et interrogations qui eussent pu être résolues dans le dialogue et le transfert, la névrose traumatique évolue sur un mode chronique, jusqu'à la fin de la vie, avec des relances et des péripéties survenues au gré des événements réévocateurs ou du départ à la retraite qui prive le patient de ses activités de dérivation.

Il est rare que le patient parvienne à se dégager, en l'espace de quelques mois, de l'emprise de son trauma sans un effort de verbalisation de ses affects, au cours duquel il aura réussi à énoncer (découvrir en parlant, et non pas s'enferrer dans les répétitions d'un récit factuel), seul ou en présence d'un thérapeute, le sens secret de son aventure.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les variantes : le panorama des syndromes psychotraumatiques différés et chroniques

La névrose traumatique, telle que décrite ci-dessus, constitue la forme type la plus représentative du syndrome psychotraumatique différé et chronique. On a décrit par ailleurs des variétés particulières, telles la névrose de guerre, la névrose des déportés et le syndrome du survivant. On a décrit aussi des formes de l'enfant, où les symptômes spécifiques demeurent au second plan, tandis que la plainte somatique, le blocage scolaire, l'anxiété de séparation et les conduites régressives occupent le devant de la scène clinique.

Le *post-traumatic stress disorder* (PTSD) du *DSM* américain constitue une entité qui correspond *grosso modo* à la névrose traumatique, à ceci près qu'il écarte les symptômes non spécifiques (excepté la difficulté de concentration et l'irritabilité avec accès de colère) pour les reporter hors PTSD, au rang de la « pathologie associée ». À noter que les critères C d'évitement des stimuli évocateurs du trauma et d'émoussement de la réactivité générale (réduction de l'intérêt porté au monde et restriction des affects avec détachement d'autrui) correspondent – si on y ajoute les critères d'hypervigilance et de sursaut au bruit classés ailleurs en critères D (neurovégétatifs) – aux altérations de personnalité de la névrose traumatique. En fin de compte, le diagnostic de PTSD, s'il a le mérite de répondre à des critères diagnostiques strictement définis et se prêtant à de multiples combinaisons qui répondent aux variantes offertes par la clinique (un au moins des cinq critères de reviviscence, trois au moins des sept critères d'évitement-émoussement, et deux au moins des cinq critères dits d'activation neurovégétative), n'apporte rien de nouveau par rapport à la névrose traumatique.

J'ai signalé plus haut que la *CIM-10* a identifié un état de stress post-traumatique en gros calqué sur le PTSD américain, mais y a adjoint, pour les cas sévères, un diagnostic de « Modification durable de la personnalité après une expérience de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

catastrophe », chronique et irréversible, qui, avec ses critères d'attitude méfiante envers le monde, de retrait social, de sentiment de perte d'espoir, d'état d'alerte permanent et de détachement affectif, correspond mieux à la névrose traumatique.

Conclusion

La réalité clinique nous offre en fait toute une gamme de cas, un « panorama » (Crocq, 1992), peu ou beaucoup différés dans leur éclosion, bénins, modérés ou sévères, transitoires ou durables, voire chronicisés, socialement peu gênants ou très invalidants, dont certains répondent aux critères cliniques de la névrose traumatique, du PTSD américain ou des entités définies par la *CIM-10*, et d'autres n'en comportent que quelques éléments sémiologiques (cas dits incomplets), et d'autres encore occultent la sémiologie spécifique sous une avancée de pathologies associées, psychosomatiques, caractérielles ou dépressives (cas dits atypiques). Voilà pourquoi le terme de « syndrome psychotraumatique différé et durable » convient mieux pour désigner cet ensemble que le terme trop restrictif de névrose traumatique, qui ne correspond qu'aux cas complets et, comme nous l'avons vu, structurés en névrose. Mais le vocable de névrose traumatique a une si belle histoire, et il a une telle prégnance dans l'esprit des cliniciens, qu'il mérite encore de figurer dans nos traditions, nos mœurs et – pourquoi pas – nos manuels.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

5e LEÇON

Le trauma chez l'enfant

Nous émergeons difficilement d'une longue période de méconnaissance et de déni du traumatisme chez l'enfant. Le XIXe siècle avait mentionné les retards de développement physique et mental chez des enfants abandonnés ou maltraités élevés en orphelinat, et on trouvait aussi chez Briquet, Charcot et Janet quelques observations cliniques d'hystérie traumatique chez l'enfant ; mais ces données restaient anecdotiques et exceptionnelles.

Il a fallu attendre la Seconde Guerre mondiale et l'immédiat après-guerre, pour qu'Anna Freud et Dorothy Burlingham (1942) s'occupent des enfants séparés de leurs parents pendant le blitz londonien, et des enfants déportés ballottés d'institutions en foyers d'accueil à leur retour des camps (1951). L'enseignement qu'en tirait Anna Freud est que l'enfant sous les bombardements ne fait que refléter la réaction de ses parents (mais cela revient à nier le trauma propre de l'enfant) et que, pour les rescapés des camps nazis, les enfants, s'ils sont tôt adoptés par une famille d'accueil, retrouvent un développement et un état psychique normaux. Assertion démentie par les recherches de Moskowitz (1985), qui a interrogé et examiné trente ans plus tard ces mêmes rescapés vus par Anna Freud et qui a identifié chez tous un « syndrome de Buchenwald » avec anesthésie affective et agressivité.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

En France, Brauner (1994), qui avait observé les enfants espagnols pendant la guerre civile de 1936-1939, et qui a accueilli en 1945 des enfants rescapés des camps de concentration, a su discerner une angoisse profonde sous un comportement apparemment calme : enfants blottis dans les abris pendant les bombardements, avec le poing dans la bouche ; rescapés racontant les pires horreurs subies avec une indifférence apparente cachant un profond désarroi.

Malgré ces révélations, jusqu'en 1980, le postulat admis par la communauté psychiatrique est que l'enfant est biologiquement et psychologiquement différent de l'adulte, qu'il n'a pas une maturité suffisante pour imaginer sa mort et donc être vulnérable au trauma, et que, de toute façon, la malléabilité de sa personnalité en devenir le dote d'une grande capacité à réagir positivement aux aléas de l'existence.

L'avènement en 1980 du diagnostic d'état de stress post-traumatique chez les vétérans du Vietnam et son extension aux situations traumatiques de la vie civile (catastrophes, accidents, agressions) ont permis de mettre en évidence le trauma chez l'enfant. Les travaux marquants sont ceux de Pynoos (1996), Leonore Terr (1991) aux États-Unis, et Bailly (1996) en France. Malgré tout, ces révélations sont longtemps restées au stade de la confidence d'un nombre restreint de spécialistes, tandis que la masse des médecins et psychiatres de la pratique courante continuait de les méconnaître. À cela s'ajoutait le déni opposé par les familles, les médecins, les policiers et même les juges, vis-à-vis de la réalité des abus sexuels exercés sur des enfants, aboutissant dans l'unanimité du corps social à une « conspiration du silence ».

Toutefois, la recrudescence de la violence dans le monde contemporain et la levée de l'aveuglement pudique qui refusait d'admettre la réalité des maltraitances infantiles ont amené notre société à s'interroger sur l'enfant traumatisé et sa souffrance.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Tableaux cliniques chez l'enfant traumatisé

L'impact d'un événement ou d'une situation traumatique chez l'enfant semble déterminer des tableaux cliniques à première vue comparables à ceux de l'adulte, avec un noyau sémiologique commun, mais aussi des symptômes spécifiques à la condition infantile et différents selon les tranches d'âge ou les types d'agression. Je prendrai comme cas de figure type le tableau clinique de l'enfant en âge scolaire (6 à 12 ans) ; puis je mentionnerai les variantes propres aux bas âges et à l'adolescence.

CLINIQUE DE LA RÉACTION IMMÉDIATE

La réaction immédiate est marquée par la frayeur, l'horreur et le sentiment d'absence de secours. Le tableau comprend, comme chez l'adulte, des symptômes de désorientation temporo-spatiale, d'arrêt de la pensée avec incompréhension de la situation, de vécu de déréalisation et de dépersonnalisation (dissociation per-traumatique) et des symptômes neurovégétatifs, tels que pâleur, sueur, tachycardie et spasmes viscéraux divers ; le tremblement convulsif et la perte d'urine figurent au premier plan de ces symptômes neurovégétatifs.

Comme symptômes spécifiques à l'enfant, lors de cette période immédiate, on peut constater : un état de sidération totale avec faciès hagard ; parfois au contraire une excitation psychomotrice intense avec agitation, cris et logorrhée intarissable ; parfois encore une fuite éperdue ; parfois enfin un comportement désorganisé et automatique, l'enfant poursuivant de longues minutes, et dans un état d'indifférence apparente, une activité inadaptée au contexte.

Les manifestations d'*angoisse de séparation* sont présentes dès la phase immédiate : peur d'être abandonné par les parents, peur de rester seul, avec comportement d'agrippement à l'adulte.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Des parents sont venus me consulter au sujet de leurs deux petits garçons, âgés de 8 et 6 ans. En fait, il y a une semaine, ils ont été victimes d'un accident de voiture spectaculaire sur une autoroute, leur voiture ayant exécuté un tonneau avant de retomber sur ses roues dans l'herbe du bas-côté. Dans l'accident, plusieurs voitures ont été accidentées, et les premiers témoins se sont surtout affairés à désincarcérer des blessés prisonniers dans leurs habitacles. Aussi, cette famille – le père, la mère et les deux garçons – est restée seule dans son coin en attendant les secours. Les parents ont mis du temps à revenir à la réalité et, quand ils se sont occupés de leurs deux enfants, ils les vont vus immobiles, pâles et silencieux. Au bout de quelques minutes, l'aîné a vomi et le cadet a perdu ses urines sous lui, puis a été saisi d'une longue crise de tremblements.

PÉRIODE POST IMMÉDIATE ET PHASE DE LATENCE

Dans de nombreux cas, l'enfant entre souvent directement, de plain-pied, dans le syndrome psychotraumatique chronique, sans phase de latence ou de « méditation ». Cela a été observé en particulier par Crocq et Gannagé (2002b) pour les enfants survivants des bombardements israéliens au Liban. Mais il arrive aussi qu'il passe par le préalable d'une phase de latence fallacieuse, donnant lieu à un comportement apparemment normal et à la reprise des activités antérieures, mais répondant en réalité à la préparation d'un syndrome psychotraumatique durable. Sous une apparence calme, trop calme, l'enfant est perplexe, isolé, peu enclin à jouer et à parler. Et ce n'est parfois qu'au bout d'un délai de huit à quinze jours qu'il manifestera les premiers symptômes d'un état psychotraumatique différé et durable, avec troubles du sommeil, manifestations anxieuses, pleurs et attitudes régressives ou agressives.

LES SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES CHRONIQUES

Au stade chronique, le tableau clinique observé chez l'enfant peut être réparti selon trois axes : les symptômes de reviviscence, les symptômes non spécifiques et la perturbation de la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

personnalité en devenir (incluant les attitudes d'évitement et de retrait mentionnées dans le PTSD, mais comportant surtout une importante régression affective).

Les reviviscences

Les classiques reviviscences ne figurent pas au premier plan du tableau clinique. Il s'agit d'images et de pensées intrusives, de vécus et agirs comme si l'événement allait se reproduire et de cauchemars répétitifs. Parmi les pensées intrusives, beaucoup évoluent rapidement vers l'échafaudage imaginatif de scénarios où l'enfant se donne un rôle actif, défensif ou vindicatif, et dans lequel il se voit résister à l'agresseur ou l'agresser à son tour. Parmi les « agir comme si… », on mentionnera le jeu répétitif, fréquemment observé chez l'enfant de 6 à 12 ans, qui consiste soit à réitérer le geste d'agression ou le geste de défense (par exemple menacer avec un pistolet, ou se blottir sous une table), soit à reproduire la scène en miniature avec des personnages de ses jouets (soldats de plastique) en les faisant s'entrechoquer violemment (Arroyo et Eth, 1984), soit à organiser de véritables mises en scène théâtrales, en utilisant des décors (des meubles) et en mobilisant ses frères et sœurs et ses camarades (jeu du tremblement de terre ou de la tornade). Les rêves reproduisent peu souvent l'événement lui-même avec tous ses détails, mais plutôt un événement du même genre, une scène de poursuite, d'agression par des monstres ou de chute dans le vide, et donnant lieu à des réveils angoissés. On observe aussi des terreurs nocturnes avec phobie de l'obscurité.

Les symptômes non spécifiques

Ils posent problème dans la clinique de l'enfant traumatisé, car ils occupent généralement le devant de la scène et occultent l'extériorisation des autres symptômes. Le symptôme le plus fréquemment exprimé par l'enfant traumatisé est la plainte somatique : « J'ai mal à la tête », « J'ai mal au ventre » ou « J'ai mal au dos ». Parfois il s'agit de symptômes fonctionnels, tels que

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

spasmes digestifs, nausées, vomissements ou diarrhées. Parfois même, il s'agit de véritables troubles psychosomatiques, avec lésion d'organe, tels que psoriasis, eczéma, alopécies en plaques, asthme et même diabète (j'en ai constaté deux cas, chez des enfants récemment rescapés d'un attentat). Les plaintes somatiques sont souvent présentées en premier par l'enfant parce que, s'adressant au médecin ou à l'infirmière, il pense qu'il ne doit parler que de ce qui est somatique. Le facteur culturel entre aussi en jeu, dans les communautés où il est de bon ton de ne pas s'épancher sur ses malaises psychiques (dans le Maghreb et au Moyen-Orient en particulier).

La fatigue est souvent mise en avant dans la plainte de l'enfant : fatigue physique et fatigue mentale, cette dernière se traduisant par de l'inattention à l'école, des difficultés d'acquisition mnésique, l'impossibilité à se concentrer sur le travail scolaire, avec comme répercussion le blocage des acquisitions et même la perte d'acquis antérieurs au trauma.

L'enfant traumatisé devient anxieux, avec des accès d'angoisse psychique (des peurs irraisonnées) et somatique (des accès dyspnéiques, des « pointes au cœur ») et surtout une intense angoisse de séparation, avec sentiment d'insécurité dès qu'il se trouve éloigné de ses parents (ou même dès qu'il les perd de vue), et l'exigence d'aller dormir la nuit dans la chambre, voire le lit des parents.

> C'est le cas d'Élie B., enfant libanais de 6 ans rescapé du bombardement israélien qui avait fait deux cents morts à Qana en avril 1996. Il était dans le hangar de l'ONU où on a compté le plus de morts. Il n'a pas été blessé, mais assourdi par les explosions. Durant tout le temps du bombardement, il a eu très peur, mais personne, ni cadre secouriste ni enfant plus grand, ne s'est occupé de lui. Je l'ai vu dans son école un mois après le bombardement. Il avait repris la classe, mais avait beaucoup de moments de distraction ; il ne parvenait pas à retenir les leçons. Dans la cour de récréation, il restait isolé, immobile, et ne jouait pas avec ses camarades. Il était saisi de terreur s'il entendait ou voyait un avion dans le ciel. L'assistante sociale nous a dit qu'il pleurait souvent et que, chez lui, il exigeait de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dormir dans la chambre de ses parents. Au test des trois dessins : 1) dessine ta maison, ta famille et toi avant la guerre, 2) dessine ta maison, ta famille et toi sous la guerre, et 3) dessine maintenant ta maison, ta famille et toi comme tu souhaites que cela soit plus tard), il a eu des difficultés à dessiner son cadre familial d'avant, puis il a dessiné la scène du bombardement avec une maison détruite et traversée par des obus, des corps amputés ou décapités, mal cernés et recouverts de gribouillis rouges, les seules couleurs étant le noir et le rouge, et les traits étant mal contrôlés. Et il s'est montré incapable d'envisager un futur vivant dans un dessin : celui-ci était sans couleur et les personnages y étaient figurés comme des végétaux enracinés dans le sol (personnages-fleurs).

Comme autres symptômes non spécifiques, on a observé des conversions et des crises hystériques, des phobies en rapport avec l'événement traumatisant (phobie de l'obscurité, de l'école, des espaces découverts, des espaces clos, des échafaudages, des couteaux, etc.), et même des rituels de protection, obsessionnels, apparus après le trauma et liés significativement à lui, et facilités par la propension de l'enfant à recourir à la pensée magique.

Beaucoup d'auteurs notent la dépression comme pathologie « associée » dans le tableau clinique. À notre expérience et à notre avis, la véritable dépression, avec *taedium vitae*, est rare. Ce que l'on observe, c'est plutôt de l'inhibition, un retrait pusillanime, la perte du goût du travail à l'école et même la perte de l'envie de jouer. Enfin, dernier groupe de symptômes non spécifiques, les troubles des conduites : troubles des conduites alimentaires, tels qu'anorexie ou boulimie, troubles du comportement social, impliquant les attitudes d'opposition aux adultes, les accès de colère explosifs, et les passages à l'acte hétéroagressifs ou plus rarement autoagressifs.

L'altération de la personnalité

Plus que pour le cas de l'adulte, l'altération de la personnalité est un point crucial dans le tableau clinique, car il s'agit d'une personnalité en devenir et ses perturbations risquent d'engager toute la vie ultérieure de l'enfant traumatisé.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Le trouble de personnalité le plus souvent observé est la régression infantile : le parler « bébé », la succion du pouce, la réapparition d'une énurésie qui avait disparu et l'exigence de dormir dans la chambre des parents. On constate aussi, assez généralement, un émoussement de l'élan vital, qui se traduit par la perte de l'intérêt scolaire et la perte de l'envie de jouer, dans la cour de récréation comme à la maison.

Tableaux cliniques selon l'âge

LE NOURRISSON (AVANT 1 AN)

On a longtemps méconnu, voire banalisé, l'impact d'un traumatisme sur le nourrisson. Par ailleurs, les symptômes observés se rapprochent plus de la clinique des carences affectives que de celle de l'état de stress post-traumatique. À cet âge, l'enfant n'est pas encore capable d'évaluer le danger et il ne dispose pas de moyens nuancés pour exprimer sa souffrance.

La sémiologie se manifeste tantôt par une apathie et un retrait, tantôt par une hyperexcitabilité avec pleurs et cris incessants. Les troubles du sommeil et de l'appétit, les vomissements ainsi que les manifestations psychosomatiques (eczéma) sont un mode privilégié d'expression de la souffrance chez le nourrisson qui n'a pas accès à l'introspection ni à la verbalisation des émotions. On a décrit sous le terme de « mémoire comportementale » des comportements répétitifs reprenant certains aspects du traumatisme vécu, comme si l'enfant gardait en mémoire la scène traumatique, qui viendrait s'imposer à lui par le biais de la seule remémoration des attitudes et des gestes, sans participation affective observable. Les retards du développement psychomoteur, les retards de croissance et la régression des acquis sont très fréquents.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Sur le plan théorique, les recherches psychanalytiques orientent vers une psychopathologie d'avant l'acquisition du langage : fantasmes de dévoration et de morcellement.

CHEZ L'ENFANT DE 1 À 5 ANS

Avec l'acquisition du langage, l'enfant parvient progressivement à construire des représentations mentales des dangers et des agressions ; et surtout à exprimer sa peur et sa souffrance. Contrairement à ce que l'on a longtemps cru, le petit enfant peut être traumatisé. Il est capable de prendre conscience – même s'il ne la comprend pas exactement – d'une situation d'agression ou de menace pour son intégrité corporelle. Cette prise de conscience se fait souvent – dans le cas des catastrophes, des accidents et des agressions où ses parents sont menacés et agressés à ses côtés – « en miroir », lorsqu'il constate brusquement la peur de ses parents, leur détresse et leur impuissance, dont l'impuissance à le protéger. En ce sens, le petit enfant subirait deux traumas : le sien propre, plus, en miroir, celui de ses parents.

On constatera alors, au décours d'une phase immédiate de sidération terrorisée, des symptômes anxieux dont la thématique tourne autour de la séparation, avec exigence d'avoir ses parents près de lui ou à portée de vue, peur d'être abandonné, et peur – éventuellement – que ses parents soient victimes de la même agression que celle qu'il vient de subir.

En outre, les manifestations somatiques douloureuses sont très fréquentes ainsi que les troubles du sommeil et les troubles sphinctériens secondaires. Les modifications du caractère et du comportement sont également observées, à type d'agressivité, d'irritabilité, de colères violentes ou d'opposition systématique. La modification ou la perte des intérêts habituels avec une tendance au retrait ou aux jeux répétitifs reprenant la thématique du traumatisme est souvent observée à cette période.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

L'ADOLESCENT

L'adolescent (12 à 18 ans) traverse une phase de révolution biologique, avec transformations rapides et notables de son corps et une phase de désinsertion sociale, où l'attrait de l'appartenance aux groupes d'autres adolescents contrecarre la soumission au groupe familial et l'adhésion aux valeurs du monde des adultes. À notre époque, l'apparition d'une culture centrée sur l'adolescent et d'un marché spécifique qui répond à son pouvoir d'achat achève de complexifier la situation.

Dans le tableau clinique, les phénomènes dissociatifs sont fréquemment décrits chez l'adolescent traumatisé, que ce soit à l'occasion de reviviscences (hallucinations, illusions, flash-back et « vécus comme si ») ou que ce soit dans les manifestations de l'anxiété (états seconds, expériences de dépersonnalisation).

Le passage à l'acte est un moyen de défense psychologique prévalent dans cette tranche d'âge. On va le retrouver dans les troubles des conduites post-traumatiques. Il sera volontiers impulsif, soit sous forme d'automutilations et de conduites suicidaires (inspirées par un sentiment de culpabilité), soit sous forme d'agression verbale ou gestuelle contre autrui et de comportements antisociaux et prédélinquants. La prise de toxiques et d'alcool peut aussi s'offrir comme une alternative permettant à l'adolescent de fuir un vécu douloureux et insupportable.

Comme autres symptômes, on observera des somatisations douloureuses et occasion d'interrogations perplexes sur le corps, des perturbations des fonctions instinctuelles (troubles du sommeil, troubles de l'appétit, et hypersexualisation avec tendance à la prise de risque et à la multiplication des partenaires, particulièrement en cas d'abus sexuel).

Enfin, les troubles de l'identité et de la personnalité sont retrouvés chez les adolescents les plus fragiles. Le traumatisme viendrait décompenser un équilibre psychologique déjà précaire. On peut assister alors à l'éclosion brutale ou insidieuse d'un

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

épisode psychotique aigu ou subaigu, et parfois même (mais c'est très discutable) à un mode d'entrée dans la schizophrénie.

Variantes selon la nature du traumatisme

L'ENFANT VICTIME DE SÉVICES PHYSIQUES OU PSYCHOLOGIQUES

L'enfant victime de violences physiques ou morales est un enfant traumatisé qui gardera à long terme des séquelles psychologiques. Longtemps sous-estimées, voire occultées du fait du silence des victimes et parfois de la réticence des adultes à les reconnaître, elles sont aujourd'hui – grâce aux campagnes de sensibilisation menées par les pouvoirs publics – sorties des tabous qui les enveloppaient.

La fréquence de tels sévices est difficile à déterminer, car nombre d'entre eux passent inaperçus. On parle de maltraitance lorsque la violence infligée à l'enfant est démesurée ou compromet gravement sa santé. Les sévices psychologiques (injures, dévalorisation, exigences exagérées…), quoique plus insidieux et plus difficiles à repérer, sont aussi traumatisants pour l'enfant. La suspicion diagnostique sera faite devant la nature et la localisation de certaines lésions, l'état général de l'enfant (dénutrition, présentation négligée, hygiène défectueuse…), sa tristesse, l'attitude des parents, leur carence en ce qui concerne les soins, et leur opposition aux intrusions des services sociaux. Les troubles développés par l'enfant victime de sévices sont assez typiques : vigilance anxieuse, méfiance, attitude craintive et apeurée, inhibition, isolement et pleurs, voire troubles psychosomatiques. Des troubles graves du comportement peuvent s'observer avec violence et agressivité majeure.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LES ABUS SEXUELS

Il s'agit de l'exploitation d'un enfant par un adulte à des fins de satisfaction sexuelle, exercée sous la contrainte (avec ou sans violence physique) ou la ruse. L'adulte abuseur est souvent une personne familière à l'enfant, voire un parent (inceste). Les conséquences de l'abus sexuel dépendent de plusieurs facteurs : la gravité et la répétition de l'acte, l'âge de l'enfant au moment de l'abus, le degré de vulnérabilité individuelle, la qualité de la structure familiale et de sa réaction après découverte de l'abus, qui est souvent fortuite, car il est rare que l'enfant en parle spontanément à l'un de ses parents. Toutefois, certains indices dans le comportement de l'enfant, tels les baisers érotiques et les attouchements sur les parties sexuelles, sont évocateurs de l'existence d'un éventuel abus.

Dans ces agressions sexuelles, la scène traumatique provoque une double désorganisation des repères acquis jusque-là : ébranlement du monde interne, en particulier dans sa dimension pulsionnelle et éclatement des certitudes de protection et de confiance investies sur les images d'adultes (dont les parents au premier plan), perturbant la vie relationnelle.

D'un point de vue psychodynamique, l'enfant abusé se trouve bouleversé par l'irruption inopinée du réel de la violence humaine dans son existence. Soumis avant l'heure au désir égoïste d'un adulte, il est incapable de symboliser cette agression génitale et se trouve perturbé dans sa capacité à équilibrer ses attirances et ses rejets. Cette expérience angoissante suscite une explosion d'émotions impossibles à endiguer : peur, défiance, honte et culpabilité.

Le mode d'agression influencera également le tableau clinique : la violence brutale sera souvent responsable d'une importante réaction post-traumatique, avec des symptômes explicites qui passent rarement inaperçus et ouvrent plus facilement la porte à la révélation. À l'inverse, la relation sexuelle établie insidieusement sous couvert de rapports affectueux, et régulièrement imposée par un père incestueux ou l'ami « intime » de la famille, souvent pendant plusieurs années, désorganise plus sourdement

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

les assises de la personnalité de l'enfant. Là, l'entreprise de séduction traumatique échafaudant dans la durée une véritable relation d'emprise, mêlant chantage affectif et menaces déguisées, mais « initiant » aussi des émois coupables, oblige l'enfant à se construire « avec » cette expérience de la transgression associée à un vécu de chosification en objet de plaisir. Dans ce cas, les symptômes psychotraumatiques sont souvent moins perceptibles. Et les manifestations somatiques constituent bien souvent le seul langage visible exprimant la souffrance de l'enfant. Dans certains cas, en activant les mécanismes défensifs du moi (clivage, dissociation), l'enfant parviendra à survivre comme si rien ne s'était passé et à préserver sa capacité à mener une vie familiale apparemment normale, en repoussant dans une région secrète de son appareil psychique sa conscience de l'agression (« une partie qui sait et devient insensible, déconnectée de la partie qui ressent mais ne sait pas… », Ferenczi, 1932).

Chez les enfants d'âge préscolaire, on notera l'érotisation de la relation à la mère et l'attitude d'hypersexualisation des rapports à autrui, particulièrement chez les enfants qui cherchent à reproduire les mêmes attouchements que l'abuseur et qui manifestent une curiosité excessive pour les choses du sexe. Accessoirement, on notera aussi l'altération du niveau d'activité (inhibition ou excitation), les plaintes somatiques et les comportements agressifs.

Chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes les plus fréquents sont les troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, alimentation, contrôle sphinctérien), ainsi que les somatisations, la peur de se déshabiller devant un tiers, la réticence méfiante face aux personnes non familières et à la perspective de devoir se rendre dans un endroit non connu, le comportement séducteur et l'intérêt surprenant pour les parties génitales des personnes et des animaux. On pourra aussi observer des troubles des conduites (fugues, mensonges et vols…).

À l'adolescence, les symptômes dépendent de plusieurs facteurs : abus ponctuel ou abus répétés dans le temps, abus avec ou sans violence physique, inceste ou abus par une personne extérieure à la famille. La situation la plus grave et la plus

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dramatique est celle de la relation incestueuse demeurée longtemps secrète (parfois avec la complicité plus ou moins consciente de la mère) et dévoilée à l'adolescence. Après la révélation, la conscience de l'effraction corporelle peut générer des sentiments de culpabilité, de honte et de dévalorisation. Sur le plan comportemental, l'adolescente peut aussi bien entrer dans un état de marasme avec indifférence affective vis-à-vis de l'entourage, que tenter de rattraper ses arriérés de réaction par une explosion de comportements agressifs, de fugues, de toxicomanie avec fréquentation de groupes marginaux. Elle peut réagir aussi par la prostitution, où la multiplication des partenaires occasionnels peut susciter des nosophobies, dont la peur de contracter le virus HIV.

Variantes selon la fréquence d'exposition à la situation traumatisante

Leonor Terr (1991) propose de classer les traumatismes de l'enfant en fonction de leur intensité et de la fréquence d'exposition. Elle identifie ainsi :

LES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES DE TYPE I

Ils sont provoqués par un événement traumatique unique et ponctuel. Leur sémiologie correspond au tableau clinique classique : phase immédiate de frayeur, d'horreur et de vécu d'absence de secours, avec vécu de déréalisation et de dépersonnalisation ; phase post-immédiate absente ou brève, avec persistance des symptômes dissociatifs ; et phase différée-chronique avec reviviscences, anxiété, phobies, somatisations et troubles des conduites.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES DE TYPE II

Ils sont déterminés par la répétition des agressions, sur une longue durée (plusieurs mois, plusieurs années). La phase immédiate initiale est discrète, marquée éventuellement par un vécu d'absence de secours. La période post-immédiate est marquée par la perplexité et l'ambivalence vis-à-vis de l'adulte abuseur. Et la phase différée-chronique, bien que comportant les trois volets classiques de la névrose traumatique, présente au premier plan des accès dissociatifs et des lacunes mnésiques portant sur des pans entiers de la biographie, un fort retrait des investissements intellectuels et affectifs, une attitude de passivité et de résignation, une extinction de la spontanéité de l'expression (voire le mutisme), et de la dépression, pouvant confiner au désespoir silencieux. À long terme, l'impact des traumatismes répétés se fait souvent vers le développement à l'adolescence de personnalités pathologiques limites ou antisociales.

Évolution : résilience ou séquelles, oubli ou réveil

LE DEVENIR DU TRAUMA INFANTILE

Les constatations et les recherches sur le devenir du trauma infantile sont divergentes. Certaines études, se référant à l'hypothèse de « l'évaporation spontanée des symptômes », constatent l'atténuation puis la disparition de certains états de stress post-traumatiques de l'enfant (par exemple les observations de Scharzwald sur des enfants israéliens victimes des bombardements par les Scud irakiens pendant la guerre du Golfe, 1994), et soulèvent le problème de la « résilience » infantile. À l'opposé, des enquêtes statistiques américaines, effectuées sur des échantillons d'enfants ayant souffert de la guerre civile au Salvador, révèlent la persistance de 33 % d'états de stress post-traumatiques dans un

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

délai de cinq ans (Arroyo et Eth, 1985), 54 % dans un délai de dix ans chez des enfants venant du Vietnam (Kinzie *et al.*, 1984) et 87 % pour les enfants et adolescents rescapés du génocide cambodgien (Realmuto et Masten, 1992). Ces études confirment les observations empiriques de cliniciens qui ont suivi en long terme des enfants traumatisés.

L'ANESTHÉSIE AFFECTIVE

Concernant le très long terme, j'ai mentionné plus haut les constatations de Moskowitz (1985) et de Brauner (1994) sur les enfants rescapés des camps de concentration et retrouvés quarante ans plus tard : ils étaient marqués pour la vie par une « anesthésie affective » qui, tout en les protégeant, les avait empêchés d'avoir des relations transparentes avec autrui et de se réinsérer dans la société. Dans mes propres observations, examinant cinquante ans après des sujets ayant subi étant enfants de graves traumatismes causés par la Seconde Guerre mondiale, j'ai pu constater cette même anesthésie affective (que j'ai dénommée « désert affectif »), qui les a maintenus toute leur vie dans un isolement nocif, a étouffé l'épanouissement de leur personnalité et a compromis leur destin (Crocq 1999, 2004c).

> Raymonde X… avait 6 ans en août 1944, lorsque des avions américains bombardèrent la route sur laquelle elle cheminait, en compagnie de son frère âgé de 10 ans. Elle se retrouva blessée au bras par un éclat de bombe, allongée dans le fossé sous son frère qui s'était couché sur elle pour la protéger. Voulant se relever, elle toucha l'épaule de son frère en l'appelant, mais il ne répondit pas : il était mort. Elle se dégagea et courut sur la route, vers sa mère affolée qui se précipitait vers elle. Raymonde fut amputée du bras gauche à l'hôpital d'une ville proche. Puis, elle revint vivre, fille unique, entre ses parents endeuillés.
>
> Croyant bien faire, les parents firent disparaître toute trace du frère mort, n'en parlant jamais et ne gardant même pas sa photographie. La petite Raymonde ne dit rien, mais pensa souvent à ce frère qui était mort en lui sauvant la vie. Les chirurgiens lui appareillèrent une prothèse pour

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

remplacer son bras coupé au-dessus du coude. À l'école, Raymonde souffrit de n'être pas comme ses camarades qui la ménageaient pour ne pas la bousculer dans leurs jeux. Le soir, dans son lit, avant de s'endormir, elle se racontait des histoires d'« une princesse qui avait ses deux bras… ». Ses nuits étaient perturbées par des cauchemars qui lui faisaient revivre le bombardement. Le jour, elle avait peur des avions, sursautait au bruit, était sujette à des crises de larmes sans motif. Souvent, elle devait se cacher de ses parents et des adultes pour pleurer sans être rabrouée.

Après ses études primaires et secondaires, Raymonde voulut être institutrice et fut reçue au concours des écoles normales ; mais elle eut la grande déception d'être refusée pour inaptitude physique. Elle dut se rabattre sur une carrière d'agent administratif. Peu communicative, ne sachant se mettre en valeur, triste, repliée sur elle-même, elle mena une carrière obscure et entrecoupée de nombreux arrêts de travail pour dépression. Elle était en outre restée célibataire, voyait peu ses parents à qui elle n'avait rien à dire, n'avait pas su se faire des amis et ne participait à aucune activité sociale. Quand je l'ai vue cinquante ans après le bombardement, Raymonde me raconta son histoire, ses projets de carrière anéantis, sa vie gâchée et son univers vide sur un ton monocorde et froid, avec détachement, comme si cela était arrivé à quelqu'un d'autre.

L'ENFANT : UNE PERSONNALITÉ EN DEVENIR

Mais l'anesthésie affective n'est pas le seul symptôme des perturbations de la personnalité chez l'enfant traumatisé. En tout état de cause, il est important de considérer l'évolution de la pathologie psychotraumatique de l'enfant dans le déroulement dynamique d'une personnalité en devenir. Pynoos et *al.* (1996) ont identifié trois sortes d'avatars de ce développement : la constitution d'un moi craintif, la constitution d'un moi autoprotecteur et la constitution d'un moi vengeur. Ils mentionnent en outre des travaux d'autres auteurs reliant la constitution de personnalités *borderline* (limites entre névrose et psychose) à des traumas infantiles. Enfin, dans le grand public, aux États-Unis, l'opinion prévaut que le syndrome de personnalité multiple serait souvent la conséquence de traumas sexuels de la toute première enfance.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LA QUESTION DE L'APRÈS COUP

Un dernier point à noter dans le devenir du trauma infantile serait le phénomène d'« après-coup », rendu célèbre par le cas Katharina (Freud, 1895) : cette jeune fille qui, à 18 ans, en apercevant à l'improviste son père s'accoupler avec sa cousine, a compris le sens d'une tentative de séduction effectuée sur elle-même par celui-ci quatre ans auparavant, et qui, seulement à partir de ce moment, a développé une hystérie traumatique. Beaucoup d'exégètes de Freud ont affirmé que c'était le premier événement qui était traumatique, déterminant, cheminant à bas bruit jusqu'à ce que le second événement – accessoire – ne vienne le réveiller. Mais Freud n'a jamais dit cela, et dans un autre texte (1896) il a précisé que l'après-coup n'était que le remaniement d'événements passés, la réinscription de traces mnésiques, leur conférant seulement alors, rétrospectivement, un pouvoir pathogène. Quant à moi (1965, 1985), j'ai récusé cette conception de l'après-coup comme conte de *La Belle au Bois dormant* et mis le clinicien en garde contre l'« illusion rétrospective » qu'il partage avec son patient traumatisé lorsque ce dernier, de bonne foi, se retrace un passé sélectionné et éclairé à partir du trauma d'aujourd'hui. Le passé, disait Lacan dans une formule toute militaire, est « porté disparu », et c'est l'avenir qui fait revivre certains événements passés, renforçant leur sens sursitaire ou les dotant d'un nouveau sens, tandis qu'il en relègue d'autres dans l'ombre comme des non-sens dérisoires.

Conclusion : des destins compromis

En conclusion, face au courant qui glorifie la résilience infantile et voudrait effacer les traces du trauma, nous devons nous montrer plus circonspects. Nul ne peut « oublier » un trauma infantile ; tout ce qu'il peut faire, c'est tenter de s'en souvenir

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

autrement, élaborer un souvenir construit là où il n'y a d'abord qu'une mémoire brute d'images et d'éprouvés sensoriels, et – plutôt que de rester fixé à une image indicible et inacceptable – mettre des mots sur l'événement et le réinscrire dans la continuité fluide de son histoire de vie.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

6e LEÇON

Viol et trauma

Dans la leçon précédente, le viol a été évoqué comme un des cas de figure du trauma chez l'enfant. Mais il concerne plus souvent des victimes adultes. Le nombre croissant de cas signalés ou révélés – à cause du déchaînement de violence dans notre société, et à cause de la levée du tabou qui les recouvrait d'une chape de silence – inquiète l'opinion publique et préoccupe les gouvernants. Les sentiments d'humiliation, de honte et, parfois, de culpabilité aggravent les effets perturbants du traumatisme qu'il engendre chez la victime, personne réduite à un objet, niée et bafouée dans son statut d'être sexué libre de ses désirs, et d'être raisonnable libre de ses choix et de ses rapports sociaux. Le viol est un obstacle à l'épanouissement de la personnalité et à son insertion harmonieuse dans la société et, ici encore, il tisse des « destins compromis ».

Historique, définition, circonstances et cas de figure

QUELQUES DONNÉES HISTORIQUES ET STATISTIQUES

Le viol est mentionné dans des textes très anciens, pour la plupart juridiques (Bardet et Giraudon, 1983), tels le code

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

d'Hammourabi (1760 av. J.-C.), la Bible (Deutéronome 21, 10-14) et le droit romain, où il entre dans la catégorie des violences privées (*vis privata*). Au Moyen Âge, le viol est puni d'écartèlement. Dans l'Ancien Régime, il est puni du supplice de la roue. Le code du 25 septembre 1791 (Directoire) punit le viol de six années de fer et de douze années si la victime a moins de 14 ans. Le code de 1810 le punit des travaux forcés, la peine étant portée à perpétuité si le violeur est une personne ayant autorité sur la victime. L'ordonnance du 2 juillet 1945 élève de 13 à 15 ans l'âge auquel l'enfant doit être considéré comme légalement mineur.

Concernant les données statistiques, A. Tardieu (cité par Darves-Bornoz, 2003), dans son ouvrage *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs* (1878), recense 11 576 personnes accusées de viol ou de tentatives de viol en France entre 1858 et 1869. Sur ce chiffre, 9 125 individus ont été accusés de viol sur des enfants. Plus proche de nous, une étude de l'Inserm (Spira *et al.*, 1993) fait apparaître que 2 millions de femmes en France ont subi des viols ou des agressions sexuelles et que les séquelles psychotraumatiques sont quasi constantes.

DÉFINITION

On peut définir le viol comme l'acte d'imposer à une personne un rapport sexuel avec pénétration, par violence, contrainte, menace ou surprise. La pénétration sexuelle peut être vaginale, anale ou orale. Elle peut être effectuée par le pénis, par un doigt ou par un objet.

À côté du viol, l'agression sexuelle sans pénétration peut consister en attouchements ou coups sur les parties sexuelles (vulve, testicules) ou des endroits du corps pouvant avoir une connotation sexuelle (seins, anus). La tentative de viol, ou viol sans que la pénétration ait réussi, est considérée comme agression sexuelle, même quand elle a donné lieu à des contusions de la vulve ou des bords de l'anus. Concernant la bouche et les lèvres, le baiser imposé est une forme d'agression sexuelle.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

L'auteur du viol est plus souvent un homme qu'une femme ; plus rarement un adolescent. Beaucoup de violeurs sont des psychopathes ou des personnalités pathologiques, cédant à leurs pulsions mais conscientes de leur acte, ce qui – sur le plan juridique – n'est pas incompatible avec leur responsabilité. Ils peuvent avoir prémédité leur acte, ou l'accomplir à l'occasion. Dans de nombreux cas, il s'agit de personnes qui ont elles-mêmes subi des viols ou des agressions sexuelles dans leur enfance. Certains individus récidivent de façon compulsive, sur des victimes différentes (« violeurs en série »).

La personne violée peut être une femme ou un homme, de tout âge, y compris les enfants et les adolescents. Elle n'est aucunement consentante : ou bien elle tente de se défendre physiquement, mais est maîtrisée, ou bien elle est sidérée, inhibée et incapable de résister.

La contrainte morale (dettes, chantage sur les enfants par exemple) peut faciliter un viol, subi plus que consenti. Le viol sodomique sur des adolescents (introduction anale d'un manche à balai) peut être subi par les nouveaux élèves comme rite de passage dans certains internats scolaires et toléré par l'encadrement (Mucchielli, 2008). Le viol par surprise n'est pas totalement sans violence, car il implique toujours une part de contrainte physique.

COMPLICITÉ ET VIOLS COLLECTIFS

Des complices du violeur peuvent l'aider à immobiliser sa victime et maintenir cette immobilisation pendant l'acte. Ils se rendent passibles du crime de complicité de viol.

Le viol collectif est une suite de viols commis successivement et tour à tour par plusieurs individus sur la même victime. Ces individus se sont entendus pour choisir leur proie (une femme le plus souvent) et ont uni leurs efforts pour la traquer et l'immobiliser. Puis, ils la violent chacun leur tour, tandis que leurs complices continuent éventuellement de l'immobiliser. Un tel viol collectif, dont la presse des années 2001 et 2002 a fait largement écho, est

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

désigné dans le langage argotique par le terme de « tournante » (Mucchielli, 2008).

En situation de guerre, il peut arriver que des soldats commettent des viols sur les femmes de la population civile du pays ennemi. Ils peuvent le faire individuellement ou en groupe (ils se partagent les femmes ou pratiquent le viol collectif sur la même femme). Ce sont le plus souvent des soldats indisciplinés qui agissent ainsi malgré les interdits édictés par leurs chefs, ou à l'insu de ces derniers. Mais il arrive aussi que les chefs soient au courant d'une telle pratique et feignent de l'ignorer. Il arrive enfin que les chefs encouragent cette pratique (le viol comme arme de guerre), pour abattre le moral de la population vaincue et l'humilier.

De tels viols « systématiques » ont été rapportés lors de l'offensive soviétique victorieuse contre les armées allemandes en avril 1945, en Allemagne du Nord ; au Rwanda, lors de la guerre intertribale de 1994 (Bouchet-Saulnier, 2000), et au Congo (Gansou *et al.*, 2003). À cette occasion, on constate des spécificités culturelles dans la psychologie des victimes de viol (Baubet *et al.*, 2003), qui s'accusent – en Afrique – d'être devenues des symboles de malédiction, de porter désormais le diable dans leur corps et d'attirer sur elles la vengeance des ancêtres.

Tableaux cliniques

Le tableau clinique de la victime de viol est celui du syndrome psychotraumatique, échelonné dans ses trois phases : immédiate, post-immédiate et différée-chronique.

LA PHASE IMMÉDIATE : SURPRISE, DÉTRESSE, DISSOCIATION

La phase immédiate proprement dite couvre essentiellement les quelques minutes ou dizaines de minutes que durent

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

l'agression, la lutte éventuelle, puis le viol lui-même avec pénétration sexuelle. En fait, elle se poursuit sur plusieurs heures par l'état psychique d'après-viol. Par souci d'harmonisation avec ce qui a été dit dans les leçons précédentes sur la durée conventionnelle de la phase immédiate des traumas, on étendra cette durée sur les premières vingt-quatre heures.

Le viol est en général vécu dans la surprise, la terreur, le sentiment d'impuissance et d'absence de secours, et la détresse. Cela étant, ce tableau comporte des variantes, en raison des circonstances, en fonction de la dangerosité du violeur et de la vulnérabilité psychique de la victime.

Le cas de figure le plus simple est celui où la victime est consciente de l'agression et de son caractère sexuel, et demeure consciente et lucide pendant toute la durée de l'acte. Elle cherche d'abord à se défendre et à repousser son agresseur, mais doit céder à la force physique. Ensuite, elle subit le viol, consciente de son impuissance, et ressent horreur, humiliation et détresse, dans le constat de n'être pas secourue ; puis, après l'acte, elle éprouve de la honte. Contrairement à ce qui est généralement écrit, la culpabilité ne fait pas partie du ressenti de la phase immédiate du premier jour. C'est plus tard, avec les interrogations et les ruminations mentales, que la victime se demandera si elle n'a pas été inconsciemment séductrice ou même si sa beauté n'a pas tenu le rôle d'appât.

Ce cas de figure le plus simple peut comporter la variante où le viol a été perpétré sous la menace de mort, par exemple un couteau appliqué sur la gorge. La peur d'être tuée vient doubler l'horreur d'être violée, ou même tenir le premier rang des préoccupations de la victime à cet instant ; et, de toute façon, cette menace inhibe la volonté et les capacités de défense.

Les cas de figure plus complexes sont ceux où, sous le coup de la surprise et du choc émotionnel, la lucidité de la victime a été obérée ou annihilée. La victime vit alors le viol dans un état second, non présente à la réalité de l'instant, avec des perturbations de l'orientation dans l'espace (le lieu) et de l'évaluation du temps (de la durée) et des réactions de sidération. Il y a

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dissociation entre le ressenti sensoriel du viol et le psychisme qui devrait penser et vouloir ; avec des vécus de déréalisation et de dépersonnalisation.

Liliane Daligand (2001b) parle à juste titre d'« implosion » et de « dislocation » du « corps parlant féminin », dans la mesure où la victime vit, sous l'effondrement de son psychisme, un morcellement brutal de son corps comme lieu cohérent des sensations et source d'inscription du langage. Le corps sexué cohérent devient corps atomisé, désorganisé, réduit à une infinité de marquages archaïques ; et désorganisé aussi en tant que sanctuaire du langage. « Désertifiée par la parole », la victime est réduite au silence. Plus tard, dans les procès, les juges se demanderont : « Pourquoi la victime n'a-t-elle pas crié, appelé au secours ? » L'implosion de son corps sensible et parlant ne le permettait pas. Pendant le temps du viol, elle n'a plus « existé », ou *ex-istere* (étymologiquement, c'est-à-dire « sortir de soi ») par la parole.

Le cas suivant illustre la dépersonnalisation résultant d'un viol inattendu, soudain, violent et assorti de menaces de mort.

> Brigitte W., âgée de 19 ans, étudiante, vit seule dans un appartement en troisième étage d'un quartier tranquille de Paris, proche de l'établissement universitaire où elle suit ses cours. Un matin, vers 11 heures, elle entend sonner à sa porte. Elle ouvre et se trouve en présence d'un Africain jeune adulte, bien mis et très poli, qui lui dit qu'il habite l'appartement d'en dessous et que de l'eau coule depuis son plafond dans sa salle de bains, provenant probablement de la salle de bains de la jeune fille. Ensemble, ils gagnent cette pièce, où nulle fuite de robinet n'est manifeste. Mais l'homme sort un couteau de sa poche, applique la lame contre le cou de la jeune fille et menace de la tuer si elle résiste. Puis, il la dépouille de ses vêtements et la viole, sur le sol de la salle de bains. Son forfait achevé, il quitte rapidement l'appartement, laissant Brigitte W. inerte et psychiquement « vide ». Quelques minutes plus tard, elle se relève, et cherche du secours chez sa voisine de palier, qui avertit la police. Une enquête immédiate révèle que cet Africain n'habite ni l'appartement du dessous, ni aucun appartement de l'immeuble. Il ne sera jamais retrouvé. Il avait dû guetter discrètement sa proie depuis plusieurs jours, s'assurer qu'elle vivait seule et observer ses horaires.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> Brigitte W., qui est venue seulement trois semaines plus tard à ma consultation pour traumatisme psychique, a du mal à retracer son état d'esprit pendant ce viol. Ses souvenirs sont imprécis, noyés dans un brouillard d'irréalité. Elle me dit qu'elle avait d'abord cru au prétexte de son agresseur, et que, ayant à peine constaté qu'il n'y avait aucune fuite d'eau, elle s'était trouvée agressée sans comprendre pourquoi. Ensuite, elle avait eu peur d'être égorgée et n'avait cherché qu'à ne pas tenter de se défendre, ni même de bouger. Durant tout le viol, elle s'était trouvée dans une espèce d'état second (« comme si cela n'était pas vrai et que j'étais ailleurs »). Et, une fois son agresseur parti, elle était restée dans cet état, figée, sans comprendre si ce qui lui était arrivé « était vrai ». « Comme une somnambule », elle était venue demander du secours chez sa voisine de palier. Pour ce faire, elle avait eu des difficultés à trouver ses mots, « qui ne voulaient pas venir ».

LA PHASE POST IMMÉDIATE : TOUJOURS PATHOLOGIQUE

Par rapport au schéma classique des deux évolutions possibles (soit cessation des symptômes immédiats et retour à la normale, soit persistance de ces symptômes et apparition de nouveaux symptômes types névrose traumatique), le viol ne connaît que la deuxième modalité évolutive.

La victime de viol réagit d'abord par des symptômes neurovégétatifs tels que pâleur, tremblements, nausées (et parfois vomissements), sensation de faiblesse et impression d'être sur le point de s'évanouir. Sur le plan psychique, elle reste plusieurs jours, et parfois plusieurs semaines, dans l'état de dissociation qui a caractérisé son vécu de la phase immédiate. Sa lucidité ne revient pas. Elle ne comprend pas pleinement ce qui lui est arrivé. Elle demeure inhibée et effondrée. Elle reste repliée sur elle-même et elle ne parvient pas à avoir des rapports clairs avec ceux-là mêmes qui lui manifestent de la compassion, de la sollicitude et du réconfort. Elle n'éprouve pas l'envie de parler, reste la plupart du temps silencieuse et ne répond que par des bribes de phrases, parfois « à côté », aux questions que lui pose son entourage et qu'elle semble ne pas comprendre.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

En outre, de nouveaux symptômes apparaissent, principalement des symptômes de reviviscence et des phobies, témoignant de l'évolution du cas vers la névrose traumatique.

TABLEAU CLINIQUE À LA PHASE DIFFÉRÉE CHRONIQUE : REVIVISCENCES, PHOBIES, IDENTITÉ DÉTRUITE

Le viol donne lieu à l'établissement d'un syndrome psychotraumatique différé-chronique, avec toutes les composantes d'un tel syndrome : 1) reviviscences, 2) symptômes névrotiques communs, et 3) altération profonde de la personnalité.

Reviviscences

Les victimes de viol sont sujettes à des reviviscences involontaires, itératives et pénibles. Il s'agit surtout de reviviscences hallucinatoires « sensorielles », qui leur font revivre dans leur corps la scène traumatique quasi réelle et quasi présente, avec participation visuelle, olfactive, auditive et surtout sensitive : impression de revivre la sensation du contact cutané avec le violeur, de subir son poids, et de revivre la pénétration sexuelle. Ces reviviscences peuvent mettre en jeu des illusions (silhouette aperçue d'un passant et interprétée d'emblée comme celle de l'agresseur), des pensées forcées et ruminations mentales obsédantes, des vécus soudains comme si l'agression allait se reproduire, et des agirs impulsifs comme si elle faisait irruption (geste de défense des bras repoussant un agresseur virtuel, recroquevillement, sursaut, esquisse de fuite, raidissement du corps). Le cauchemar de répétition est fréquent et perturbant : agitation, détresse, réveil angoissé.

Mention spéciale doit être accordée aux reviviscences par ruminations mentales. La victime de viol ne parle pas ou peu. Perplexe, réfugiée dans son imaginaire, elle cherche à retrouver la signification et l'unité de ses sensations, mais n'y parvient pas. Alors, ses pensées vont tourner sans cesse autour de ce dont elle est sûre : l'humiliation, la honte et la culpabilité. L'humiliation

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

d'avoir été souillée ; la honte d'être inférieure aux autres ; la culpabilité de n'avoir pas su résister.

Ces reviviscences peuvent survenir spontanément ou être déclenchées par des « associations-gâchettes » (Darves-Bornoz, 2003), ou stimuli spécifiques rappelant la scène du viol : par exemple, voir une voiture blanche pour un sujet qui a été violé dans une voiture blanche, ou ne percevoir sur le visage d'autrui que ses deux yeux et le regard, qui va rappeler le regard du violeur. Beaucoup de femmes violées gardent le souvenir sensoriel « élémentaire » et obsédant des yeux du violeur, de son regard ; alors qu'elles ne conservent aucun souvenir imagé du reste de son visage.

Les symptômes communs à toute névrose

La névrose traumatique consécutive au viol, comme toute névrose traumatique, comprend des symptômes communs, dits généraux, que l'on peut observer aussi dans les autres névroses.

Le premier de ces symptômes est l'asthénie (ou fatigue sans cause logique). Cette fatigue pathologique investit tout le corps, qui est réduit à une « chair déstructurée » (Daligand, 2001b), et annule les fonctions biologiques de faim, de soif et de besoin de sommeil. Comme toute asthénie, cette fatigue anormale s'installe dès le matin et persiste malgré le repos.

Le second de ces symptômes est l'anxiété : un fond anxieux permanent, qui est le reliquat de la peur éprouvée lors du viol et qui a surgi aussi parce que la parole n'a pas pu advenir. Cette angoisse se manifeste par un sentiment d'insécurité permanent, des sursauts aux stimulations visuelles ou auditives (silhouette aperçue, bruit soudain), une appréhension maladive du futur immédiat et des accès d'angoisse somatique, tels que sensation de cou serré, de poitrine bloquée, de ventre douloureux, et des accès de tachycardie et de tremblement.

La troisième série de symptômes communs concerne le registre des grandes psychonévroses que sont l'hystérie, la phobie et la névrose obsessionnelle. L'hystérie peut se manifester sous

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

forme d'états seconds qui vont rappeler l'état second du viol ; elle peut se manifester aussi par des « conversions » diverses (ou transposition de l'angoisse sur les fonctions du corps), telles que pseudo-surdités, cécités et aphonies, pseudo-anesthésies, fausses paralysies d'un membre, et surtout crise excitomotrice avec convulsions, décharge tardive de la défense qui n'a pu avoir lieu lors de l'agression.

Dans cette série des symptômes psychonévrotiques, la phobie liée spécifiquement à l'expérience subie du viol est un symptôme constant du tableau clinique. Il peut s'agir d'une phobie de l'acte sexuel, allant jusqu'à la répulsion et au refus des rapports sexuels conjugaux, accompagnée de désordres neurovégétatifs (pâleur, sueur, tremblements et même vomissements), et donnant lieu au même vécu de déréalisation, de dépersonnalisation et de dissociation que le vécu de la scène initiale. Il peut s'agir de la crainte phobique d'être approchée par autrui ou même d'apercevoir une personne qui rappelle peu ou prou le violeur (habillement, couleur de la peau). Il peut s'agir aussi de claustrophobie (pour des personnes qui ont été violées dans un ascenseur ou un recoin isolé). Ces phobies, initialement spécifiques aux circonstances du viol, peuvent s'étendre progressivement à d'autres phobies, plus générales (phobies des transports en commun, phobie des chemins déserts, et agoraphobie, car se risquer dehors c'est s'exposer à toute attaque). Elles peuvent être combattues et même limitées par le recours à des mécanismes contra-phobiques, dont celui de se faire accompagner par un tiers.

Enfin, les rituels obsessionnels de protection sont souvent exécutés par les victimes de viol : inspection précautionneuse des locaux avant d'y pénétrer, vérifications répétées de la fermeture des portes de l'appartement ou de la maison, répétitions inutiles de gestes rituels du coucher.

Les somatisations sont monnaie courante de ces états de postviol. Somatisations douloureuses des parties génitales ou abdominales (persistance anormale de la sensation inaugurale du viol), douleurs diverses (céphalées, dorsalgies, lombalgies) et même syndromes psychosomatiques avec lésion d'organe

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

inexpliquée – tels que psoriasis, eczéma, asthme, ulcère gastrique, colite spasmodique –, dont on dit qu'ils sont des manifestations du stress profondément ancrés dans le corps. Enfin, un arrêt des règles – transitoire ou durable – peut être observé, comme réaction biologique à l'agression génitale.

Les troubles des conduites sont compréhensibles dans ces syndromes d'après-viol : anorexie ou boulimie, recours toxicomaniaque (avec dépendance) aux tranquillisants et aux somnifères, recours à l'alcool ou à la drogue, et impulsions agressives immotivées contre des membres de l'entourage ou des inconnus.

L'altération de la personnalité

Plus que les victimes d'autres sortes de traumatismes, les victimes de viol subissent une profonde altération de leur personnalité. Plus que pour les autres victimes, on peut dire qu'« elles ne sont plus comme avant ». En quoi consiste donc cette atteinte de la personnalité majeure et massive ?

Darves-Bornoz (2003) parle à juste titre d'« identité détruite ». Cette destruction fait suite à l'expérience vécue dissociative de déréalisation et de dépersonnalisation qui a caractérisé le moment du viol (dissociation per-traumatique). Il semble que ce processus de destruction commence par une phase de « flottement identitaire » marqué par la dépression narcissique (humiliation, honte, effondrement de l'estime de soi, sentiment de vide et de dévitalisation). Le trouble de l'identité se complique de l'altération de l'épanouissement psychique (ou de l'arrêt ou de la perturbation du développement de la personnalité chez l'enfant et l'adolescent). Ensuite, ou bien la victime reste prostrée dans cet effondrement dépressif, ou bien elle tente sa reconstruction identitaire, marquée par des identifications aliénantes (dont l'identification à l'agresseur), des accès de toute-puissance paranoïde et un masochisme traumatophile (passages à l'acte autoagressifs). Parfois s'y intriquent des troubles du caractère, de l'irritabilité et de l'agressivité. Cette maladroite reconstruction identitaire

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

aboutirait en fin de compte à des « états limites » (limite entre névrose et psychose) de mauvais pronostic.

Évolution

« Oubliez cela ! », intime l'entourage. « Rien n'est plus comme avant », répète la victime. L'entourage s'est d'abord montré compatissant, trop peut-être, sans se rendre compte que la commisération, manifestée bruyamment et réitérée sans ouverture sur les questions d'avenir maintenait la victime dans le présent du viol et, par *cocooning* (hyperprotection), l'empêchait de reconquérir son libre arbitre. Puis, l'entourage a été lassé, agacé, par la répétition des plaintes qui ne menaient à rien et s'est mis à rabrouer la victime (« pour son bien »). La victime, elle, ne comprend pas. Elle a d'abord cherché, au-delà de sa soif de réconfort, à rétablir des relations familiales et sociales harmonieuses ; ce qui était difficile, vu son statut d'infériorité et d'exclusion (« je ne suis plus comme les autres »). Mais elle a échoué dans ce projet, à cause du mur d'incompréhension et d'incommunicabilité qui sépare tout traumatisé du monde des autres parlants. Elle revient de l'enfer et a été par là même initiée à des mystères et à un mode d'existence souffrante que les autres ne pourront jamais imaginer ni connaître. D'où sa solitude qui perpétue l'absence de secours initiale. Et il est vrai que « rien ne sera comme avant ». Comme pour tous les traumatisés, le temps s'est arrêté sur le moment du trauma, fixant à jamais un passé immuable et devenu dérisoire par rapport au malheur d'aujourd'hui, et – parce qu'il a perdu la fugacité essentielle qui caractérise le présent des gens normaux – n'ouvre plus sur aucun avenir.

Cela étant, dans la pratique, on observe tous les types d'évolution. Certaines victimes parviennent à s'arracher au souvenir de leur viol en s'adonnant à leurs occupations du moment et à leurs projets d'avenir et, par ce détour, à acquérir un nouveau regard,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

distant, sur leur malheureuse aventure. Sur le plan de la sexualité, certaines d'entre elles surmontent leur réticence initiale et connaissent l'amour et l'épanouissement. D'autres sont marquées à jamais par leur expérience « sensorielle », sans jamais pouvoir y mettre des mots et du sens, et restent soumises à la phobie des contacts humains. La prise en charge psychothérapeutique sera très difficile.

> J'ai eu ainsi à traiter une femme quadragénaire qui avait subi à l'âge de 16 ans un viol collectif perpétré par les condisciples adolescents de sa classe de collège, parce qu'elle était jolie, inspirait le désir, mais repoussait toute avance avec mépris, bref, « faisait la fière ». Le viol collectif, prémédité et délibéré, s'était doublé de gestes d'humiliation, dont le fait d'uriner sur la malheureuse à terre. Par honte, elle avait gardé le silence et n'en avait même pas parlé à ses parents. Ensuite, ayant changé de collège, elle avait poursuivi ses études avec succès. Mais, sur le plan sexuel, elle refusait toute avance, et même tout flirt, ayant pris en horreur la seule pensée de relations affectueuses avec des garçons, puis des hommes. Cette attitude persévéra pendant vingt ans. Puis, ayant rencontré un homme doux, riche, plus âgé qu'elle de dix ans, et sincèrement épris, elle avait accepté le mariage, espérant que vingt années de recul lui feraient enfin accepter le rapport sexuel. Mais, il n'en fut rien, et, au dernier moment, elle repoussait les approches intimes de son mari et se livrait à une crise de nerfs avec convulsions. C'est parce qu'elle avait « avoué » à son mari le viol collectif dont elle avait été jadis victime que ce dernier, toujours éperdument amoureux, l'avait pressée de consulter.

Il arrive que, surtout quand le tabou familial concernant les choses du sexe impose à tous les membres de la famille une sévère censure, des femmes violées dans leur adolescence se soumettent à cet impératif du silence et semblent ensuite parvenir à assumer une vie sexuelle normale. Mais, dans certains cas, il ne s'agit que d'une façade et, à la faveur de la levée de ces tabous dans nos mœurs et de l'occasion de faire un bilan de vie à l'âge de la retraite et de la ménopause, la souvenance traumatique se réveille intacte et dotée de toute sa puissance de malheur. Le viol, surtout s'il a été incestueux, a laissé une trace indélébile qui va perdurer toute

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

la vie. Ainsi, ce cas de viol incestueux répété pendant cinq ans sur une adolescente en milieu rural.

> Mélanie Z. avait 12 ans lorsque son père commença à la violer. Cela se passait dans les années 1930, dans une ferme isolée du centre de la France. Le père, quasi illettré et alcoolique, battait sa femme et terrorisait ses enfants (une fratrie de deux filles et trois garçons, dont Mélanie était l'aînée). De l'âge de 12 ans à l'âge de 16 ans, Mélanie fut souvent violée par son père ivre, alors que la mère qui le savait n'osait pas réagir. Quand elle eut 16 ans, Mélanie trouva le moyen de se faire engager avec sa sœur cadette (qui avait alors 13 ans) comme servantes dans un bourg voisin, ce qui lui permit d'échapper aux assiduités de son père et de protéger sa sœur que ce dernier avait commencé à violer. Ces viols incestueux sont restés enfouis dans le silence honteux des trois femmes (les petits frères étaient trop jeunes pour se rendre compte de la réalité) : on n'en parlait jamais à la maison, et on redoutait que cela se sût à l'extérieur.
>
> Ensuite, devenue adulte, Mélanie pensa pouvoir vivre sa vie d'employée de maison et elle put même se marier. Mais elle ne parla jamais à son mari des viols incestueux qu'elle avait subis étant jeune. Elle eut un fils, l'éleva correctement et réussit à lui faire faire des études secondaires dont elle-même avait été privée. Ce n'est que quarante ans plus tard que, alors qu'elle accompagnait son mari à ma consultation de psychotraumatologie (il avait subi une agression grave avec tentative d'assassinat), qu'elle demanda et obtint un rendez-vous pour elle. Elle vint seule à ce rendez-vous et nous fit le récit des viols incestueux répétés qu'elle avait subis adolescente. Elle nous dit comment elle avait d'abord été terrorisée et honteuse, piégée puisque sa mère demeurait silencieuse ; puis, comment elle en était venue à détester son père et comment elle était parvenue à soustraire sa sœur cadette à l'emprise de ce dernier. Depuis, elle avait pris l'acte sexuel en horreur, mais devait le supporter pour ne pas alerter son mari. Elle remplissait consciencieusement ses devoirs d'épouse et elle tenait son ménage et sa maison de façon irréprochable, mais, nous dit-elle, elle ne parvenait jamais à aimer sincèrement, spontanément, son mari et son fils (« Je n'y arrivais pas »). Elle avait rompu toute relation avec ses parents et ses frères, ne gardant des contacts espacés et gênés qu'avec sa sœur cadette, complice de son silence. Quand sa mère mourut, Mélanie vint assister aux obsèques, sans dire un mot à son père, qui se retira dans un hospice de vieillards.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> Durant tout l'entretien qu'elle eut avec moi, Mélanie n'extériorisa aucune angoisse et n'émit aucun pleur. Elle nous dit qu'elle ne pleurait plus depuis longtemps. Son récit était mécanique, monocorde, sans émotion. On aurait pu croire qu'elle parlait de quelqu'un d'autre. Le retrait d'affect qui lui avait initialement permis de se retrancher d'une réalité insupportable, devenu prise de position dans l'existence, avait disposé autour d'elle un « désert affectif ».

Conclusion : humiliation, honte, culpabilité

La victime de viol a été humiliée, jetée à terre et même plus bas que terre (au sens étymologique d'*humus*). Désormais, elle est inférieure aux autres, honteuse (au sens étymologique de « honnie », c'est-à-dire jetée à la réprobation publique). Sa honte pourrait être un sentiment qui porte son désir d'être à nouveau admise parmi eux. Mais son corps est privé de parole (« je ne suis pas digne de parler aux autres »), et elle est donc incapable d'établir un lien de langage qui l'unirait à eux (Daligand, 2001b). Et, derrière sa honte, se profile sa double culpabilité : culpabilité de surface de n'avoir pas su se défendre, et donc d'être fautive quant au sexe ; et culpabilité profonde d'avoir éprouvé quelque chose de purement sensoriel, d'avant le langage (Daligand, 2001a). Honte et culpabilité sont des symptômes qui ne parlent pas. La victime est revenue muette des enfers, ce lieu des ombres sans parole, voyage qui est interdit aux humains, et sa faute est aussi d'avoir commis cette transgression. La culpabilité traumatique a ainsi rejoint la culpabilité originaire.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

7e LEÇON

Stress et trauma du sauveteur

Dans leur activité, les sauveteurs et autres personnels d'intervention sont souvent soumis à des stress et à des situations potentiellement traumatisantes. Il peut s'agir d'un stress intense occasionné par un incident critique au cours d'une mission, lequel stress peut même s'avérer traumatique ; il peut s'agir aussi d'un cumul de stress endurés tout au long d'une carrière professionnelle et aboutissant à un état d'épuisement avec perte de motivation, état dénommé *burn-out* par les Anglo-Saxons. Quoi qu'il en soit, il est légitime de parler de stress du sauveteur et de trauma du sauveteur ou de l'intervenant car, même instruit, formé, exercé et préparé, le sauveteur peut vivre, à tel ou tel moment de son activité, une expérience de rencontre inopinée avec le réel de la mort et du néant, et la vivre dans la frayeur, l'horreur, le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de soutien. Le trauma n'est pas réservé à la condition de victime, il peut être aussi le fait des témoins et des acteurs.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Qui sont les sauveteurs et autres intervenants ?

C'est par souci de simplification que je parle ici de « sauveteurs ». En fait, ce mot regroupe tous les personnels qui interviennent au secours des victimes dans les catastrophes, les attentats et les accidents, voire après des agressions individuelles. Ils se répartissent en trois catégories : les sauveteurs professionnels, les soignants professionnels, et les sauveteurs occasionnels.

LES SAUVETEURS PROFESSIONNELS

Il s'agit des pompiers, des secouristes de la Croix-Rouge et des personnels de la Protection civile. Ils ont tous reçu une instruction et une formation concernant les secours à porter aux victimes, soit pour les dégager des décombres et les transporter vers les postes médicaux avancés, soit pour leur apporter les premiers secours et les premières aides (matérielles ou sociales). Ils exécutent leur mission en équipe et encadrés.

LES SOIGNANTS PROFESSIONNELS

Ce sont les personnels chargés de prodiguer des soins médicaux aux victimes : médecins et infirmiers des unités de sapeurs-pompiers, médecins et infirmiers urgentistes des Samu et des Smur. Depuis 1997, dans les cent départements du territoire français, sont intégrés aux Samu les personnels des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers psychiatriques, ayant pour mission de se rendre immédiatement sur le terrain de la catastrophe (ou de tout autre événement traumatisant) pour assurer les soins et le triage des « blessés psychiques », c'est-à-dire des victimes choquées ou traumatisées. Eux aussi ont reçu une instruction et une formation

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

adéquate (psychiatrie de catastrophe) et travaillent en équipes encadrées, au sein de l'organisation des soins, qui est elle-même placée au sein de l'organisation générale des secours.

LES SAUVETEURS OCCASIONNELS

Ils comprennent d'une part des personnels étatiques dont la mission première n'est pas le secours, mais qui peuvent être réquisitionnés pour participer aux secours (par exemple la police et l'armée), et d'autre part des citoyens bénévoles qui se proposent auprès des autorités pour participer aux secours. Certaines de ces personnes ont bénéficié d'une instruction et d'une formation à cette fin. Et certaines autres sont affiliées à des organisations *ad hoc*, telles que le Secours catholique ou diverses ONG (organisations non gouvernementales), ces dernières œuvrant en général dans le cadre de missions à l'étranger, à la demande des pays frappés par des catastrophes ou des événements de guerre.

On peut donc constater que, sous l'appellation générique de « sauveteurs », se trouvent des personnels de vocation, de formation, de compétence et d'expérience très différentes. Ces personnels ont chacun en propre leur disponibilité au travail en groupe, leur capacité à s'intégrer dans une équipe, et leur faculté d'acceptation de la discipline et des contraintes hiérarchiques.

Situations potentiellement traumatisantes et facteurs de stress ou de trauma du sauveteur

Le sauveteur et les personnels de secours et de soins d'urgence peuvent être appelés à intervenir dans de multiples situations critiques. Parmi elles, mentionnons les catastrophes naturelles, les catastrophes technologiques ou accidentelles, les paniques de foule provoquant des victimes, les attentats et les événements de guerre, des accidents catastrophiques à effet limité

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

(ACEL) et des accidents ou incidents à forte répercussion sociale, tels qu'un décès sur les lieux du travail ou à l'école (suicide ou accident) devant témoins. Dans toutes ces situations, toutes les personnes présentes sont atteintes dans leur moi individuel et aussi dans leur moi communautaire (sentiment d'appartenance à la communauté). Et il en est de même pour les sauveteurs ou intervenants qui, dans ces situations collectives exceptionnelles, sont concernés dans une partie d'eux-mêmes qui dépasse les limites de leur ego pour les faire s'identifier – peu ou prou – avec les victimes et compatir à leurs plaintes.

Si l'on veut passer rapidement en revue les différents facteurs de stress et de trauma qui peuvent perturber la psychologie du sauveteur, on peut les répartir en quatre rubriques : 1) les facteurs événementiels, 2) les facteurs occupationnels, 3) les facteurs organisationnels, et 4) les facteurs personnels.

LES FACTEURS ÉVÉNEMENTIELS

Les facteurs événementiels sont inhérents à l'événement qui occasionne l'intervention du sauveteur : le paysage de destructions et de ruines, la présence des cadavres et des blessés ; le froid ou la chaleur, la poussière, la fumée, les flammes, le bruit, les ondes de réplique d'un séisme ou l'eau d'une inondation envahissant les habitations ; et aussi les appels des victimes incarcérées sous les décombres, la pression exercée par les familles et la présence indiscrète, intrusive et insistante des médias.

LES FACTEURS OCCUPATIONNELS

Ces facteurs ont trait à l'inconfort et à l'insécurité du poste assigné au sauveteur (s'aventurer dans un tunnel de décombres qui menace de s'effondrer, travailler accroupi en position inconfortable pour dégager un rescapé, etc.) Ils ont trait aussi à la dépense physique et mentale exigée par la mission, soit que les vacations de travail soient trop longues, soit que le sauveteur,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

quoique épuisé, s'impose l'obligation morale de prolonger sa vacation tant qu'il y a encore des victimes à dégager. Ils ont trait enfin à la pression temporelle, à l'obligation de travailler vite ou de façon précipitée lorsque l'enjeu est vital pour une victime qui se vide de son sang ou commence à subir un syndrome de *crush* (écrasement musculaire à effet toxique fatal).

LES FACTEURS ORGANISATIONNELS

Ces facteurs résultent d'une mauvaise organisation des secours ou de leur dégradation imposée par la pénurie de moyens. L'expérience a montré que, dans beaucoup d'interventions lors de catastrophes, les tâches assignées à certains personnels étaient trop lourdes, trop prolongées, ou dépassaient leur capacité et leur compétence. Ainsi, il arrive souvent que, dans l'urgence et faute de cadres, on confie une mission d'encadrement et de responsabilité à un secouriste méritant mais non préparé à ce genre de tâche. Parfois, aussi, les contraintes administratives (comptes rendus à faire dans l'immédiat, fiches à remplir en plusieurs exemplaires) s'avèrent dérisoirement invalidantes pour des personnels déjà accaparés par l'urgence de leur mission technique. La situation de devoir œuvrer seul, sans l'encouragement, l'aide, ni même la présence de camarades auprès de lui, est particulièrement éprouvante et anxiogène pour le sauveteur. Parmi les facteurs organisationnels perturbants ou nocifs, citons le cas de figure où l'on a dû constituer des équipes de bric et de broc avec des personnels qui ne se connaissaient pas, qui étaient de formation professionnelle différente et qui voyaient leur chef pour la première fois. Rien ne saurait remplacer, dans ces situations d'urgence, l'avantage apporté par l'expérience communautaire d'une équipe habituée à travailler en groupe soudé, lorsqu'il n'y a pas besoin de demander des explications pour effectuer le geste complémentaire requis silencieusement par le geste du camarade. Signalons le cas extrême du volontaire isolé, que l'on affecte à une équipe déjà constituée pour combler un manque, et qui – quelles

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

que soient sa bonne volonté et les dispositions d'accueil des camarades – ne parviendra pas à s'intégrer à cette équipe, faute d'un entraînement préalable en commun.

LES FACTEURS PERSONNELS

Il y aurait beaucoup à dire sur les facteurs personnels, liés au caractère, aux habitudes et à la motivation des intervenants. Outre que certains sont trop égocentriques pour s'adapter à un groupe, il y a des personnalités autoritaires, rigides, et des personnalités dépendantes, ou anxieuses, tandis que d'autres s'avèrent souples, équilibrées et adaptables aux circonstances. Il y a des motivations solides et réfléchies, et il y en a d'autres imaginatives, immatures, et qui s'effondreront à l'épreuve des dures réalités du sauvetage. En outre, il peut arriver qu'un sauveteur soit préoccupé par de graves soucis personnels qui vont obérer sa disponibilité mentale à remplir correctement sa mission. Enfin, il y a l'épreuve cruciale de la vision des cadavres déchiquetés, de l'assistance à l'agonie et de la confrontation aux blessures hideuses et à la souffrance du blessé, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants morts ou blessés. Des facteurs de résonance personnelle et d'identification peuvent entrer en jeu : devant un cadavre d'enfant, un père de famille peut se sentir plus concerné et perturbé qu'un célibataire. Certains sauveteurs ne supportent pas ces situations ; parmi eux, certains s'y habitueront, et d'autres ne s'y accoutumeront jamais. En outre, dans une situation critique donnée, chacun a son seuil de tolérance *hic et nunc*, déterminé par sa constitution et la sédimentation de ses expériences antérieures, mais déterminé aussi par sa disponibilité d'énergie à l'instant précis et encore par le soutien psychologique apporté par ses camarades. Ainsi, telle situation « potentiellement traumatisante » fera trauma pour l'un et pas pour l'autre et, si elle fait trauma pour l'un aujourd'hui, elle ne l'eût pas fait hier et ne le fera pas demain.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Psychologie du sauveteur pendant les phases successives de la mission

La psychologie du sauveteur ou du soignant n'est pas la même pendant les phases successives de sa mission.

MOBILISATION, INFORMATION ET PRÉPARATION

Qu'il soit à son domicile, en astreinte ou non, ou qu'il soit dans le local de sa profession (caserne de pompiers, Samu, etc.), le sauveteur ou le soignant peut à tout moment du jour ou de la nuit recevoir l'ordre de faire partie d'une équipe d'intervention de secours ou de soins lors de la survenue d'une catastrophe ou d'un accident. Il doit alors rejoindre la salle de briefing, où il sera informé sur la nature et le lieu de l'événement, sur ses effets (ce qu'on en sait à ce moment), sur la mission qui lui est assignée au départ (mais il pourra y avoir des modifications de cette mission lors de l'arrivée sur le site) et informé de l'équipe au sein de laquelle il est affecté. Il devra ensuite s'équiper, c'est-à-dire revêtir sa tenue de mission, et se munir de son matériel (mallette d'urgence par exemple pour les CUMP – cellule d'urgence médico-psychologique) ou savoir que son matériel lui sera remis sur le terrain. Toute cette mobilisation et toute cette préparation sont déjà une occasion d'effervescence, de stress et d'inquiétude (à quel spectacle va-t-on être confronté en arrivant ?) Le fait de n'être pas isolé, mais affecté au sein d'une équipe, a cependant un effet atténuateur de ce stress et de cette inquiétude, grâce aux propos échangés entre membres de l'équipe.

PHASE DE TRANSPORT

Il faut ensuite acheminer les équipes et leur matériel. Dans les missions courantes sur le territoire métropolitain, il s'agit en général de trajets brefs (quelques kilomètres ou dizaines de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

kilomètres) effectués en véhicules bénéficiant de la priorité de circulation (voitures de pompiers, ambulances du Samu, gyrophares et sirènes). Mais, lorsqu'une mission à l'étranger nécessite un déplacement par voie aérienne, le stress est plus intense et plus prolongé : le bruit dans certains avions militaires de transport et, surtout, l'incertitude quant à l'accueil que les autorités étrangères vont réserver aux équipes de secours, accueil parfois susceptible, méfiant et hostile. Ainsi, les équipes de Protection civile expédiées à Erevan (Arménie) pour participer aux secours après le tremblement de terre majeur du 7 décembre 1988 qui fit 30 000 morts eurent-elles la surprise d'être accueillies fraîchement par des blindés soviétiques dont les soldats avaient l'index crispé sur la gâchette de leur mitrailleuse. Quoi qu'il en soit, pendant ces longs transports aériens, le sauveteur peut légitimement se poser les questions : « Comment vais-je être accueilli ? Serai-je capable de faire face à l'immensité de la tâche qui m'attend là-bas ? »

PHASE D'IMMERSION SUR LE SITE

Il s'agit d'une phase brève (quelques instants) pendant laquelle le sauveteur est brutalement plongé dans un paysage de ruine et de désolation, au moment où on lui assigne son chantier et sa tâche. Qu'il s'agisse d'une mission de déblaiement pour l'extraction des survivants et des morts ou d'une mission de soins aux blessés, les personnels des équipes éprouvent toujours un certain stress, propulsés dans un environnement physique et psychologique inconnu, sans repères face à l'ampleur de la tâche en situation dégradée. Ici encore, la solidarité du groupe va constituer un soutien psychologique notable.

EXÉCUTION DE LA MISSION

Paradoxalement, le stress diminue pendant l'exécution de la mission, car les gestes techniques à effectuer occupent l'esprit et exercent ainsi un effet protecteur. En outre, dans beaucoup de cas

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

de figure, le fait d'appliquer des schémas de comportement préalablement appris et le fait de travailler en équipe constituent des facteurs qui évitent le stress ou l'atténuent. Toutefois, une mission de secours ou de soins d'urgence sur le terrain, aux antipodes de l'activité banale dans le calme et la sérénité d'un bureau, se déroule toujours, inévitablement, sous stress, avec les contraintes de la surcharge de travail, de la gravité de l'enjeu (vital) et du court délai d'action (parfois vital lui aussi). De même, il est souvent constaté que l'inconfort imposé éventuellement par les circonstances de la mission (ramper dans un tunnel de décombres, œuvrer dans le bruit et la poussière) peut être source de fatigue et de stress, surtout si la mission se prolonge sans que l'intervenant soit relevé.

Et, par-delà ces inconvénients liés aux conditions de travail, des incidents critiques peuvent survenir, avec leur potentiel traumatogène : découverte fortuite d'un cadavre mutilé ou déchiqueté, secours impuissant auprès d'un agonisant, manipulation d'un blessé grave criant de souffrance, ou même vision d'un grand nombre de blessés demandant des secours ou des soins qu'on ne peut apporter immédiatement à tous, etc. Le sauveteur ou le soignant peut se trouver décontenancé dans son action, ou même présenter une réaction aiguë de stress traumatique, avec des symptômes dissociatifs (suspension de la lucidité et de la pensée, désorientation, déréalisation, dépersonnalisation) et des conduites inappropriées (sidération ou agitation, crise de larmes) nécessitant son retrait temporaire du chantier et la mise en œuvre d'un soutien psychologique assuré par le personnel de la CUMP.

FIN DE MISSION

La fin de mission est décrétée par les autorités et répercutée à tous les niveaux de la hiérarchie. *A priori*, cet ordre devrait apporter un soulagement physique (cessation des efforts) et psychique (cessation de la tension psychique), et on sait que la réaction de stress normal s'achève sur un état psychique ambigu

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

mêlant une sensation d'épuisement physique et psychique à un vécu euphorique. Mais, dans certaines catastrophes, et en particulier dans le cas des séismes, cet ordre de fin de mission peut paraître prématuré aux yeux du sauveteur qui espère encore, au dixième ou quinzième jour, extraire des rescapés des décombres. Sous un immeuble effondré, on a creusé des boyaux dans l'amas des décombres et, au prix de difficultés majeures (ramper, déblayer, dialoguer avec les survivants emmurés), on a extrait, avec tous les ménagements possibles, des rescapés blancs de poussière, affaiblis, déshydratés et ahuris de retrouver la lumière du jour ; on espère en dégager d'autres, et voilà que l'ordre de cessation des opérations tombe et que les bulldozers vont achever d'ensevelir d'éventuels survivants qui pourraient être sauvés. D'où la réaction de surprise, d'incompréhension, de désarroi et parfois de révolte de certains sauveteurs.

RETOUR ET DÉBRIEFING (TECHNIQUE ET PSYCHOLOGIQUE)

Le retour de mission s'effectue parfois (missions à l'étranger) après un ou plusieurs jours d'attente sur un aéroport et par un assez long trajet en avion. Il est bon, dans ces cas, de mettre ce temps à profit pour procéder à un bilan immédiat et provisoire (débriefing précoce plutôt que *defusing*) : bilan technique – a-t-on rempli la mission et qu'est-ce qui a manqué et qui resterait à faire ? – et bilan psychologique – que chacun puisse s'exprimer, dire ce qu'il a envie de dire, faire part de ses impressions et entendre ses camarades faire part des leurs. Si ce bilan n'est pas organisé par la hiérarchie et le personnel des CUMP, il s'effectuera de toute façon, de façon sauvage et incontrôlée, à la cafétéria ou dans les chambrées. Dans l'avion du retour, si l'espace le permet (sièges libres), le personnel de la CUMP peut offrir des entretiens individuels à ceux qui le désirent.

Quoi qu'il en soit de ces dispositions précoces, les débriefings « officiels » (techniques et psychologiques) seront organisés entre

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

le deuxième et le dixième jour après le retour, afin que les personnels de la mission puissent faire la synthèse cognitive de l'événement et des interventions, liquider leur arriéré émotionnel, et avoir l'esprit plus libre pour retrouver leur ambiance professionnelle habituelle et leur vie familiale (Crocq, 1998, 2004a, 2004b).

REPRISE DE LA VIE PROFESSIONNELLE ET PRIVÉE

Le retour à la vie professionnelle et familiale, qui s'effectue pendant la période post-immédiate, peut voir un syndrome psychotraumatique s'installer ; que ce soit chez des personnels qui ont été explicitement éprouvés pendant leur mission, ou que ce soit chez des personnels dont le comportement a été normal et satisfaisant pendant la mission, mais qui s'avèrent tardivement (au terme d'une ou plusieurs semaines) atteints de névrose traumatique. Voilà pourquoi les cadres et les médecins des personnels doivent être attentifs à ces évolutions pathologiques persistantes ou révélées tardivement ; et qu'un rappel d'information sur le stress et le trauma (sensibilisation) soit assuré, sans dramatisation, par le psychiatre de la CUMP, le médecin ou le psychologue du corps des sapeurs pompiers, ou les cadres de la Croix-Rouge ou de la Protection civile. Éventuellement, une notice simple peut attirer l'attention sur ces suites, sur leurs symptômes d'alarme et sur les filières et lieux de consultation.

Tableaux cliniques

Les tableaux cliniques de stress et de trauma, chez les sauveteurs et les intervenants, sont de même nature que ceux des victimes ; mais avec des nuances, des symptômes particuliers prédominants et des syndromes spécifiques, tels que la *compassion fatigue* et le *burn-out*.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

PÉRIODE IMMÉDIATE

Symptômes accompagnant le stress normal, adaptatif

Les symptômes – physiques et psychiques – accompagnant le stress normal sont bien connus des sauveteurs et autres personnels car, dans les programmes de formation figure une sensibilisation aux problèmes du stress et du trauma. Cette information préalable est très utile, car un symptôme que l'on peut identifier et rapporter à un savoir sera plus facilement contrôlé et maîtrisé qu'un symptôme inconnu, qui inquiète. Tel sauveteur, lors de l'immersion sur le site, ou à la vue des décombres, des morts et des blessés, peut sentir son pouls s'accélérer et ressentir une tension émotionnelle ou anxieuse gênante. Mais, s'il sait ce dont il s'agit, il se sentira plus serein et plus libre pour accomplir sa mission. Même spectaculaires, ces symptômes neurovégétatifs du stress normal sont suivis généralement par une reprise du self-control et sont compatibles avec la poursuite de la mission.

La réaction de stress dépassé chez le sauveteur

Chez le sauveteur, la réaction de stress dépassé est moins marquée que chez la victime. L'inhibition se traduit plutôt par des instants d'inattention, une lenteur à comprendre et à décider, de l'hésitation et des gestes lents et imprécis. L'excitation peut se traduire par des propos volubiles, des gestes précipités et maladroits, et une difficulté à rester en place. La fuite panique peut se manifester, exceptionnellement, par l'abandon de poste (« Prenez ma place, je ne peux plus supporter cela… »). C'est l'action automatique qui se manifeste le plus souvent, car se concentrer sur ses gestes techniques protège le sauveteur ou le soignant du spectacle décontenançant de la mort ou du chaos. Ce recours à l'action automatique n'est cependant pas sans inconvénient, car il empêche l'intervenant de porter attention à la personne de la victime et d'être pleinement disponible pour écouter sa plainte.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Quoi qu'il en soit, il convient de rappeler que, dans beaucoup de cas, le stress dépassé est traumatique, même sous une forme mineure ; il a correspondu à une expérience de confrontation inopinée avec le réel de la mort.

> Henri Dunant se trouvait fortuitement à Solférino le 24 juin 1859, jour de la bataille qui opposa les armées franco-sardes à l'armée autrichienne et qui fit 24 000 morts et deux fois plus de blessés. Ému de la détresse des soldats blessés, abandonnés sur le champ de bataille, il se joignit aux religieux, aux militaires et aux paysans des environs, pour porter secours à ces malheureux et les transporter dans les églises transformées en infirmeries. Trois ans plus tard, dans *Un souvenir de Solférino* (Dunant, 1862), il décrit non seulement la détresse des blessés, mais aussi le désordre émotionnel des sauveteurs et les comportements aberrants qui en découlent.
> « Un abbé italien, trois ou quatre voyageurs, un journaliste de Paris et quelques officiers nous prêtent leur concours. Mais, bientôt, un de ces militaires se sent malade d'émotion, et les autres infirmiers volontaires se retirent successivement, incapables de supporter longtemps l'aspect de souffrance qu'ils ne peuvent que si faiblement soulager… Un jeune touriste français, oppressé à la vue de ces débris vivants, éclate soudainement en sanglots… On est obligé de ralentir l'ardeur d'un négociant de Neuchâtel qui s'est consacré pendant deux jours à panser les plaies et écrire pour les mourants des lettres d'adieu à leur famille ; comme aussi de calmer l'exaltation compatissante d'un Belge, qui était montée à un tel degré qu'on craignait qu'il ne fût pris d'un accès de fièvre chaude… »

LA PÉRIODE POST IMMÉDIATE

Le retour au calme, avec extinction progressive assez rapide des symptômes d'accompagnement du stress normal ou des symptômes du stress dépassé peut se faire sans incident. Mais il peut être aussi émaillé d'abréactions provoquées par l'exposition à des stimuli qui rappellent l'événement : écroulement de décombres, sirène des pompiers, bruit d'explosion, odeur de poussière… Ces abréactions peuvent se manifester par des crises de larmes, des accès de colère et des altercations. Elles procurent un soulagement éphémère, mais peuvent se reproduire à nouveau. Quoi qu'il

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

en soit, l'évolution heureuse de la période post-immédiate se traduit non seulement par l'extinction des symptômes de stress, mais aussi par des dispositions psychologiques : l'esprit du sujet n'est plus monopolisé par le souvenir de l'événement, et il est capable de reprendre ses occupations antérieures.

À l'opposé, la période post-immédiate peut évoluer vers une pathologie psychotraumatique, dont elle va constituer la période de latence ou d'incubation. Alors, non seulement les symptômes dissociatifs persistent, mais il apparaît de nouveaux symptômes, de type reviviscences, cauchemars, phobies en relation avec l'événement et altération de la personnalité dans un sens irritable. En outre, le sujet reste obnubilé par le souvenir de l'événement, s'avère incapable de penser à autre chose, incapable de reprendre ses occupations d'avant. On verra ainsi, au retour d'une intervention, des sauveteurs perplexes, taciturnes, ne se mêlant pas aux autres, le regard dans le vide (ils ruminent les souvenirs de l'événement) et rechignant à reprendre leur service, ou – à la maison – leurs loisirs. Parfois, c'est une excitation euphorique qui les anime, les poussant à raconter sans cesse à leurs camarades les souvenirs frais de l'événement et les empêchant de reprendre correctement leur service.

PÉRIODE DIFFÉRÉE CHRONIQUE

Névrose traumatique et PTSD

Les sauveteurs ne sont pas exempts de névrose traumatique ou autre syndrome psychotraumatique (dont le PTSD, Bryant et Harvey, 1996). Les tableaux cliniques sont les mêmes que ceux des victimes traumatisées, qui ont été exposés dans une leçon précédente : 1) symptômes et cauchemars de reviviscence, 2) symptômes non spécifiques, asthéniques, anxieux, phobiques, psychosomatiques et de conduites perturbées (dont le tabagisme et l'alcoolisme) et parfois agressives, et 3) altération de la personnalité, dans un sens irritable et enclin au repli sur soi. À noter que ces altérations de personnalité peuvent donner lieu à des

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

comportements perturbants pour le groupe et la hiérarchie, dont des conduites d'indiscipline.

Si cet état n'incite pas le sauveteur à consulter de lui-même, il appartient aux camarades d'alerter le médecin de l'unité, et aux cadres de se montrer compréhensifs. Divers traitements et soutiens psychologiques pourront alors être mis en œuvre.

Burn-out

On doit le concept de *burn-out*, ou état d'épuisement, à Freudenberger (1974) qui désignait ainsi l'état d'épuisement physique et moral et de démotivation qui frappait des infirmières affectées aux soins d'enfants leucémiques à faibles chances de survie. Les efforts pour exécuter correctement ces soins, pour encourager les petits patients et l'affection qu'elles leur dispensaient, à juste titre, se trouvaient réduits à néant à chaque décès et provoquaient leur profond désarroi ainsi que la remise en question de leur vocation. Le concept de *burn-out* a ensuite été étendu à d'autres catégories de personnels, dont les sauveteurs, et a donné lieu à de multiples observations et publications.

Le *burn-out*, qui frappe des pompiers et des sauveteurs épuisés et déçus au terme d'une longue carrière, peut aussi s'appliquer à des jeunes, et les frapper très tôt, au terme de quelques années d'exercice professionnel. En général, plus que la rudesse de la tâche, c'est l'inconséquence de la motivation qui est à incriminer, l'écart étant trop grand entre la vocation imaginative et les déceptions apportées par la réalité (MacKenzie, 2007).

Sur le plan clinique, on observe : un épuisement physique et mental, avec parfois insomnie et perte de l'appétit ; une baisse de l'attention et de la concentration, provoquant des carences ou des fautes de plus en plus nombreuses dans le travail, y compris les fautes dues à une méconnaissance des risques ; de l'anxiété, de la dépression et de l'irritabilité ; et une tendance au repli social taciturne, avec dégradation des relations sociales. Il existe plusieurs degrés dans l'inventaire et l'intensité des symptômes de *burn-out*, différenciés et évalués dans les échelles de Maslach (1997).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Détecté et traité au début, le *burn-out* peut évoluer favorablement, et le sauveteur, épaulé par ses camarades, reprendra son service – éventuellement avec changement ou aménagement de son poste – après cette parenthèse instructive. Le repos et la psychothérapie sont la base du traitement, surtout si le sauveteur atteint peut parler de ses expériences décevantes et de ses échecs, qui n'avaient pas jusqu'alors été traités par le langage. Mais, dans beaucoup de cas, et chez des personnels épuisés au terme d'une longue carrière et ressassant leur déception, il est un peu tard pour agir, et le *burn-out* – rédhibitoire – aboutit à la mise hors-service de l'intéressé.

La compassion fatigue

Ce concept a été pertinemment proposé par Figley (1995) pour désigner l'espèce de fatigue mêlée de découragement qui frappe certains sauveteurs, surtout des psychothérapeutes, lesquels finissent, à la longue, par être perturbés par l'écoute prolongée et répétée des plaintes émises par les victimes traumatisées, pour peu que leur empathie ait dégénéré en compassion ou commisération.

L'empathie est indispensable si l'on veut comprendre la souffrance psychique de la victime. Les propos de la victime entraînent nécessairement chez le thérapeute un processus d'identification. Qu'on le veuille ou non, on ne peut rester insensible à la souffrance de la victime, et on a vite fait d'adopter, à son endroit, une attitude de compassion (souffrir ensemble) qui peut rester cachée ou se manifester explicitement, ouvrant alors le piège de la commisération. Or ce que la victime est en droit d'attendre, c'est que le thérapeute offre une écoute empathique à ses propos (au lieu de se montrer indifférent), et un savoir technique conduisant à la guérison. Il n'a pas besoin d'un thérapeute qui le plaint ouvertement et se lamente avec lui, car il est déjà confronté à de semblables attitudes dans son entourage familial. Aussi le thérapeute doit-il se limiter à l'écoute attentive et empathique, dont il tirera les éléments propices à la progression de son action thérapeutique.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Mais, même contenue dans ces limites formelles, cette écoute peut donner lieu à perturbation émotionnelle et à compassion secrète chez le thérapeute. Et si, en outre, les aléas et les contraintes de son poste l'amènent à entendre à longueur de journées, et de journées prolongées, avec des repos insuffisants et le manque d'occupations dérivatives, les plaintes de ses patients, il va entrer dans un état morbide qui est la *compassion fatigue*. Cela se traduit par l'impossibilité de se détacher, après le travail, des plaintes écoutées toute la journée, par des ruminations mentales incessantes sur ces plaintes, et par la perte de la disponibilité à penser à autre chose. Cela se traduit aussi par de la tristesse et de la dépression ; par un sentiment d'échec et de culpabilité, par de la démotivation, et par un repli social avec irritabilité.

Deux extensions abusives : le « trauma secondaire » et le « trauma vicariant »

Certains auteurs américains (MacCann et Pearlman, 1990 ; Jenkins et Baird, 2002) évoquent des « traumas secondaires » et des « traumas vicariants », provoqués chez des sauveteurs ou des intervenants par la seule écoute de récits horribles racontés par des victimes traumatisées, le « vicaire » étant celui qui se substitue (ici par empathie) à quelqu'un. Il s'agit là, à mon avis, d'extensions abusives de la notion de trauma. Si le sauveteur n'était pas effectivement présent lors de l'événement traumatisant, ou potentiellement traumatisant, et confronté subitement au réel de la mort ou du néant, il ne peut pas avoir été traumatisé.

Conclusion

Le sauveteur, le soignant et l'intervenant ne sont pas à l'abri des chocs émotionnels liés à leur mission d'urgence sur le terrain. Comme tout être humain sensible, ils peuvent être sujets à des réactions de stress perturbantes, en particulier des réactions de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

stress dépassé sous une forme mineure, qui passent souvent inaperçues. Qui plus est, ils peuvent avoir été plus durablement marqués par une expérience traumatique et développer des séquelles psychotraumatiques durables. Heureusement, de nos jours, tous ces personnels ont reçu, au cours de leur formation, une sensibilisation au stress et au trauma, et s'en trouvent mieux armés pour faire face aux incidents critiques survenant au cours de leur mission et demander éventuellement – passant outre à leur attachement à l'image du sauveteur viril et insensible – une aide psychologique qui maintiendra leur efficacité en service et préviendra le *burn-out*.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

8e LEÇON

Le syndrome de répétition

Parmi les questions énigmatiques soulevées par le trauma, celles relatives au syndrome de répétition sont primordiales : elles concernent ses formes, sa nature, sa fonction ou signification. En particulier, on doit se demander s'il est la manifestation d'une « malédiction » qui frappe le traumatisé et le force – tel Sisyphe – à répéter éternellement le même destin absurde ; ou s'il constitue des efforts vainement réitérés pour effectuer sur la représentation imaginaire de l'événement traumatisant la maîtrise qui n'a pas pu être effectuée lorsque cet événement est survenu. Il convient donc de tenter de répondre à ces questions, en se référant aux grands auteurs tels que Janet, Freud, Ferenczi et Fenichel.

Les formes cliniques du syndrome de répétition

J'ai mentionné, dans la quatrième leçon, que le syndrome de répétition qui caractérise la névrose traumatique peut se manifester sous l'une ou plusieurs de ses sept formes cliniques : la reviviscence hallucinatoire, l'illusion, le souvenir forcé, la rumination

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

mentale, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme s'il se reproduisait et le cauchemar de répétition. Il est temps maintenant de les examiner de manière plus approfondie.

LA REVIVISCENCE HALLUCINATOIRE

Elle s'impose souvent comme une hallucination visuelle soudaine qui reproduit le décor et la scène de l'événement traumatisant avec beaucoup de fidélité et réalisme (le patient croit y être à nouveau). Au départ, elle exclut toute critique et le sujet adhère complètement à son hallucination. Puis, il se ressaisit et « se demande s'il ne devient pas fou » ; mais, pendant un instant, il s'est revu dedans et il s'y est cru, avec tout l'éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale. Les images sont très précises, c'est la reproduction du même décor (« à un brin d'herbe près »), des mêmes personnages, de leurs attitudes et gestes. Et c'est une scène dynamique, non figée, qui reproduit la scène inaugurale et se déroule « comme un film ». Parfois, cette hallucination visuelle est accompagnée d'hallucination auditive (« les mêmes bruits, les mêmes cris… »), d'hallucination olfactive (« l'odeur de la poussière, ou du sang… »), d'hallucination sensitive (« la chaleur de l'incendie ou la sensation de la baïonnette qui vous pénètre dans le corps… ») et même d'hallucination gustative (« le goût du thé sur la langue… »).

> À titre d'illustration, voici le cas de ce pilote d'avion-cargo au service d'une ONG humanitaire, pris en otage lors d'un atterrissage forcé au Soudan, incarcéré, malmené et menacé de mort, qui, plus de dix ans après sa libération, croit encore « entendre » le bruit des pas de ses gardiens dans les couloirs de la prison, le grincement des gonds de la porte de sa cellule et le fond sonore des exécutions auxquelles ses geôliers procédaient dans la cour jouxtant sa cellule (dans le but de l'effrayer) : les supplications des victimes et les détonations des armes. Et il croit sentir l'odeur de la latérite (terre rouge) brûlée, dans la cour de la prison, sous le foyer où ses gardiens préparaient leur thé.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Autre exemple, cette femme de 70 ans, rescapée du naufrage d'un bateau de croisière lacustre organisée pour un groupe de touristes du troisième âge. Le bateau, surchargé, a sombré très vite ; et cette femme, qui était médiocre nageuse, a dû se débattre dans l'eau froide où les touristes s'agitaient et s'agrippaient les uns les autres « comme des thons dans un filet ». Dans cette mêlée, elle a plusieurs fois été entraînée au fond du lac (cinq à six mètres) et a eu du mal à remonter à la surface, avalant et inspirant de l'eau, manquant se noyer, jusqu'à ce que des sauveteurs la tirent sur une barque. Depuis, aussi bien le jour que la nuit, et plusieurs années après, elle revit ces instants tragiques, avec la sensation de l'eau froide sur tout son corps, le goût saumâtre de cette eau dans sa bouche, et l'impression qu'elle va étouffer et que sa mort est proche.

LA REVIVISCENCE PAR ILLUSION

Elle se démarque de l'hallucination pure en ce sens que le sujet hallucine la scène traumatique ou l'agresseur sur un paysage ou une silhouette réellement perçue. Par exemple, il croise un passant dans la rue et il le perçoit comme son agresseur venant sur lui.

Ainsi le cas de ce sous-officier français, qui, après avoir participé aux opérations militaires dans le bled pendant la guerre d'Algérie, y compris de durs combats rapprochés, sans avoir été particulièrement émotionné, avait été très éprouvé par les manifestations des femmes algériennes dans les rues d'Oran à la fin de la guerre : « Enveloppées dans leurs voiles blancs, poussant leurs cris "you you", elles s'approchaient pour nous menacer et nous jeter des cailloux et nous ne pouvions évidemment pas leur tirer dessus, mais nous risquions d'être lynchés. » Or, deux ans plus tard, rentré en France, croisant à l'improviste un groupe de communiantes vêtues de blanc dans une ville de province ensoleillée, il a sur-le-champ l'impression qu'il se trouve à nouveau dans les rues d'Oran face à ces manifestations hostiles de femmes, et se sent étreint de la même anxiété impuissante.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LE SOUVENIR FORCÉ

Il se distingue des reviviscences par hallucination ou illusion en ce sens que c'est le nom d'un camarade mort ou l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans hallucination sensorielle : c'est un souvenir sans image. Il peut porter sur une scène particulièrement marquante, ou sur toute une période plus prolongée et entouré d'un halo de déréalisation, par exemple chez les anciens prisonniers de guerre et déportés.

> Jean U. fait partie d'un groupe de collégiens rescapés d'un accident d'autocar au retour d'une classe de neige. En pleine nuit, le car a brûlé très vite, à partir de l'arrière. Réveillés brutalement, fuyant les flammes et gênés par la fumée, les adolescents se sont précipités hâtivement vers la porte avant en se bousculant, certains se retrouvant en chaussettes sur la route sans comprendre clairement ce qui leur était arrivé. Jean U. ne conserve aucun souvenir imagé de la scène et de sa fuite, ni aucune sensation de chaleur, ni aucune odeur. Tout cela est pour lui très flou, mystérieux et incompréhensible. Par contre, souvent dans la journée, il est obsédé par l'idée que cet événement a eu lieu, et qu'il y était ; et il cherche vainement à étoffer cette idée d'images précises.

LA RUMINATION MENTALE

Portant sur l'événement, ses causes ou ses conséquences, elle peut également être une forme de reviviscence ; en particulier les interrogations incessantes qui s'imposent à l'esprit de la victime (« pourquoi moi ? pourquoi m'a-t-il fait cela ? ») et les lamentations répétées (« depuis que cela m'est arrivé, je ne suis plus comme avant », ou « personne ne me comprend ni ne m'aide… »). Ces ruminations mentales et interrogations incessantes, obstinées, sont souvent le fait des victimes civiles d'attentats terroristes, préoccupées par le coup du hasard qui a croisé leur destin juste au mauvais moment, et aussi chez des militaires tenaillés par le sentiment de culpabilité, pour avoir été amenés, dans le feu

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

de l'action ou sous le coup de l'indignation, à commettre des actions contrevenant aux lois de la guerre ou à la morale.

> Mlle V. a été victime d'un attentat à l'explosif à Paris en 1986, qui lui a causé une blessure au pied entraînant une claudication. Dans les premières années qui ont suivi, elle a été sujette à des reviviscences sous forme d'hallucinations visuelles et auditives de la scène, ainsi que de cauchemars, où elle revoyait tous les morts et les blessés gisant auprès d'elle. Puis, ces formes de reviviscence se sont atténuées et espacées. Mais, à la place, aussi bien dans la journée que le soir lors de l'endormissement et la nuit pendant ses insomnies, elle est obsédée par des ruminations mentales et des questions incessantes et sans réponse : « À une minute près, j'aurais pu ne pas être là. Pourquoi m'ont-ils fait cela, alors que je ne leur avais rien fait ? Et pourquoi c'est tombé sur moi et pas sur d'autres ? Maintenant, je boite, je me sens diminuée et j'ai l'impression que les gens me regardent avec curiosité… »

LE VÉCU COMME SI L'ÉVÉNEMENT ALLAIT SE REPRODUIRE

C'est là une autre forme du syndrome de répétition : subitement, en l'absence de tout contexte de reviviscence visuelle, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement, et il éprouve la même détresse. Parfois, cette reviviscence prend la forme d'un accès soudain de déréalisation, voire de dépersonnalisation, reproduisant l'état de désarroi et d'étrangeté que le sujet avait éprouvé lors de la survenue de l'événement.

> Alphonse G., engagé à 16 ans en 1944 dans la Légion étrangère, et participant aux durs combats de Monte Cassino, puis à ceux de la campagne d'Alsace (hiver 1944-1945), et démobilisé en 1946, fut sujet à un étrange accès de dépersonnalisation en assistant deux ans plus tard, dans un cinéma, à une projection de bandes d'actualité retraçant la bataille de Cassino. Croyant se trouver en plein dedans, il se leva de son siège, cria, gesticula et fut emmené hors de la salle par la police qu'une ouvreuse avait alertée. Il ne reprit conscience qu'au poste de police. Il dit avoir vécu cette reviviscence

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> sur le mode du dédoublement de personnalité (« Je me voyais sur l'écran, je m'y croyais et je m'y battais, tout en me rendant vaguement compte que j'étais en même temps dans cette salle de cinéma… »). (Crocq, 1999.)

L'AGIR COMME SI L'ÉVÉNEMENT SE REPRODUISAIT

Ce peut être un agir élémentaire, tel que réaction de sursaut ou réaction de recroquevillement ; mais cela peut consister aussi en un agir plus complexe : fuite procursive, fugue ou errance, récit répétitif (toujours les mêmes mots, lassant l'entourage) ou mises en scène itératives, contemplation fascinée de médailles et autres souvenirs de guerre et, chez l'enfant, jeu répétitif reproduisant l'accident ou l'agression.

> Voici le cas de cette victime civile de guerre qui, petite fille âgée de 6 ans, lors des événements de la libération de la France, avait reçu une balle perdue dans le thorax et avait entendu les adultes qui l'avaient ramassée dire : « Elle va mourir, car la balle doit être près du cœur… » À sa sortie de l'hôpital, rentrée chez elle dans un petit village, et entendant les détonations des chasseurs dans les champs voisins (c'était juste à l'époque de l'ouverture de la chasse), elle bondit se recroqueviller sous une table. Depuis, et encore cinquante ans plus tard, elle présente un réflexe de recroquevillement dès qu'elle entend un bruit soudain : détonation des pétards du 14 Juillet, claquement de porte, bruit des pots d'échappement des voitures et des motos. (Crocq, 1999.)

LE CAUCHEMAR DE RÉPÉTITION

Intensément vécu plutôt que simplement contemplé, il fait revivre l'événement au sujet, avec les mêmes décors et les mêmes personnages, la même frayeur, les mêmes gestes de défense : sous le coup de ces cauchemars, les anciens combattants s'agitent dans leur sommeil, crient, se débattent et se battent (certains cherchent même à étrangler leur femme !), et tombent de leur lit, réveillés en sursaut, en sueur et le cœur battant fort.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> Pour l'illustrer, je citerai le cas d'un soldat, paysan mobilisé en 1939 à l'âge de 38 ans dans un régiment d'artillerie hippomobile, qui subit en juin 1940 les bombardements des Stukas allemands sur la plage de Zuydcoote. À chaque bombardement, il se terrait dans son trou, puis ressortait avec ses camarades rescapés pour porter les blessés au poste de secours et ensuite pour ramasser les cadavres qui jonchaient la plage. Mais, ce qui l'avait le plus marqué, lui, le paysan, c'était de voir les chevaux morts ou agonisants épars sur la plage (« les pauvres bêtes, jamais je n'avais vu autant de chevaux morts… »). Par la suite, de retour d'une captivité de quatre années en Allemagne pendant laquelle il ne souffrit d'aucun symptôme psychotraumatique, il fut sujet à de fréquents cauchemars qui lui faisaient revivre les bombardements de Zuydcoote, et dans lesquels il était à la fois effrayé et étonné de contempler ces hécatombes de chevaux sur le sable. À l'âge de 89 ans, soit cinquante ans après les événements, il est encore tourmenté par ces cauchemars. (Crocq, 1999.)

Toutes ces manifestations de reviviscence sont intensément vécues, comme a été vécu l'événement inaugural dont elles sont la réplique factice. Et ce vécu peut être caractérisé par trois aspects, qui sont la détresse psychique, l'orage neurovégétatif et le raidissement du corps. Le patient revit l'événement dans les trois registres de son être : le registre psychique (détresse ou angoisse intense dans un contexte de sentiment d'absence de secours), le registre neurobiologique avec toutes les manifestations neurovégétatives du stress ou de l'angoisse (à savoir sensation de gorge serrée, de thorax comprimé, pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, hérissement, tremblement, et même impression d'être sur le point de s'évanouir), et le registre psychomoteur, où le corps n'est pas détendu mais au contraire raidi, comme prêt à la réaction motrice, telle que fuite, défense ou immobilité pétrifiée.

Et toutes peuvent survenir soit spontanément (selon une dynamique inconsciente propre à chaque sujet), soit en réponse à un stimulus qui rappelle le trauma (le son d'une sirène d'ambulance, une cérémonie anniversaire de guerre, un reportage télévisé sur un accident ou le simple fait d'avoir à s'occuper ce jour-là de son dossier d'indemnisation peut être la source de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

cauchemars la nuit suivante), soit enfin à la faveur d'un abaissement du niveau de conscience (il est bien connu que les reviviscences hallucinatoires visuelles surviennent plus facilement au moment de l'endormissement, lorsque la conscience vigile commence à fléchir).

Les patients peuvent présenter ces reviviscences chaque jour, ou plusieurs fois par jour, ou une ou deux fois par semaine, ou plus rarement. Dans beaucoup de cas, elles semblent s'estomper et se raréfier avec le temps. Mais la mise à la retraite, privant le sujet des dérivatifs que lui assuraient ses activités professionnelles, le laisse seul face à ses souvenirs bruts et on voit alors les reviviscences que l'on croyait disparues revenir en masse : cauchemars, visions hallucinatoires, ruminations mentales, etc.

Nature du syndrome de répétition

Le syndrome de répétition est propre à la névrose traumatique, ou plus généralement à tout état psychotraumatique différé et durable. On ne le rencontre pas dans les autres affections de la pathologie mentale, car les stéréotypies observées dans la schizophrénie sont d'une autre nature, « mécanique », de même que les rituels et obsessions itératives observées dans la névrose obsessionnelle, que le patient s'impose à lui-même dans une démarche « autocoercitive », tout en s'épuisant dans une lutte pour ne pas y céder.

Concernant la nature de cette répétition traumatique, Fenichel (1945) précise bien qu'on doit la distinguer de la répétition « biologique » liée à la périodicité des instincts, et de la répétition de la dynamique libidinale, correspondant au retour obstiné du refoulé. Le moi traumatisé, quant à lui, désire la répétition (comme tentative tardive de maîtrise), mais elle lui est pénible. D'où son ambivalence vis-à-vis du trauma, qui serait à la fois redouté et désiré. Cette intrication de crainte et de désir ferait

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

osciller le moi entre « traumatophobie » et « traumatophilie », et pousserait certains patients vers les catastrophes qu'ils redoutent le plus.

SIGNIFICATION ET FONCTION DU SYNDROME DE RÉPÉTITION

On s'est interrogé sur la signification et le rôle du syndrome de répétition. S'agit-il d'un effet direct du trauma, d'une malédiction, par laquelle le patient reste fixé à la souvenance de son expérience traumatique, qui reste enfouie au sein de son psychisme comme un « parasite » et dont il ne parvient pas à se débarrasser ? Ou d'une tentative vainement réitérée pour maîtriser par sa « représentation » un événement qui n'a pas pu l'être lorsqu'il est survenu dans le réel, avec ses effets de surprise et de débordement des défenses ?

LE POINT DE VUE DE JANET

Pierre Janet penchait pour la première hypothèse. Dans sa thèse de doctorat ès lettres, soutenue en 1889, *L'Automatisme psychologique*, il avait bien caractérisé cette essence de la répétition comme geste ou manifestation « automatique », non décidée ni contrôlée par la conscience lucide. Pour lui, la souvenance de l'expérience traumatique inaugurale (non pas un souvenir construit avec des mots et des symboles, mais une résurgence d'images, de sensations, d'éprouvés, de gestes instinctifs, etc.) faisait bande à part dans un recoin du préconscient, suscitant sa propre réapparition brute, non élaborée, ni travaillée, ni contrôlée, tandis que le reste de la conscience continuait de fonctionner normalement, de manière élaborée, circonstanciée et adaptée. Il y avait donc, sous le coup du traumatisme, phénomène de « dissociation de la conscience », et la souvenance brute, non élaborée en souvenir, exerçait au sein du psychisme un effet morbide de corps étranger ou de parasite. Janet (1919) illustrait bien cette fixation

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

au trauma en reprenant le célèbre vers de la cinquième épître de Boileau : « Quand un homme, tourmenté par quelque triste souvenir, cherche à l'oublier en partant au loin, le chagrin monte en croupe et galope avec lui. »

S'interrogeant, en 1919 (*Les Médications psychologiques*) sur le mécanisme et le sens de cette répétition, Janet s'attacha à caractériser la psychologie de ces traumatisés obstinés dans leur vaine réitération. Il les définit par ce qu'il appela le « symptôme de l'accrochage ». Ces sujets semblent arrêtés dans le cours de leur existence et restent « accrochés » à un obstacle qu'ils ne parviennent pas à franchir. Impréparés et surpris par la survenue de l'événement, ils y ont répondu dans l'immédiat par des réactions élémentaires, instinctives, archaïques : par exemple, le sursaut, la sidération ou le geste automatique exécuté sans avoir été délibéré et sans le contrôle de la conscience. Or ces réactions élémentaires sont coûteuses en énergie, grevées de symptômes physiologiques gênants et appliquées à l'aveugle, d'une manière non adaptée à la situation, et par là même inefficaces. Ensuite, ayant le choix entre trois conduites, qui sont soit de réitérer cette réponse, soit de la travailler pour la modifier et l'adapter (modifier sa force et son impact), soit enfin de renoncer à la satisfaction qu'aurait procurée une réponse réussie, ces sujets traumatisés s'entêtent à choisir la première (la réaction archaïque) et à répéter obstinément le même geste éprouvant, coûteux et inefficace. Incapables de parvenir à l'achèvement réussi d'un projet élaboré et de jouir du « sentiment de triomphe » qui le récompense, ils « passent leur vie indéfiniment contre un mur ». À l'origine de cet « accrochage », Janet incrimine une carence de réponse par le langage, et surtout le « langage intérieur », qui eût maîtrisé ou réduit, en l'objectivant par des mots, une situation imprécise qui envahit et déborde le psychisme. L'élaboration langagière a pour effet d'occuper la conscience du sujet, de dériver son anxiété et de maîtriser mentalement la situation en l'objectivant. Et il en est de même pour toute situation potentiellement traumatisante, même si on semble y avoir réagi dans l'immédiat par des gestes adaptatifs.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

SIMMEL ET LE SYNDROME DU GRAMMOPHONEPLATZ

En 1918, Ernst Simmel, observant des névrosés de guerre à l'hôpital militaire de Poznan, est frappé par leur fixation obstinée au souvenir brut de leur trauma. Il compare cette fixation répétitive à un disque de phonographe qui serait rayé : l'aiguille, incapable de passer au sillon suivant, répéterait inlassablement la même phrase, isolée de son contexte et devenue incompréhensible. Et il dénomme ce phénomène syndrome du Grammophoneplatz.

FREUD ET LA COMPULSION DE RÉPÉTITION

Freud, dans son essai *Au-delà du principe de plaisir* (1920), s'interrogea lui aussi sur la « fixation du patient à son trauma » et sur la signification du cauchemar de répétition, qui contrevient à la fonction « hédonique » du rêve (habituellement, le rêve nous apporte dans l'imaginaire les satisfactions dont nous avons été frustrés dans la réalité). Car il est certain que le cauchemar de guerre, loin d'apporter au soldat traumatisé des images de bonheur paisible, le replonge inexorablement dans l'enfer de la bataille. On pouvait donc s'interroger sur la signification de ce « processus démoniaque » qui pousse le patient à revivre sans cesse son effroi et son malheur.

Or Freud avait constaté ce recours à la répétition non seulement chez le soldat traumatisé, mais aussi chez le petit enfant (avant 2 ans) qui s'habitue à supporter l'absence de sa mère en improvisant un jeu qui fait tour à tour disparaître puis réapparaître l'objet aimé. En l'occurrence, il s'agissait du jeu du « *fort-da* », pratiqué par son petit-fils : l'enfant jouait avec une bobine en bois, attachée par une ficelle à son berceau. Il s'amusait à projeter la bobine hors de son berceau, la faisant ainsi disparaître, en poussant un cri d'effroi ou de désespoir (*fort*, « loin »), puis il la faisait revenir en halant la ficelle, s'esclaffant de joie en la voyant réapparaître (*da*, « la revoilà »), et il répétait ce jeu inlassablement, atténuant ainsi sa détresse par cette « sorte d'abréaction », et

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

substituant un rôle actif au rôle passif de subir une situation désagréable. De plus, ce procédé aurait pour but de faire naître un état d'angoisse d'appréhension du danger, qui a fait défaut lorsque ce danger est survenu dans la réalité. En outre, la multiplication des répétitions permet de fractionner la tension, dont on ne pourrait venir à bout si on l'affrontait entière. Ainsi, la répétition (par le rêve ou tout autre procédé) serait la vaine réitération d'un effort pour expulser hors du psychisme le souvenir brut (ou « réminiscence ») de la scène traumatisante qui s'y comporte en parasite.

Il s'agit aux yeux de Freud d'un archaïque système de défense, datant d'avant l'instauration du principe de plaisir, lui-même étant antérieur au principe de réalité. Le principe de plaisir vise la satisfaction directe, sans détour, des pulsions ; le principe de réalité cherche à atteindre cette satisfaction au prix de détours nécessaires pour contourner les obstacles qui s'opposent à cette satisfaction immédiate. Et donc, avant le principe de réalité, et avant même le principe de plaisir (et l'expression « en deçà » serait plus pertinente que celle d'« au-delà »), notre psychisme disposerait de défenses archaïques permettant de fantasmer cette satisfaction, inspirées par la *compulsion de répétition*.

L'hypothèse de la *compulsion de répétition* est un des éléments les plus obscurs de la doctrine freudienne. Il laisse entendre que ce qui est bon pour un stade de l'évolution psychique devient nuisible pour le stade qui succède. En outre, développée jusqu'à ses implications fondamentales, la compulsion de répétition conduit à présupposer l'existence d'une tendance à l'immobilité, à la stagnation et à la mort, que Freud identifie comme pulsion de mort ou *destrudo*, en opposition à la *libido*, qui est principe de mouvement, d'évolution et de vie.

LES RÉFLEXIONS DE FERENCZI

Ferenczi fut mobilisé dans l'armée autrichienne pendant la Première Guerre mondiale et eut à traiter de nombreux soldats névrosés de guerre. Dans un texte de 1921 (*Réflexions*

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

psychanalytiques sur les tics), il distingue nettement le tic de répétition traumatique du tic hystérique : alors que le tic hystérique (de conversion, ou transposition de l'anxiété psychique sur les organes et les fonctions du corps) constitue une forme de symbolisation autoérotique du corps propre, le tic traumatique « n'est que la reproduction brute, permanente et paroxystique, de l'attitude qu'avait le sujet au moment précis du traumatisme ». Bien que tous les tiqueurs soient des sujets qui ont une tendance accrue à la décharge et une capacité réduite à la liaison psychique, le tic hystérique relève de la médiation symbolique, tandis que le tic traumatique est le produit direct, l'image brute, de l'événement pathogène.

Concernant les rêves de répétition, Ferenczi y voit soit la répétition du traumatisme à l'identique, soit l'amorce d'une « répétition traumatolytique », réalisant des atténuations du trauma en forme d'accomplissement du désir et d'invitation à quitter la passivité pour le « sentiment d'être capable de vivre le traumatisme jusqu'au bout ». Et il préconise pour le thérapeute de procéder à l'analyse des rêves non pas en état de veille, mais « en état de transe », pour accéder aux impressions et vécus de l'expérience inaugurale brute.

L'APPROCHE DE FENICHEL

Fenichel (1945), dans son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses* (au sujet de la névrose traumatique), pense d'abord que la répétition de la névrose traumatique est vécue « passivement », à la différence de la répétition de la névrose obsessionnelle qui constitue une tentative de répression différée de l'excitation libidinale envahissante. Puis, se contredisant, il considère aussi les manifestations de répétition traumatique comme des « essais de décharge différée », faisant revivre activement ce qui a été vécu passivement, et procurant un moyen (malheureusement précaire) d'échapper aux tensions. Les répétitions traumatiques seraient donc des tentatives de guérison, mais trop tardives et sans

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

efficacité durable. Le patient effectue trop tard le geste (tic, crise ou sursaut) qui eût été efficace s'il eût été accompli au moment de l'événement agressant. En fin de compte, Fenichel admet qu'il est difficile de distinguer, en présence d'un symptôme de répétition, si ce symptôme est subi passivement (c'est-à-dire produit hors du contrôle du moi submergé), ou s'il est improvisé activement par le moi qui a recours à un ancien type de maîtrise, archaïque et non différencié.

Conclusion

Pour conclure, nous apporterons des précisions et des réflexions issues de l'expérience clinique. Le caractère essentiel des répétitions, ou reviviscences répétées, est leur véracité, leur crédibilité. Quelle que soit la forme de la répétition, les scènes et les personnages y surgissent avec un caractère de réalisme et d'exactitude dans la reproduction qui entraîne la conviction de leur présence et de leur véracité. Le sujet s'y voit et il s'y croit, même si cette conviction ne dure qu'un bref instant.

Le second caractère est le fait que ces reviviscences échappent au langage et au symbole. Il s'agit d'images, d'éprouvés bruts, de gestes instinctifs, de vécus non formalisés, que la reviviscence a brusquement fait rejaillir, tels quels, sans les avoir travaillés au préalable. Il n'y a pas eu élaboration langagière. Ils échappent à toute inscription dans un contexte signifiant, laissant le sujet face au constat de leur absurdité. Ils ne peuvent pas être rattachés à un contexte, ni insérés entre un avant et un après dans la continuité de notre histoire personnelle.

Toutefois, seul ou au contact du thérapeute, il arrive que le patient fasse subir à ses reviviscences quelques timides métamorphoses : des mots jaillis dans des exclamations spontanées, ou avancés dans une énonciation laborieuse du vécu initial de l'événement traumatique. Parfois encore, il se glisse dans une nouvelle

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

répétition d'un rêve traumatique une parcelle de signification ou de symbole qui n'y était pas auparavant et qui va permettre de le travailler, de l'associer à notre univers non traumatique et au fil de notre existence. En ce sens, on peut concevoir que la répétition traumatique puisse revêtir une fonction d'amorce de guérison. Et cette fois, la répétition n'est plus entièrement passive, ni subie. Il appartiendra au sujet de se réapproprier l'événement au moyen du langage, de son langage, car le thérapeute ne peut lui donner des mots et des symboles qui ne soient pas les siens propres. Seul, le patient est dépositaire du secret de son trauma, mais à son insu. Le thérapeute est là pour l'incitation à verbaliser et symboliser, et partant à procéder à la découverte de soi-même ; et il est là aussi comme témoin des efforts du patient.

Mais, dans bien des cas, cette collusion intime, cette complicité, n'est pas possible ; car elle butte sur un autre aspect de la répétition, qui est la fixation morbide du patient à son trauma. Beaucoup de patients ne souhaitent guérir qu'en apparence ou en surface. Car, secrètement, par-devers eux, ils sont fascinés par leur trauma et veulent le garder pour eux. Ils ont la nostalgie de leur incursion aux enfers, proche du néant des origines, dans l'univers mystérieux d'avant le langage. Ils n'adresseront au thérapeute que des paroles de convention, mais ne lui feront jamais part du plus intime de leur expérience, jalousement gardée comme une secrète jouissance, relevant de la pulsion de mort freudienne.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

9e LEÇON

Trauma et mémoire

Il convient maintenant d'examiner les rapports complexes qui relient le trauma à la mémoire. Il s'agit d'un champ qui est à la fois biologique et clinique. Toutefois, dans cette leçon, je ne prendrai en considération que les aspects cliniques.

Hypermnésie et amnésie : l'ambiguïté des troubles de la mémoire

Quand on inventorie les symptômes de la névrose traumatique et plus généralement des syndromes psychotraumatiques, on constate chez les patients des perturbations de la fonction mnésique ; et ces perturbations sont de deux sortes : *primo* l'hypermnésie (mémoire exacerbée) de l'expérience traumatique, et *secundo* l'amnésie, partielle ou totale, de cette même expérience.

LE VERSANT HYPERMNÉSIQUE

L'hypermnésie élective se rapporte au syndrome de répétition, qui serait mieux dénommé « syndrome de reviviscence involontaire répétée » (Crocq, 1999) et qui est propre au syndrome

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

psychotraumatique différé et chronique mentionné dans les leçons 4 et 8. De façon répétitive (plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine ou même plusieurs fois par jour), indépendamment de sa volonté, le patient revit intensément l'expérience traumatique qui est à l'origine de sa pathologie. On l'a vu, ces reviviscences peuvent se présenter sous une ou plusieurs modalités (hallucination, illusion, souvenir sans image de l'événement traumatisant, rumination mentale, impression subjective soudaine que l'événement traumatisant est sur le point de survenir à nouveau, agir comme si l'événement se reproduisait et cauchemar de répétition).

Il s'agit bien d'une hypermnésie, par sa fréquence, par la précision de ses détails, et par la reproduction de tout son vécu initial ; et d'une hypermnésie élective, puisqu'elle ne porte que sur le vécu de l'événement traumatique et non pas sur d'autres événements de la vie du patient. Cependant, ce n'est pas une remémoration construite par un travail de l'esprit, c'est le surgissement subit de la souvenance brute : images, sensations, émotions, gestes élémentaires, vagues souvenirs, verbigérations, etc. En gros, on a coutume de dire que la mémoire traumatique est une mémoire d'images, par opposition à la remémoration, qui est une reconstruction à partir de mots. En outre, cette hypermnésie est pathologique, pénible : elle fait souffrir le patient et elle perturbe son existence, s'imposant obstinément à son esprit, jusqu'à le harceler.

Cette hypermnésie propre à la réminiscence traumatique avait été notée par Freud en 1893 (*Communication préliminaire*), lorsqu'il écrivait : « […] parmi les souvenirs, ceux qui ont provoqué l'apparition de phénomènes d'hystérie traumatique ont conservé une extraordinaire fraîcheur et, pendant longtemps, leur pleine valeur émotionnelle. »

LE VERSANT AMNÉSIQUE

À l'opposé, chez d'autres patients (et parfois chez un même patient, coexistant avec l'hypermnésie sélective du vécu traumatique), on observe des amnésies sélectives portant sur tout ou

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

partie du moment traumatique et s'étendant parfois à d'autres époques de la vie du patient. Elles peuvent ne concerner que l'événement, ou un de ses aspects, laissant intact le reste de la fonction mnésique, et Janet (1919) les dénommait « amnésies systématisées ». Elles peuvent porter non seulement sur l'événement traumatique, mais aussi sur la période plus ou moins longue qui l'a précédé, et on les dénomme alors « amnésies rétrogrades ». Elles peuvent enfin porter non seulement sur l'événement, mais sur une période plus ou moins longue qui lui fait suite, et on les dénomme « amnésies antérogrades ». Rétrogrades ou antérogrades, ces amnésies peuvent être complètes, portant sur toutes les pensées, tous les actes, tous les éprouvés de la vie ; mais elles peuvent aussi ne concerner que certains gestes, certaines pensées, certaines émotions. On a observé des cas où l'amnésie était totale, massive, rétrograde et antérograde, réalisant de véritables pertes d'identité, comme chez ces soldats commotionnés devenus ces « voyageurs sans bagage » dont je parlerai plus loin.

L'amnésie peut être encore « qualitative », imprégnant de flou le souvenir du ou des événements traumatogènes et de leur vécu. Ainsi le cas suivant.

> Max D., déporté en 1942 au camp de Dora-Mittelbau (le camp des armes secrètes), est l'un des rares survivants de ce camp. Il me dit qu'il n'est pas tellement sujet à des reviviscences d'images précises, mais plutôt à des souvenirs imprécis et non encore mentalisés de la vie infernale qu'il menait là-bas avec ses compagnons, de la lutte quotidienne pour la survie, de l'atmosphère irréelle de leur départ forcé et hâtif du camp à l'approche des armées alliées et de leur marche épuisante le long de sentiers forestiers, étroitement encadrés par des SS qui abattaient tout prisonnier qui s'écroulait au sol. Et il précise le caractère lacunaire et flou de ces reviviscences mentales : « Le temps ne comptait plus… nous nous propulsions machinalement dans un brouillard de sensations dont seules quelques images nettes émergent… et, pour ne pas accuser injustement ma mémoire, je dois dire que la brume n'est pas dans l'épaisseur du temps qui s'est écoulé depuis : cette brume était dans la perception même des choses qui m'entouraient… » (Crocq, 1999.)

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

L'inconscient traumatique et la mémoire dans l'histoire du trauma

TRAUMA ET MÉMOIRE CHEZ LES PRÉCURSEURS DE L'HISTOIRE DU TRAUMA : DE L'ANTIQUITÉ À 1884

On trouve mention, chez les auteurs anciens, de cas d'hypermnésie traumatique. Dans son *Traité des songes* (400 av. J.-C.), Hippocrate fait état de rêves de bataille chez des guerriers. Un passage célèbre du *De natura rerum* de Lucrèce (40 av. J.-C.) décrit les combattants harcelés par leurs rêves traumatiques. Froissard, dans ses *Chroniques* (1388), cite le cas du chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus, qui était sujet, chaque nuit dans son sommeil, à des reviviscences somnambuliques de ses combats. Ambroise Paré rapporte qu'au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy (1572), le jeune roi Charles IX était sujet à des hallucinations diurnes et à des cauchemars nocturnes (« aussi bien veillant que dormant »), lui présentant les cadavres des victimes avec leurs visages ensanglantés. Deux tragédies de Shakespeare, *Roméo et Juliette* (1595) et *Henry IV* (1599), font état de rêves de bataille importunant le sommeil des guerriers, et une troisième tragédie (*Macbeth*, 1596) décrit les hallucinations visuelles qui harcèlent le couple Macbeth en expiation de son crime : Macbeth croit voir le spectre de sa victime Banco, et Lady Macbeth croit voir une tache de sang sur sa main.

Concernant les guerres de l'Empire, on trouve dans les *Mémoires* du sergent Bourgogne (1853) mention de reviviscences somnambuliques hypermnésiques chez son camarade le grenadier Picart, qui, cheminant à ses côtés sur les steppes glacées de la retraite de Russie, se voit conversant à Courbevoie avec des cuirassiers qui ont été tués à la bataille d'Eylau, puis se croit dans une revue en train de présenter les armes à l'Empereur.

Briquet, dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859) rapporte le cas d'un insurgé qui avait failli être fusillé lors

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

des émeutes de 1848 à Paris, et était souvent sujet depuis à des crises convulsives dans lesquelles il revivait ces instants tragiques.

> Concernant encore l'amnésie traumatique, une nouvelle de Balzac, « Adieu » (1830), expose le cas de la jeune épouse d'un général d'Empire qui, embarquée sur un des derniers radeaux traversant la Berezina, voit son mari tomber à l'eau et se faire décapiter par un bloc de glace et son amant se sacrifier en sautant du radeau surchargé sur la berge. Rentrée en France en état de démence, elle finit par être recueillie par son parrain dans un château de Sologne où, amnésique et revenue à l'état sauvage (cher aux contemporains de Pinel), elle se laisse vêtir et nourrir comme une enfant et gambade dans les bois, ne sachant que proférer le mot « adieu » que lui avait dit son amant sur la Berezina. Cet amant finit par la retrouver, mais elle ne le reconnaît pas, jusqu'au jour d'hiver où il met en scène à grands frais (avec des figurants) un simulacre du passage de la Berezina ; elle le reconnaît alors, dit « adieu » et expire sous le coup de l'émotion qui lui a fait recouvrer la mémoire. Il ne s'agit que d'une fiction, dans une atmosphère de roman et de conventions, mais elle montre qu'à l'époque de Balzac, on connaissait les amnésies postémotionnelles nées de la guerre.

TRAUMA ET MÉMOIRE CHEZ LES FONDATEURS : CHARCOT, JANET, FREUD (1884 1900)

Dans ses célèbres *Leçons du mardi* à la Salpêtrière (de 1884 à 1889), Jean-Martin Charcot présente de nombreux cas d'hystérie, de neurasthénie et d'hystéro-neurasthénie traumatiques, chez lesquels l'hypermnésie du vécu traumatique succède souvent à l'amnésie – transitoire ou durable – de l'événement causal.

> Ainsi le cas V… Lois, d'hystéro-neurasthénie après *shock* nerveux, qui présente la particularité de réveiller une névrose de guerre ancienne à l'occasion d'un accident de chemin de fer survenu plusieurs dizaines d'années plus tard : « Le fourgon où il se trouvait a été broyé par une locomotive… Contusionné, perte de connaissance, puis amnésie de l'accident et amnésie de toute une période précédant l'accident… Vingt-cinq jours sans malaise, se croit quitte pour la peur. Puis : asthénie, sursauts au

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> bruit, vertiges, impression de tête vide et rêves terrifiants, non seulement de l'accident, mais aussi des combats de Magenta et Palestro auxquels il a participé vingt ans auparavant… Affaiblissement génital, rétrécissement du champ visuel et attaques hystériques déclenchées par des stimuli évoquant l'accident. »

Parmi les critères cliniques retenus par Oppenheim pour diagnostiquer la névrose traumatique figuraient « le souvenir obsédant de l'accident » et « les cauchemars faisant revivre l'accident ». Pierre Janet, qui suit en 1886-1889 les leçons cliniques de Charcot et s'est vu confier la prise en charge d'une salle d'hystériques à l'hôpital du Havre (salle qu'il dénomme irrévérencieusement la « salle Saint-Charcot »), se trouve confronté à des symptômes de conversion dont les patients prétendent ignorer l'origine. Il explore leur subconscient sous hypnose, les ramenant dans leur passé à l'époque où le symptôme est apparu pour la première fois et se fait ainsi révéler ces origines. En 1889, il soutient sa thèse de doctorat ès lettres, *L'Automatisme psychologique*, sur le résultat de ses investigations. Il y présente vingt cas, dont le cas Marie, exemplaire par les amnésies afférentes à trois événements traumatiques survenus dans la vie de la jeune fille.

> Marie présente trois symptômes, persévérants ou obstinément répétés : *primo*, des crises convulsives hallucinatoires où elle croit voir une femme mourir ensanglantée, *secundo* des frissons survenant au début de ses règles et y mettant fin, et *tertio* une perte de la vision de l'œil gauche accompagnée d'une anesthésie de l'hémiface du même côté. Invitée sous hypnose à se replacer à l'époque où ses crises sont apparues pour la première fois, à l'âge de 16 ans, Marie revit un accident auquel elle a assisté et au cours duquel une femme perdant son sang était morte. À son réveil, Janet révèle à Marie le contenu de ses déclarations mais lui affirme que la femme a survécu à l'accident ; ensuite, Marie est débarrassée de ses crises. Concernant le deuxième symptôme (frissons lors de l'apparition des menstrues), Janet replonge Marie dans l'hypnose et lui demande de se replacer à l'époque de la première apparition du symptôme, c'est-à-dire l'âge de 13 ans, avec la survenue de ses premières règles. Marie déclare qu'ayant

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

été effrayée de voir du sang sur son bas-ventre, et se croyant malade, elle avait fait disparaître cet écoulement en se plongeant dans un baquet d'eau froide, d'où les frissons. Au réveil de l'hypnose, Janet révèle à Marie le contenu de ses déclarations, mais lui affirme que ses règles se sont ensuite déroulées normalement. Depuis, Marie n'a plus de frissons ni d'interruption de ses règles.

Reste le troisième symptôme, qui paraît plus tenace, et qui serait apparu vers l'âge de 5 ans. Janet transporte Marie sous hypnose à l'âge de 5 ans et Marie se revoit alors voyant des deux yeux et non anesthésiée de l'hémiface. Janet l'invite alors à se resituer à l'âge de 6 ans, et Marie livre le secret traumatique de son symptôme : on avait fait coucher dans son lit, à sa gauche, un petit garçon de passage dont le visage était ravagé par la gourme. Ayant peur de la contagion, Marie n'avait pas dormi de la nuit, fixant le visage du petit garçon et se tenant le plus loin possible de lui. Il lui en était resté cette hémianesthésie gauche (ne plus sentir la peau de son hémiface) et sa cécité gauche (ne plus voir ce visage horrible). Au réveil de la séance d'hypnose, Janet communique à Marie ces révélations et Marie récupère aussitôt et durablement la vision de son œil gauche et la sensibilité de son hémiface.

Janet va développer et préciser sa pensée dans des ouvrages ultérieurs, tels que *L'État mental des hystériques* (1893), *Névroses et idées fixes* (1898), *Les Névroses* (1909) et *Les Médications psychologiques* (1919). Il y présente en tout 591 cas, dont 257 (soit près d'un sur deux) ont été provoqués par un événement traumatique ou un choc émotionnel. Concernant les rapports du trauma et de la mémoire, certains de ces cas sont explicites.

Ainsi le cas Irène qui, traumatisée par la mort de sa mère, réagit par des reviviscences somnambuliques de l'événement, mais oppose une amnésie de déni dans les périodes intercritiques et déclare : « Je sais que ma mère doit être morte puisqu'on m'a habillée en noir, mais je ne m'en souviens plus. »

Ainsi encore le cas de Mme D., qui a perdu connaissance lorsqu'un mauvais plaisant lui a fait croire à tort que son mari était mort dans un accident. Au réveil de cet évanouissement, Mme D. présente une amnésie de l'événement, une amnésie rétrograde portant sur les trois mois précédents, et une amnésie antérograde totale pendant quatre ans (au point de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

ne plus se souvenir d'avoir été mordue par un chien, puis vaccinée contre la rage, événements particulièrement douloureux). Mais, dans ses délires (dont elle ne garde pas souvenir), Mme D. revit l'événement de la fausse annonce de la mort du mari.

Au cours de l'année 1889, Freud suit à Vienne sa patiente Emmy von N., veuve quadragénaire qui a été fortement traumatisée quatorze ans auparavant pour avoir vu son mari, plus âgé de vingt ans, décéder devant elle d'une crise cardiaque (1895).

Cette femme collectionne toute une série de symptômes conversifs, dont des sursauts, des accès de terreur, des cauchemars, une phobie des contacts (« Ne me touchez pas »), l'anesthésie d'une jambe, un bégaiement et un tic particulier qui consiste à reproduire inopinément le cri du coq de bruyère. Au cours de multiples séances d'hypnose, elle restitue à Freud tous les événements traumatiques qui ont émaillé sa vie : non seulement le décès du mari, mais aussi celui de sa mère, le spectacle (alors qu'elle était enfant) de la mâchoire inférieure du cadavre de sa tante se décrocher, la folie de sa sœur, son frère morphinomane qui s'agrippait à elle au cours de ses crises de démence, son impuissance à calmer ses chevaux emballés qui avaient emporté sa voiture avec elle et ses enfants apeurés, sa frayeur lorsqu'un inconnu menaçant avait fait irruption dans le compartiment du wagon où elle était seule, et une frayeur similaire lorsque deux individus surgirent d'un buisson pour l'insulter, au cours de sa promenade, et sa peur lorsqu'elle fut chargée dans une prairie par un taureau furieux… Après la restitution de chaque événement, le symptôme correspondant disparaissait définitivement. Tout au long d'une longue et patiente biographie à rebours (le « fil rouge »), Freud et sa patiente retrouvent les jalons de ces événements traumatiques et effacent leur pouvoir pathogène lorsque la patiente fait l'effort de se les remémorer et de les réintégrer dans le « grand complexe de ses associations ».

Pour désigner cette souvenance pathogène qui n'a pas encore été transformée en souvenir, Freud propose le terme platonicien de réminiscence (« les hystériques souffrent de réminiscence »).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LA GUERRE DE 1914 1918 : HYPNOSE DES BATAILLES ET VOYAGEUR SANS BAGAGE

Les observations d'hypnose des batailles, de *shell-shock* et de psychonévroses de guerre (trois diagnostics qui ont prédominé chacun à son tour dans le déroulement des quatre années de la guerre) montrent beaucoup d'obnubilations de la conscience, de baisses de l'attention et de la mémoire de fixation, de reviviscences diurnes (« hallucination cinématographique de la bataille ») et nocturnes (cauchemars de répétition) et aussi des phénomènes hystériques tels que conversions sensorielles, sensitives et motrices et amnésies (systématisées, rétrogrades et antérogrades), donnant lieu à des fugues avec errance (pseudo-désertions) et même à des effacements de toute la personnalité. Ferenczi a fort bien défini le statut du symptôme de conversion eu égard à la mémoire, dans ce passage de sa conférence de 1916 à l'hôpital militaire Maria-Valéria de Budapest : « Les hystéries de conversion sont des expériences affectives oubliées qui prêtent leur énergie à certains processus physiques associés à ces événements, et qui se dressent dans le présent – immobiles et inaltérables comme un monument – comme les pierres tombales des souvenirs ensevelis dans les profondeurs. »

Roussy et Lhermitte (1917) sont explicites sur la coexistence au sein d'un même tableau clinique chez des soldats traumatisés d'une amnésie massive et d'une hypermnésie sélective portant sur le seul moment traumatique. « Parfois, dans cette nuit complète de l'amnésie, émerge un seul souvenir, celui du shock ; le sujet ignore son nom, son âge, mais se souvient d'avoir assisté, il ne sait où, à une scène de carnage terrifiante. »

L'amnésie massive, portant sur tout le passé, l'identité et la personnalité mêmes du soldat, a donné lieu à des exploitations littéraires, telles que *Siegfried et le Limousin*, de Jean Giraudoux (1922) et *Le Voyageur sans bagage*, de Jean Anouilh (1937).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

C'est le cas authentique du soldat dit Anthelme Mangin qui leur a servi de modèle, parmi une vingtaine de cas similaires recensés à la fin de la guerre.

> Ce soldat amnésique, trouvé errant et confus le 1er février 1918 sur le quai de la gare de Lyon-Brotteaux où il était descendu avec un convoi de prisonniers blessés rapatriés d'Allemagne, dépourvu de papiers, ayant perdu sa plaque matricule, ne se souvenait plus d'où il venait, où il était ni qui il était. Interrogé sur son identité, il avait fini par bredouiller des syllabes qui pouvaient ressembler à « Anthelme Mangin », nom qui lui fut attribué alors et sous lequel il fut d'abord interné à l'asile d'aliénés de Bron.
> En février 1922, le ministre des Pensions fit publier sa photographie dans la presse nationale en lançant un appel à identification, tandis que l'association des anciens combattants la faisait afficher dans toutes les mairies. Trois cents familles, de France et du Canada, prétendirent reconnaître en lui un époux, un fils ou un frère passé pour disparu au front. Pour départager ces requérants, on procéda sur Anthelme Mangin à des vérifications anthropométriques, à des analyses graphologiques, à des déplacements sur les lieux supposés de son enfance, et même à des interrogatoires sous état fébrile provoqué par abcès de fixation. Au bout du compte, deux familles furent retenues comme probables, et elles entamèrent en 1935 un long procès, au tribunal de Rodez et à la cour d'appel de Montpellier, qui ne fut interrompu que par le décès de l'intéressé à l'hôpital Sainte-Anne à Paris en 1942, avant que la Cour de cassation ne se fût prononcée. Anthelme Mangin avait passé le reste de sa vie dans les asiles psychiatriques. Pendant un temps, il avait intrigué puis fasciné l'opinion publique, qui, faisant écho à des fantasmes de déculpabilisation et de déni du deuil et de la mort, le désignait comme l'« homme sans nom » ou le « soldat inconnu vivant ».

HYPNOSE ET NARCO ANALYSE À LA RECHERCHE DU TRAUMA OUBLIÉ (1939 1945)

La Seconde Guerre mondiale, dont il convient de rappeler qu'elle a causé plus de morts, de blessés et de choqués au sein des populations civiles que chez les combattants, a réalisé – mis à part l'avènement des troubles psychosomatiques au détriment

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

des conversions hystériques – les mêmes tableaux cliniques que la première. Cette guerre s'est achevée sur la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis, chez les survivants desquels Targowla (1950) a noté l'importance de l'hypermnésie des vécus traumatiques, dont il fait un syndrome à part et qu'il a dénommé « hypermnésie émotionnelle paroxystique ».

Concernant les troubles mnésiques chez les combattants, on a relevé bien sûr l'hypermnésie obstinée et anxiogène du syndrome de répétition, pivot sémiologique de la névrose de guerre, sous ses diverses modalités : flash-back, sursauts, cauchemars, etc. ; et on a observé aussi quelques cas d'amnésies hystériques postémotionnelles. Souvent, il est arrivé que le patient offrît son symptôme de conversion (pseudo-cécité, pseudo-surdité, pseudo-paralysie, amnésie, aphasie, bégaiement, etc.) en ayant chassé de sa mémoire consciente l'expérience traumatique qui l'avait fait naître. Dans ces cas-là, comme en 1914-1918, on a eu recours à l'hypnose pour faire émerger du subconscient cette expérience traumatique et amorcer une psychothérapie sur ces révélations. Mais c'est surtout la narco-analyse barbiturique (penthotal) ou à l'éther qui a été utilisée pour de telles explorations « abréactives » (Sargant et Slater, 1944) et de telles exploitations « cathartiques », le procédé étant alors dénommé « narcosynthèse » (Grinker, 1946). Voici un cas d'hystérie de conversion avec amnésie de l'événement causal exploré sous hypnose à des fins thérapeutiques par Ralph Kaufman (1947) et ayant donné lieu à un enregistrement filmé.

> Un soldat est devenu amnésique après avoir été soufflé par un obus à Okinawa. Il ne peut se souvenir ni de l'explosion, ni de son passé, ni même de son nom et de celui de ses parents. Sous hypnose, il revivra la scène de l'explosion et la peur intense qu'il avait éprouvée alors (abréaction avec tremblement) ; et le thérapeute induira en fin de séance la remémoration de l'événement, la cessation de la peur et la remémoration de tout le passé et du présent.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Trauma et mémoire dans les syndromes psychotraumatiques d'aujourd'hui

Parmi les critères du diagnostic de PTSD dans le *DSM-IV*, plusieurs se rapportent aux perturbations mnésiques du traumatisé. Ce sont d'une part les cinq critères B afférents aux reviviscences (images, rêves répétitifs, flash-back, etc., et le fait d'éprouver de la détresse ou un orage neurovégétatif si on est exposé à un stimulus évocateur du trauma), et d'autre part le critère C3 : « Incapacité de se rappeler un aspect important du trauma. » On retrouve donc les deux pôles : *primo* l'hypermnésie sélective et pénible du syndrome de répétition, et *secundo* l'amnésie élective (ou rejet hors de la conscience vigile) d'une partie de l'expérience traumatique. À noter en outre que tout un courant de pensée américain relie certains tableaux cliniques d'états dissociatifs, de fausses mémoires et de personnalités multiples à une origine traumatique. Ce courant donne lieu à des exagérations et à des abus, certains patients prétendant être habités par un grand nombre de personnalités (jusqu'à quatre-vingts). On retombe ici dans les errements de l'hystérie collective et des épidémies de possessions du couvent des Ursulines de Loudun, en 1632, où la prieure Jeanne des Anges prétendait être possédée par sept démons. Et certains avocats guettant les patientes à la sortie des cabinets de psychanalystes pour leur faire engager un procès contre leur père, sur la foi de fantasmes de séduction sexuelle hypothétiquement remémorés de la toute première enfance.

Dans la clinique courante, le clinicien de la consultation de psychotraumatologie a encore affaire à des symptômes de conversion dont l'origine traumatique a disparu de la mémoire consciente du patient. Ainsi cette observation (Crocq, 1999).

> *Commandant A., 1967.* Cet officier est sujet à une photophobie intense et invalidante (avec malaises et tremblements) chaque fois qu'il conduit sa voiture face au soleil ou qu'il est surpris par le reflet d'un rayon de soleil

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dans une vitrine. Il n'en connaît pas l'origine. Sous subnarcose amphétaminée (l'adjonction d'amphétamine au barbiturique stimule l'activité mnésique), les souvenirs lui reviennent : en Indochine, dix-huit ans auparavant, blessé et prisonnier des Viets, il faisait régulièrement l'objet de simulacres d'exécution, à l'aube, pour l'édification des villageois. Le lever du soleil était pour lui synonyme d'imminence de mort. En outre, un jour, à l'heure de midi, alors que ses gardiens l'avaient laissé enchaîné sur une jonque et qu'ils s'étaient sauvés dans les buissons sur la rive, il avait été mitraillé par un avion français qui descendait sur lui avec le soleil dans le dos et il avait « vu » dans cet éblouissement sa mort survenir de façon absurde. Enfin, à la fin de sa captivité, étendu moribond dans une paillote, il était tellement faible qu'il ne pouvait plus supporter la lumière du jour. Toutes ces souvenances resurgies ont permis d'amorcer une thérapie restitutive de sens.

Conclusion

La mémoire des reviviscences, hypermnésie traumatique, est une mémoire d'images et d'éprouvés bruts ; elle n'a pas de sens. Elle s'impose au sujet contre sa volonté et de façon répétitive. À noter que l'évitement est aussi une forme d'hypermnésie sélective, puisque vouloir éviter quelque chose c'est y penser sans cesse. À l'opposé, l'amnésie, ou défaillance de la mémoire, peut jouer comme déni de l'expérience traumatique (amnésie systématique) ou comme refoulement de cette expérience pénible hors de la conscience, quitte à laisser en surface un symptôme conversif, « pierre tombale » énigmatique. Il peut se produire aussi des amnésies rétrogrades ou antérogrades, portant sur une portion de la vie ou sur toute la destinée, résultant de la dissociation face au trauma. Dans toute l'histoire du trauma, on retrouve ces deux pôles de l'hypermnésie et de l'amnésie. Mais ces troubles de la mémoire ne sont pas immuables, comme un destin maudit. Lors de la thérapie, au lieu de subir une mémoire d'images, répétitive et obsédante, le patient peut agir et construire lui-même son

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

souvenir, par un travail personnel d'association et d'inscription dans son réseau de signifiants. Son expérience prendra alors un sens, sera reconnue comme sienne et pourra être réinsérée dans la continuité fluide de sa vie, entre un avant et un après.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

10e LEÇON

Trauma et sommeil

Dans le monde grec ancien, le sommeil était considéré comme une mort provisoire ; et les dieux Hypnos et Thanatos (le Sommeil et la Mort) étaient frères jumeaux, chargés de transporter les âmes des morts aux Enfers, sous la conduite d'Hermès « psychopompe » (conducteur des âmes). Chez les traumatisés, d'une certaine façon, le sommeil a aussi un certain rapport avec la mort, ne serait-ce que par le cauchemar de répétition. Les troubles du sommeil font immanquablement partie du tableau clinique de la personne traumatisée. Dans cette leçon, ces troubles du sommeil ne seront envisagés que sous leurs aspects cliniques, sans méconnaître leurs aspects biologiques ni tous les apports que les recherches récentes de la neurobiologie, de la neurophysiologie et de la neuropharmacologie ont procurés à l'exploration et la compréhension de ce vaste domaine.

Les troubles du sommeil sont surtout le fait des syndromes psychotraumatiques différés-chroniques. Ils consistent en difficulté d'endormissement, sommeil agité, réveils nocturnes angoissés et cauchemars de reviviscence.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les difficultés d'endormissement

IL S'AGIT D'UNE RÉSISTANCE À L'ENDORMISSEMENT

La plupart des traumatisés se plaignent de difficultés d'endormissement. En fait, il s'agit plutôt d'une résistance passionnée à l'endormissement (Crocq, 1999). Car, céder au sommeil, pour ces sujets qui ont subi une menace vitale, et qui l'ont subie dans la surprise, l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance, c'est abandonner leur vigilance et leur état d'alerte, c'est ne plus voir venir le danger. Aussi résistent-ils désespérément à la venue du sommeil, quoi qu'ils en disent. Ils se couchent, prétendant attendre le sommeil, mais ils se tiennent raides dans leur lit, l'oreille attentive au moindre bruit venant de la rue et même au moindre craquement du parquet de leur chambre. Ils redoutent l'obscurité, complice des agresseurs potentiels et se procurent un peu de lumière dans leur chambre par une veilleuse, ou par l'éclairage d'une pièce voisine qui pénètre dans leur chambre par une porte entrouverte. Quand enfin le sommeil commence à les prendre, que leurs paupières deviennent lourdes, ils se ressaisissent d'un sursaut, et reprennent leur veille. Ils ne s'endormiront que tard dans la nuit, vers une ou deux heures du matin. Au petit matin, ils seront déjà fatigués, épuisés, car leur sommeil n'aura pas été réparateur.

> Ferenczi (1916) cite le cas d'un soldat, qui, depuis qu'il avait été projeté en l'air par l'explosion d'un obus, présentait un état d'agitation permanente de tous ses muscles, ne supportait pas la lumière du jour, tout en surveillant anxieusement l'espace qui l'entourait, et souffrait d'une hyperacousie semblable à l'hypersensibilité auditive des personnes atteintes par la rage (hyperesthésie traumatophile), au point que les bruits de la journée l'empêchaient de rester dans la salle commune, et que le médecin avait dû l'installer dans une chambre isolée pour qu'il puisse dormir la nuit. Or, à la grande surprise des soignants, cet homme réclama de revenir passer la nuit dans la salle commune ; et, à ceux qui l'interrogeaient

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> sur la raison de cette demande, il répondit : « C'est vrai que, dans la salle commune je suis souvent réveillé en sursaut la nuit, mais dormir seul est encore pire ; dans ce grand silence, je ne peux pas m'endormir, car je dois faire un constant effort d'attention pour écouter si vraiment il n'y a aucun bruit. »

Pendant tout le temps de cette période de résistance à l'endormissement, l'esprit vagabonde, harcelé par les souvenirs et les images traumatiques. Car c'est le soir, avec la cessation des activités diurnes et la situation de solitude mentale dans le lit, que les reviviscences traumatiques surgissent en force. Il a été mentionné, dans une leçon précédente, que ces reviviscences constituent le symptôme majeur de la névrose traumatique et qu'elles se manifestent sous différentes formes : l'hallucination, l'illusion, le souvenir forcé, la rumination mentale sur les causes, les circonstances et les conséquences de l'agression, le vécu soudain comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme si l'événement se reproduisait et le cauchemar de répétition, qui mérite une considération à part, et dont nous allons parler plus loin.

Toutes ces reviviscences, qui font revivre intensément l'expérience vécue de l'événement, donnent lieu à une détresse intense et sont accompagnées de perturbations neurovégétatives (telles que palpitations cardiaques, sensation de gorge serrée ou de striction thoracique, pâleur, sueur, tremblements, spasmes viscéraux). Ainsi, c'est dans son lit, le soir, « attendant » le sommeil avec une vigilance exacerbée, que le patient traumatisé va être sujet à l'irruption soudaine de ces reviviscences : il va revivre la scène de l'agression, il va voir les agresseurs ou les morts et les blessés, il va entendre les cris et les bruits de l'événement, il va sentir l'odeur de la fumée ; ou encore, il va apercevoir sur ses vêtements accrochés au portemanteau la silhouette de son agresseur, et il sera alors saisi de terreur ; ou encore il va être envahi par des ruminations mentales obsédantes sur l'événement ; ou encore, sans raison, il va avoir l'impression que l'événement se reproduit, et il va ressentir la même surprise, la même frayeur et le même désarroi ; ou

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

encore, il va réagir à cette impression subite par un sursaut, ou un geste de défense, ou un récit adressé à son conjoint.

CONDUITES D'ÉVITEMENT DU SOMMEIL

Comme variante et complication de cette résistance à l'endormissement, il y a les conduites d'évitement du sommeil. Le sujet diffère au maximum le moment de se déshabiller et de se mettre au lit. Pour ce faire, il reste habillé et chaussé. Il lit, regarde la télévision – n'importe quelle émission –, fume cigarette sur cigarette. Il arpente sa chambre ou sort faire des rondes autour de sa maison ou dans son quartier (dans le cadre de son attitude d'alerte et de vigilance). On en a vu qui s'armaient pour faire ces rondes, ou se faisaient accompagner d'un chien de garde (le prétexte de faire sortir le chien venant justifier la sortie). Quand enfin ils se résignent à se mettre au lit, ce sera avec la même attitude de vigilance et de résistance au sommeil. Ces pratiques d'évitement du sommeil perturbent parfois la vie du couple : le sujet laisse son épouse se coucher dans le lit conjugal tandis qu'il reste dans une autre pièce à lire et s'affairer, puis vaque à ses sorties, et rentre enfin se coucher sur le canapé du salon, pour ne pas réveiller l'épouse.

Agitation nocturne et somnambulisme

Un des premiers symptômes identifiés en 1888 par Oppenheim comme relevant de la névrose traumatique était l'agitation pendant le sommeil. Oppenheim précisait que cette agitation empêchait le conjoint de dormir et, dans les chambrées d'hôpital, perturbait tellement le repos des autres malades qu'il fallait isoler les traumatisés dans des chambres à part. Bien avant Oppenheim, cette agitation pendant le sommeil chez les traumatisés avait été notée par Hippocrate et Lucrèce, et elle était

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

mentionnée par Shakespeare dans sa pièce *Henri IV* (1598), quand Lady Percy dit à son époux : « Vous vous battez pendant votre sommeil, et votre esprit est si fort agité en dedans de vous que je vois perler sur votre front des gouttes de sueur, comme sur un ruisseau dont l'eau vient d'être troublée. »

L'agitation pouvait donner lieu à des conduites cohérentes, sous forme de somnambulisme, comme dans le cas du chevalier Pierre de Béarn, frère bâtard de Gaston Phébus, observé en 1388 par Froissard qui séjournait alors à la cour de ce dernier à Foix. Froissard écrit : « Dans son sommeil, croyant se battre, Pierre de Béarn se levait et brandissait son épée, risquant de blesser les siens. Comme on avait caché ses armes, il se levait la nuit en dormant, renversait les meubles et faisait un terrible tintamarre pour les chercher » (*Chroniques*, 1395).

Les conjoints nous disent que le patient traumatisé a un sommeil agité, qu'il parle en dormant, geint, se retourne sans cesse. Parfois, il croit se battre, se défend contre un agresseur imaginaire. Il arrive que le sujet tombe de son lit et se retrouve subitement dans la position du tireur couché. Dans d'autres cas, il s'agit de somnambulisme : le dormeur se lève et déambule dans sa maison, gesticule, marmonne.

> J'ai eu à examiner il y a quelques années un ancien légionnaire qui avait combattu en Indochine de 1950 à 1954 et avait été fait prisonnier à Diên Biên Phu après avoir été soufflé par l'explosion d'un obus qui l'avait laissé inconscient. Ensuite, il avait dû marcher pendant plus de trente nuits (car les Viets faisaient marcher les prisonniers la nuit et les dissimulaient dans la forêt le jour, afin de n'être pas repérés par les avions français), privé de nourriture et maltraité. Dans cette marche infernale, beaucoup de prisonniers s'écroulaient en cours de route et étaient abandonnés au bord du chemin, laissés pour morts par leurs gardiens. C'est ce qui lui arriva la trentième nuit, mais il fut recueilli par des paysannes vietnamiennes qui le soignèrent, le nourrirent pendant quelques jours et lui conseillèrent de rejoindre les lignes françaises. Mais lui, qui se sentait uni à ses camarades par un fort sentiment de solidarité, préféra les rejoindre et alla se présenter à l'entrée du camp de prisonniers, à quelques jours de marche. Les gardiens étonnés l'envoyèrent grossir les effectifs des captifs ; et, comme il

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

était en moins mauvaise santé que les autres, ils l'affectèrent à l'équipe des quelques prisonniers – qui tenaient encore debout – chargés d'enterrer les cadavres de leurs camarades qu'on retrouvait chaque matin morts de dénutrition ou de maladie. Lui et ses trois coéquipiers transportaient chaque cadavre sur une planche et l'enterraient – peu profondément parce qu'ils étaient épuisés – dans un champ transformé en cimetière. Chaque matin, lorsqu'ils venaient ensevelir de nouveaux corps, ils découvraient que les rats avaient déterré les cadavres de la veille et avaient commencé de les dévorer. Ce spectacle l'impressionna beaucoup et le culpabilisa, bien qu'il n'eût pu faire mieux.

Une fois délivré avec ses camarades survivants, après une longue captivité, il reprit son service et servit honorablement en Algérie et au Tchad, avant d'être mis à la retraite. Mais l'inactivité de la retraite, le privant des occupations de service qui faisaient diversion, fit resurgir en masse les reviviscences, les ruminations mentales morbides et les cauchemars de répétition. Or, chez lui, ces cauchemars sont somnambuliques. Plusieurs fois par semaine, en pleine nuit, en pyjama, il se lève de son lit et ne s'éveille pas malgré les exhortations de son épouse, qui le secoue en vain. Il descend l'escalier de sa chambre et va dans son jardin où il creuse des tombes avec une pioche et une pelle. Puis, il remonte dans sa chambre et se recouche, toujours insensible aux exhortations et aux secousses prodiguées par sa femme. Le matin, quand il s'éveille, cette dernière lui raconte ce qu'il a fait dans la nuit ; il ne veut pas la croire, mais elle lui montre son pyjama maculé de terre et les fosses fraîchement creusées dans le jardin. Perplexe, il est venu nous consulter pour tenter de mettre fin à cette morbide activité de somnambulisme fossoyeur.

Sommeil léger, avec réveils angoissés

Une fois endormi, le traumatisé ne connaît qu'un sommeil léger. Il dort en état subconscient d'alerte. Le moindre bruit, le moindre frôlement le font sursauter. Brusquement éveillé, dans un bref instant de déréalisation, il ne sait plus où il est. Il ignore l'environnement de sa chambre, ou ne le reconnaît pas. Beaucoup des patients traumatisés que j'ai entendus m'ont dit que, dans de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

tels réveils, ils se croient à nouveau plongés dans l'événement traumatisant. Ils sont en état de « vécu comme si… », c'est-à-dire très anxieux sur le plan psychique, écrasés sous l'impression d'un danger extrême et d'une mort imminente, et très angoissés sur le plan somatique, le corps raidi, le pouls accéléré, la gorge serrée, la respiration haletante, la sueur inondant leur corps. Cet état de déréalisation ne dure pas et, progressivement, le traumatisé revient à la réalité présente. Mais il lui reste la peur, et l'environnement de sa chambre lui paraît menaçant ou inquiétant. Et cette peur résiduelle va persister longtemps, une heure parfois, ou plus, empêchant le retour du sommeil. D'autant plus que, l'analogie de situation y aidant, les reviviscences vont revenir en force : souvenirs, ruminations mentales et même images. Parfois, le traumatisé ainsi réveillé va se lever, faire quelques pas, et laisser la lumière dans sa chambre ; il ne sera pas en disposition de se rendormir. Il arrive qu'il trouve enfin le sommeil jusqu'au matin ; mais il arrive aussi que de tels réveils angoissés fassent à nouveau irruption plusieurs fois dans la nuit.

Le cauchemar de répétition

BREF RAPPEL HISTORIQUE

Le cauchemar de répétition est le symptôme le plus connu de la névrose traumatique. L'usage a consacré le vocable de « cauchemar de répétition », alors qu'il s'agit en réalité d'un cauchemar de reviviscence involontaire et itératif, faisant obstinément revivre, au corps défendant du patient, la scène traumatique qui n'a pas été maîtrisée lors de sa survenue.

Le cauchemar de répétition était connu depuis la plus haute antiquité. On en retrouve mention dans *L'Épopée de Gilgamesh* (2200 av. J.-C.), où le roi-héros légendaire Gilgamesh rêve qu'il est attaqué par un géant, ou écrasé avec ses hommes sous une avalanche de rochers. Hippocrate (430 av. J.-C.) le mentionne dans

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

son *Traité des songes*. Un passage célèbre du *De natura rerum*, de Lucrèce (40 av. J.-C.), mentionne les rêves agités au cours desquels les chefs se revoient plongés dans la bataille et les voyageurs se voient chutant dans des précipices ou attaqués par des bêtes féroces.

> Le philosophe Pascal, après que son carrosse eut failli être précipité en 1654 dans la Seine au pont de Neuilly par ses chevaux emballés, revivait obstinément cet épisode au cours d'hallucinations diurnes et de cauchemars nocturnes ; et il appréhendait tellement ces cauchemars que, chaque soir à son coucher il disposait une chaise près de son lit pour s'assurer, en cas de réveil, qu'un vide dangereux ne jouxtât pas son lit.

On va retrouver ensuite mention de rêves de bataille dans les observations de Pinel et des médecins de la Grande Armée au sujet des soldats de la Révolution et de l'Empire. De même, des observateurs des guerres du milieu du XIX^e^ siècle, tels Henri Dunant à Solférino (1859) et Walt Whitman pour la guerre de Sécession américaine (1861-1865), en rapporteront des récits. Mais c'est la Première Guerre mondiale qui en suscitera le plus grand nombre. Les psychiatres aux armées des deux camps (Roussy et Lhermitte, 1917 ; Myers, 1916 ; Birnbaum, 1916 ; Ferenczi, 1916 ; Abraham, 1918), les mentionneront régulièrement, et l'Allemand Simmel (1918) utilisera même leur analyse à des fins thérapeutiques, dans une perspective psychanalytique.

La Seconde Guerre mondiale va confirmer cette constance des cauchemars de répétition dans les tableaux cliniques des combattants et des victimes civiles de guerre, qui seront mentionnés en particulier par Grinker et Spiegel (1945), Kardiner (1947), Sargant et Slater (1950) et Kaufman (1947). Les cauchemars de guerre sont observés ensuite chez les anciens combattants d'Indochine et d'Algérie (Crocq, 1966, 1968, 1974) ; et la guerre du Vietnam (Shatan, 1974) va donner lieu en 1980 à l'élaboration du concept de *post-traumatic stress disorder* (PTSD) dans la troisième version du *DSM*, où le cauchemar de reviviscence est reconnu comme symptôme pathognomonique.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LA CLINIQUE DU CAUCHEMAR DE RÉPÉTITION

La clinique du cauchemar traumatique mérite d'être inventoriée avec attention. Il s'agit d'un cauchemar vécu, agi, et non pas seulement contemplé. Ce cauchemar reproduit à l'identique l'événement, ou la scène traumatique, tel que le patient l'a perçu et vécu, avec son décor, ses personnages, leur action, son atmosphère (« comme un film qui se déroule, toujours le même, et suscitant le même vécu d'horreur », m'a dit un patient). Il va se reproduire ainsi, souvent, régulièrement, chaque nuit dans certains cas ; et stupidement, car il n'apporte rien de nouveau, ni aucune solution et il suscite à chaque fois la même détresse.

> Ainsi, cet ancien soldat alsacien, enrôlé à l'âge de 17 ans comme « malgré-nous » dans l'armée allemande en janvier 1945 et envoyé derechef sur le front russe à l'issue d'une formation militaire accélérée, qui se retrouve au sein de sa compagnie d'infanterie en pleine débâcle sur une route de la frontière roumaine et assiste, impuissant, à l'exécution d'un blessé russe : « Nous avons trouvé un soldat russe agenouillé au bord du fossé ; il était gravement blessé et se tenait le ventre d'où le sang s'écoulait ; nous ne pouvions pas le soigner, ni l'emmener, et le *Feldwebel* a donné l'ordre de l'achever ; nous étions toute ma section, une vingtaine, en demi-cercle autour de lui à le regarder ; il a entendu derrière lui le déclic du pistolet que le sous-officier armait et son visage a exprimé la terreur ; il a alors parcouru du regard tous nos visages, un regard de détresse ; et ses yeux se sont arrêtés sur moi ; il me fixait, suppliant ; mais je ne pouvais rien faire, ni rien dire, car – seul Alsacien dans toute une compagnie d'Allemands – j'étais suspecté de vouloir déserter et le *Feldwebel* m'avait déjà dit plusieurs fois qu'il me surveillait et qu'il m'abattrait à la moindre incartade ; la scène a duré très longtemps, avec ce blessé russe immobile et muet qui me regardait, moi le plus jeune ; il était jeune, lui aussi, du même âge que moi peut-être ; et puis j'ai vu sa tête qui sursautait, j'ai entendu la détonation et j'ai vu son corps basculer sur le côté dans le fossé… Et, dès ma captivité au camp de Tambow en Russie, et ensuite depuis mon retour en Alsace quatre ans après, chaque nuit je revois la scène en rêve, la même scène, avec tout son déroulement, le jeune soldat russe agenouillé près du fossé, qui nous regarde tous et finit par fixer ses

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> yeux sur les miens ; je revois tout cela, tout pareil, à un brin d'herbe près et je me réveille croyant y être encore, muet, horrifié et stupide… je ne pourrai jamais me débarrasser de ce rêve, et ces images me poursuivent même dans la journée. » (Crocq, 1999.)

Parfois, le cauchemar de répétition fait revivre non seulement l'événement récent, mais il y interfère le rappel d'événements traumatiques anciens. J'ai évoqué dans la leçon précédente le cas de M. V…, ce patient présenté par Charcot dans ses *Leçons du mardi* (1890), qui était sujet à des cauchemars d'un accident récent, et aussi des combats de Magenta et de Palestro auxquels il avait participé vingt ans auparavant.

FONCTION ET SIGNIFICATION DU CAUCHEMAR DE RÉPÉTITION

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le cauchemar de répétition est fondamentalement différent du rêve ordinaire. Au lieu de présenter des décors imaginaires, ou composés de bribes de décors familiers qui ne devraient rien avoir à faire ensemble, il présente obstinément le décor réaliste de la scène traumatique, « à un brin d'herbe près ». Au lieu de faire intervenir des personnages fictifs ou de faire se rencontrer contre toute vraisemblance des personnages connus du rêveur mais qui n'auraient rien à faire ensemble, il fait revenir ceux qui étaient réellement là lors de l'événement. Au lieu de leur faire énoncer des paroles nouvelles, étonnantes, il leur fait proférer les mêmes mots qu'ils avaient dits dans la scène réelle. Au lieu de leur faire faire des actions inattendues ou bizarres, il les fait exécuter les mêmes gestes concrets qu'ils avaient effectués dans le réel. Au lieu de faire vivre une nouvelle scène dans une atmosphère de merveilleux ou d'étrange, il s'obstine à répéter la même scène, dans la même atmosphère de danger et de détresse. Enfin, au lieu d'apporter au rêveur les satisfactions dont il a été privé dans la vie, selon le principe « hédonique » du rêve cher à Freud, il lui fait revivre sans cesse son malheur (Freud, 1920).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Mais, à y regarder de plus près, on s'aperçoit que le cauchemar de répétition conserve quelques analogies avec le rêve normal et, par là même, peut offrir au rêveur une amorce d'échappatoire à l'emprise de la névrose traumatique. Tout d'abord, dans d'assez nombreux cas, le patient vit son cauchemar de répétition dans une atmosphère d'étrangeté et il en est conscient, à son réveil et parfois même pendant le rêve.

> Ainsi, ce militaire, qui avait été marqué par une captivité très éprouvante dans un camp du Viet Minh, revivait fréquemment en rêve, et ce quarante ans après, les épisodes les plus tragiques de cette captivité. Or voilà qu'au cours de sa thérapie il rêva qu'il était prisonnier, mais dans son rêve il se disait : « Voilà que tu t'es encore fait prendre ! », faisant implicitement référence aux périodes de sa vie antérieure et postérieure à sa captivité. Il y avait dans ce constat d'étonnement et d'autoreproche une amorce pour replacer le trauma dans la continuité de sa vie, entre un avant et un après, et aussi une amorce pour lui attribuer un sens (Crocq, 1999).

Dans d'autres cas de figure, chez des anciens combattants qui ont participé à plusieurs guerres, le cauchemar totalise plusieurs traumas appartenant à des guerres différentes.

> Ainsi, un militaire, qui avait participé successivement à la Seconde Guerre mondiale, à la guerre d'Indochine et à la guerre d'Algérie, faisait des rêves de bataille où il était assailli à la fois par les Chleuhs (les Allemands), les Viets et les Fellaghas. Et, le lendemain, quand il me racontait son rêve, il confondait la rivière, l'arroyo et l'oued (Crocq, 1965).

Là aussi, il y a amorce pour replacer les événements traumatiques dans la continuité fluide de la vie.

Dans d'autres cas, des éléments symboliques viennent se mêler aux éléments concrets du cauchemar traumatique.

> Un ancien combattant de la Libération, qui avait été fait prisonnier des Allemands et brutalisé lors de son arrestation, revivait son arrestation dans ses rêves. Mais, au bout de plusieurs années, dans ses rêves, les soldats allemands qui l'avaient arrêté étaient remplacés par leurs seuls casques,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

sans têtes dessous. Il se voyait simplement entouré de casques allemands, dans une atmosphère d'étrangeté, mais toujours avec l'impression d'être piégé (Crocq, 1999).

Le songe que fit Xénophon en 401 av. J.-C. alors qu'il participait à l'expédition des Dix Mille au centre de la Perse, rapporté au début de l'*Anabase* (livre III, chapitre 1), est intéressant parce que, d'emblée, dès le rêve qui suit l'événement traumatisant, un morceau de symbolique s'immisce dans le rêve et permet de découvrir (ou d'attribuer) du sens dans le contexte absurde et menaçant du reste du rêve. Voici ce dont il s'agit.

Les dix mille mercenaires grecs recrutés en Asie Mineure par le prétendant Cyrus le jeune pour détrôner son frère Artaxerxès Ménon, roi de Perse, sont désemparés par la perte de leur commanditaire, tué à la bataille de Cunaxa, près de Babylone. Le général de l'armée ennemie, le satrape Tissapherne, invite alors tous les chefs grecs à des pourparlers de paix et les fait traîtreusement assassiner. Seul, Nicarque réchappe de ce guet-apens et court avertir le camp grec, auquel il parvient expirant, « en retenant ses entrailles entre ses mains », tableau propice à semer la frayeur et l'horreur chez les témoins de cette arrivée. Privés de leurs chefs, isolés loin de leur patrie au centre de l'immense empire perse, entourés par une armée ennemie innombrable, les combattants grecs sont découragés, désespérés. La nuit tombe sur le camp grec ; chacun rumine des pensées sombres et a du mal à trouver le sommeil. Et voici ce qui arrive à Xénophon.

Dans l'embarras où l'on était, il (Xénophon parle de lui à la troisième personne) partageait l'affliction générale et ne pouvait dormir. S'étant néanmoins assoupi, il eut un songe. Il crut voir la foudre tomber sur la maison de son père et y mettre le feu, l'environnant de flammes. Épouvanté, il s'éveilla en sursaut. D'une part, parce que les flammes l'environnaient en cercle, comme lui-même était encerclé par l'armée du Roi perse, il craignait de ne pouvoir sortir de ce pays, d'autant plus que ce songe lui paraissait venir de Zeus, qui est roi comme Artaxercès est roi de Perse ; mais d'autre part, parce que Zeus, qui détient et qui lance la foudre, lui avait ainsi envoyé la lumière, pour l'éclairer, il pensa que le songe pouvait lui être favorable. Quelle était donc la signification de ce songe ? Aussitôt éveillé, la première pensée de Xénophon fut : « Qu'est-ce que je fais ici,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

étendu ? Pendant ce temps, la nuit s'avance et il est probable que l'ennemi va arriver avec le jour. Si nous tombons au pouvoir du roi, rien ne nous préservera, après avoir souffert les plus atroces tourments, de périr dans le déshonneur. Or personne ne songe à préparer ni organiser la défense, et nous restons tous couchés, comme si c'était le moment de se reposer… Quel âge révolu dois-je atteindre pour me proposer moi-même comme stratège ? Il est bien certain que si je me livre à l'ennemi, je n'aurai pas le temps de vieillir… »

Là-dessus, Xénophon se lève, convoque les lochages (les sous-officiers) de l'armée et leur tient le célèbre discours qui, stigmatisant la perfidie, la lâcheté et la barbarie des Perses (qui avaient profané les cadavres), exaltant la combativité et la supériorité technique des Grecs, ranime leur courage et entraîne leur détermination à se battre plutôt que de se rendre honteusement. Et c'est la suite de l'aventure des Dix Mille qui, sous la conduite de Xénophon et de Chirisophe et au prix de pertes très minimes lors de multiples escarmouches, vont faire retraite jusqu'aux ports grecs de la mer Égée où ils vont trouver le salut.

Le morceau de symbolique immiscé dans le rêve traumatique avait permis un processus d'association d'idées, et l'exploitation de ces idées vers une solution heureuse.

Ferenczi (1932), mentionnant cette possibilité « traumatolytique » de la répétition, proposait une nouvelle analyse du cauchemar de répétition « en état de transe », pour amorcer cette intégration du trauma dans la vie à partir de ces « restes diurnes », mentionné par Freud au sujet du rêve, et qui établissent un pont de significations entre la vie réelle et la vie onirique. D'une manière plus générale, toutes les répétitions traumatiques – dont celle du cauchemar – traduiraient un effort du patient pour assurer sur sa représentation imaginaire la maîtrise qui n'a pu être assurée à l'instant de la survenue de l'événement. Fenichel (1945) y voit une tentative de fractionnement et d'atténuation du trauma, ainsi que l'opportunité d'y interposer une anxiété anticipatrice qui a fait défaut lorsque l'événement est survenu par surprise. Toutefois, l'expérience montre que le cauchemar de répétition peut se reproduire pendant toute la vie du patient, sans qu'aucune amélioration ne se manifeste. N'oublions pas que Freud avait précisé,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dans sa *Communication préliminaire* de 1893 que la thérapie cathartique consiste non seulement à faire revivre l'expérience traumatique assortie de toute sa charge d'affects (pour libérer les affects restés coincés), mais encore de faire associer à son sujet, de « faire réinscrire l'événement dans le grand complexe des associations » ; sans quoi, les abréactions peuvent se reproduire à l'infini sans apporter de solution.

Conclusion

Les troubles du sommeil – résistance à l'endormissement, agitation nocturne, réveils angoissés et cauchemars de répétition – sont des symptômes propres aux états psychotraumatiques. Parmi eux, le cauchemar de répétition reste un mystère. Est-il la marque de la malédiction du trauma qui s'acharne à imprimer son empreinte sur le conscient et le subconscient ? Est-il le signe d'un effort du patient pour se dégager de l'emprise du trauma en le précédant d'une anxiété anticipatrice et laissant espérer une habituation par répétition ? Est-il enfin le lieu onirique où, un jour, un morceau de signifiant pourra s'immiscer dans les reviviscences d'éprouvés bruts et insensés, autorisant une démarche associative attributive de sens et, par là, la réinscription de l'événement dans la continuité fluide de la vie ?

La solution préconisée par Ferenczi, de faire rêver en état de transe, rejoignant celle de Freud de faire revivre l'événement *in statu nascendi*, assorti de toute sa charge d'affects, et de faire associer à son sujet, semble ouvrir une porte. Des psychiatres aux armées, lors des deux guerres mondiales, ont pratiqué cette méthode de reviviscence contrôlée sous hypnose (rappelons qu'en 1893 Freud pratiquait l'hypnose dans son approche cathartique) et ont obtenu des guérisons, surtout si une psychothérapie de soutien venait relayer les premiers acquis de l'hypnose. D'autres psychiatres aux armées, dès 1916 (Dawson, Hurst,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Milligan), puis entre 1939 et 1945 (Sargant et Slater, Grinker, Kaufman) et après (Crocq, 1966, 1968 ; Kolb, 1985), ont provoqué des reviviscences du trauma non seulement sous hypnose mais aussi sous sommeil ou demi-sommeil chimique, sous narcose au chloroforme, à l'éther puis au penthotal. Là aussi, il semble qu'une psychothérapie de relais, exploitant les associations et significations énoncées sous narcose, soit la clé de la guérison ou, du moins, de l'amélioration.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

11e LEÇON

Trauma et résilience

Le mot « résilience » a connu depuis quelques années aux États-Unis puis en Europe un engouement étonnant, tant chez les personnels de santé mentale qu'auprès du grand public. En France, le thème a donné lieu à de nombreuses publications à partir des années 1990, dont le célèbre ouvrage de Boris Cyrulnik, *Un merveilleux malheur* (1999), et celui de Jean-Pierre Delage, *La Résilience familiale* (2001). En gros, le terme désigne la capacité que des sujets poursuivis par un mauvais sort ou frappés par un traumatisme ont – à eux seuls ou avec l'aide de membres de leur famille, de collègues, d'amis ou d'organismes sociaux divers –, de se dégager de ces emprises, d'annihiler leur souffrance psychique et de récupérer un état psychique sain, équilibré et harmonieusement inséré dans leur milieu. Qui plus est, dans certains cas, la personne résiliente sort de ses épreuves plus forte qu'auparavant, mieux armée pour faire face à l'adversité et participant activement à l'accomplissement de son destin. En gros, on qualifie la résilience comme la faculté de « rebondir ». Ce message optimiste du mot résilience vient donner de l'espoir aux victimes frappées par un événement traumatique ou ayant subi des maltraitances, des privations affectives ou d'autres malheurs, et dont la tradition disait qu'« elles ne s'en remettront pas » et qu'elles ont été « marquées pour toujours ».

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Considérations préliminaires

ORIGINE ET SIGNIFICATION DU MOT RÉSILIENCE

Le mot « résilience » vient du verbe latin *salire*, qui signifie « sauter » ou « bondir ». Transposé aux langues occidentales modernes – anglais, français, italien, espagnol, allemand, batave et scandinave – et précédé du préfixe « ré- », il peut signifier « rebondir », bien qu'une tradition antérieure lui ait donné une autre signification : résilier un contrat, c'est y mettre fin. Quoi qu'il en soit, le mot dans son sens de « rebondir » nous vient de l'anglais, et il n'apparaît que tardivement dans le vocabulaire français (il ne figure pas dans le *Littré* de 1880, ni dans le *Larousse* de 1937).

En fait, initialement, le terme « résilience » a été appliqué d'abord à la métallurgie, où il désigne la résistance d'un métal à la pression, à l'étirement ou à la torsion, et évoque des propriétés d'élasticité et de retour à l'état antérieur. Après un détour par les États-Unis d'Amérique, il nous en revient, avec une transposition au psychisme : il désigne alors la capacité qu'a le psychisme humain soit de résister à une agression traumatique (mais il s'agit plus de résistance que de résilience), soit, surtout, de se dégager des effets d'un trauma pour récupérer un équilibre satisfaisant.

Notons tout de suite cet emprunt à partir la métallurgie et ses implications. Cela revient à dire que le psychisme peut être résistant et tenir bon face à des forces visant à le déformer ou l'altérer, sinon le briser ou le détruire. Cela signifie aussi que le psychisme est élastique et peut retrouver son état initial – forme, qualités et structure – après une agression qui aurait provoqué des déformations ou des altérations transitoires. Notons aussi que cette transposition de la métallurgie fait écho à une autre transposition, similaire, qui est celle du mot « stress » (déformation, transitoire ou définitive, subie par un métal soumis à des forces de pression, étirement, torsion) ; transposé à la pathologie psychique, le mot

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

stress désigne l'altération, transitoire ou définitive, du psychisme agressé par des forces venant de l'extérieur.

PREMIERS TRAVAUX SUR LA RÉCUPÉRATION PSYCHIQUE APRÈS PRIVATION AFFECTIVE OU TRAUMA

Ce sont les travaux d'Emmy Werner (1989), professeur de psychologie à l'Université du Nebraska (États-Unis), qui sont à l'origine de cette application du concept à la clinique humaine. Dans les années 1950, alors qu'elle travaillait à Hawaii, elle avait eu à s'occuper de plusieurs centaines d'enfants victimes de carences affectives, familiales et sociales, avec des conséquences néfastes sur la santé et le développement intellectuel. Or, trente ans plus tard, elle en a retrouvé deux cents. 72 % d'entre eux avaient connu – comme on pouvait s'y attendre d'après les travaux de Spitz et de Bowlby – une évolution désastreuse de leur état psychique et de leur insertion sociale. Mais, constatation surprenante, 28 % ne présentaient aucune déficience ni aucun trouble psychique, avaient fondé une famille, avaient appris un métier et s'étaient constitué une insertion sociale satisfaisante. Avant Emmy Werner, Anna Freud et Suzan Dann (1951), ayant suivi pendant plusieurs années des enfants rescapés du camp de concentration de Theresienstadt, avaient observé que ceux qui avaient été rapidement adoptés dans des familles d'accueil avaient rattrapé leur retard de développement et s'étaient bien adaptés à leur nouvel entourage affectif, tandis que ceux qui n'avaient pas eu cette chance et qui avaient été ballottés de centres de transit en centres d'accueil présentaient de graves perturbations affectives et cognitives : aux effets néfastes de la séparation d'avec le milieu parental, de la carence affective, des privations orales et de la menace exercée par les gardiens du camp s'étaient ajoutées l'instabilité et l'insuffisance des environnements affectifs qui avaient suivi la Libération.

Des psychologues et des chercheurs (Rutter, 1985 ; Cyrulnik, 1999, 2010 ; Delage, 2001, 2002) se sont penchés sur le mystère de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

ce rattrapage et ont défini le phénomène de résilience comme déterminé par une conjonction de processus neurobiologiques, psychoaffectifs et socioculturels. Notons que les travaux sur la résilience portent sur le rebondissement et la reconstruction de la personne après deux sortes de malheur possibles : d'une part des conditions de privation affective et de carence familiale et sociale, ou autre maltraitance prolongée ; et d'autre part la survenue subite d'un événement traumatisant unique, à un âge quelconque de la vie, soit chez des personnes jusqu'alors psychiquement saines et bien adaptées, soit chez des individus psychiquement vulnérables ou même grevés d'antécédents psychiatriques avérés.

Clinique et facteurs de la résilience

RÉSISTANCE OU RÉSILIENCE ?

Des auteurs anglo-saxons, comme Ursano (1996) et MacFarlane (1996), se sont penchés sur cette question de la résilience, ou faculté de rebondir. Ils distinguent la résilience immédiate et la résilience ultérieure.

Pour MacFarlane (1996), les critères de la *résilience immédiate* sont l'absence de vécu dissociatif à l'instant du trauma et l'absence de symptômes psychotraumatiques suivant immédiatement l'événement. Quant à la *résilience ultérieure*, une fois que le sujet est traumatisé et présente un syndrome psychotraumatique durable, elle consisterait à faire disparaître ce syndrome, plus ou moins rapidement ; elle serait plurifactorielle, dépendant de la personnalité antérieure (capacité à assimiler tardivement et à rebondir) et des appuis (soins, encouragement de l'entourage, etc.) dont le sujet pourrait bénéficier dans ses efforts pour se dégager du trauma. Ainsi, le même mot « résilience » recouvrirait deux phénomènes différents : la résilience immédiate (ou résilience primaire) et la résilience ultérieure (ou résistance secondaire).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LA RÉSILIENCE IMMÉDIATE, OU RÉSILIENCE PRIMAIRE, OU RÉSISTANCE

La résilience immédiate est la capacité de certains individus de résister à l'agression et de faire en sorte que cette agression ne provoque aucune altération dans leur psychisme ; un tel phénomène doit être dénommé « résilience primaire » ou « résistance ».

Pour Alexander MacFarlane et Rachel Yehuda (1996), cette « résilience au moment du trauma » (*resilience at the time of the trauma*) dépendrait en partie du type d'agression traumatisante. Ainsi, dans un accident de voiture, la probabilité pour la victime de présenter une réaction pathologique immédiate est faible, limitée à la peur immédiate, surtout si cette victime a eu le temps de mettre en place une anxiété anticipatrice et si elle a pu bénéficier de secours et de soins précoces. De même, en matière d'agression sexuelle, autant une agression inattendue et violente risque d'être traumatisante, autant des agressions répétées, perpétrées par le même agresseur pendant une longue période, peuvent laisser à la victime la possibilité d'anticiper l'agression et de mettre en place des stratégies pour y faire face (*coping*) ou les supporter. Cette réflexion théorique semble infirmée toutefois par les constats de l'expérience clinique.

Comme critère de résilience immédiate, MacFarlane note l'absence de réaction dissociative (effroi, horreur, incompréhension, désorientation, arrêt de la pensée, impression d'absence de secours, détresse). Cette réaction dissociative est liée à la nature et à la violence de l'événement « potentiellement traumatique », mais elle est liée aussi à la vulnérabilité individuelle du sujet : 1) vulnérabilité constitutionnelle ou installée depuis l'enfance, 2) vulnérabilité de conjoncture (sujet épuisé ce jour-là, ou démoralisé, ou privé de soutien social), et 3) vulnérabilité de résonance affective (par exemple, un père de famille peut être plus affecté par la vue d'un cadavre d'enfant qu'un célibataire) (Crocq, 1999).

Cependant, tous ces « facteurs » de résilience doivent être considérés avec circonspection. Sargant et Slater, au lendemain

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

de la Seconde Guerre mondiale (1950), disaient qu'il y avait des situations de combat où seuls les individus les plus fragiles vivaient l'événement sur le mode du trauma, et d'autres situations tellement brutales, intenses et vulnérantes que personne n'échappait à l'expérience traumatique (« *no one was immune* »). Mais, dans la majorité des cas de figure, l'événement peut être traumatisant pour un sujet et pas pour un autre ; et traumatisant pour tel sujet aujourd'hui, dans telles circonstances de fatigue, d'environnement matériel, de soutien social et de climat moral, alors qu'il ne l'eût pas été la veille et ne le serait pas le lendemain, dans d'autres circonstances et d'autres états d'âme. Et Freud avait bien insisté sur cette relativité de l'expérience traumatique, qui se réduisait en dernière analyse à un rapport de force entre les excitations apportées par l'événement extérieur et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses psychiques qui en recevait l'impact.

Ursano *et al.* (1996) préconisent des actions de « prévention primaire » pour préparer les individus à faire face à l'événement potentiellement traumatisant. Leurs programmes de prévention, plus destinés aux sauveteurs et soignants qu'à la population générale, comprennent : l'information sur les événements agressants et leurs effets, le développement de l'aide entre camarades (*buddy aid*), l'organisation du groupe, la gestion de la fatigue, du stress et du sommeil, la gestion de l'exposition à la situation stressante (vacations, relèves) et l'entraînement.

Raphael (1996) étend la prévention primaire aux opérations d'intervention immédiate sur le terrain : première aide psychologique, lutte contre les effets de sidération et de « membrane traumatique » qui grèvent les capacités de communication des victimes et, d'une manière générale, satisfaction des besoins des rescapés (besoins matériels, besoins physiques, besoins cognitifs et besoins affectifs).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LA RÉSILIENCE SECONDAIRE

Le sujet résilient : seul ou aidé

Mais c'est la résilience secondaire qui doit retenir toute notre attention. Elle désigne la capacité de certains individus, une fois qu'ils ont subi un événement traumatisant et qu'ils présentent un tableau clinique psychotraumatique, de se dégager de l'emprise du trauma et de se débarrasser de leurs symptômes psychotraumatiques. Ils reviendraient à leur état psychique antérieur, émergeant de leur inhibition pour reprendre une vie active, ils « rebondiraient ». Disons tout de suite qu'à la différence de l'acier le psychisme d'un sujet traumatisé ne revient jamais au *statu quo* antérieur, mais à un nouvel état d'équilibre satisfaisant. La guérison ne consiste pas à « oublier » le trauma, mais à s'en souvenir autrement.

Comment un individu qui vient de subir un trauma parvient-il à se dégager des effets morbides persistants de celui-ci ? Il peut mobiliser ses ressources personnelles, son énergie et maintenir sa détermination à ne plus subir l'« imposture » des effets du trauma. Aussi, la résilience dépend-elle de la personnalité antérieure du sujet, de son courage et de ses capacités d'adaptation. Il peut aussi – au lieu de mener cet effort dans la solitude – bénéficier du soutien de son entourage, familial, professionnel et social. Ce soutien, tout en témoignant de la compréhension empathique, ne doit pas sombrer dans la compassion et la commisération, qui perpétuent l'état de victime, ni dériver vers le déni et le rejet, qui renverraient le sujet à son amère solitude. Delage (2002) a exploré les mécanismes de cette contribution familiale à la résilience : affirmation explicite de la solidarité avec la victime, renforcement de l'« enveloppe psychique » protégeant contre toute nouvelle menace, construction d'un cadre soutenant l'activité de pensée et facilitant le « récit actif » en utilisant les valeurs, les croyances, les symboles et les rituels propres à l'histoire familiale, développement de la communication intrafamiliale et, d'une manière

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

générale, « aide à la mentalisation et à l'historiation de l'expérience subie ». L'entourage professionnel et le cercle social des amis peuvent apporter de semblables soutiens et accompagnements.

Mais, pour explorer le mécanisme intime du processus de résilience, il convient d'examiner d'abord l'état post-traumatique qui doit être réduit. Puis nous pourrons examiner l'action de la résilience

L'état post-traumatique à réduire

Pour décrire et caractériser l'état post-traumatique, il suffit de récapituler brièvement ce qui a été exposé dans la quatrième leçon (pathologie différée et chronique : névrose traumatique et état de stress post-traumatique). Nous retiendrons les quatre éléments suivants.

- *Fixation au trauma et syndrome de répétition*

Ce qui caractérise d'abord les suites de l'impact du trauma, c'est la fixation exclusive, morbide, que le sujet a effectuée sur la souvenance de son expérience (il s'agit de la souvenance constituée d'éprouvés bruts et non pas d'un souvenir construit et mentalisé). Cela se traduit dans le syndrome de répétition, intrusif, qui fait revivre au sujet son expérience traumatique obstinément et malgré sa volonté et ses efforts pour ne plus y penser (mais s'efforcer de ne plus y penser, n'est-ce pas s'y référer sans cesse ?). Il s'agit d'ailleurs d'un attachement morbide, fascinant, et en secret jalousement préservé, d'une servitude volontaire. On s'en rend compte, lors des conversations avec les patients, à la réticence qu'ils opposent à toute tentative d'intrusion d'un tiers, fût-il thérapeute, dans le secret intime de cette expérience. Des plaintes sur les conséquences, ils veulent bien en livrer ; mais des épanchements communicatifs sur le vécu intime, non !

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

• *Suspension du temps vécu*

Ce qui caractérise ensuite la névrose traumatique, c'est le bouleversement du temps vécu. Nous sommes en présence de sujets qui n'ont plus d'histoire fluide. Leur temps s'est arrêté, suspendu, à l'instant du trauma. Cet instant du trauma est omniprésent, mais figé, momifié. Il ne laisse pas de place au vécu du présent, ce vécu particulier et fugace, qui n'est déjà plus ce qu'il vient d'être et pas encore ce qu'il va être, et pas pour longtemps. Il ne promet plus d'avenir, car il reproduit à l'infini un passé immuable, momifié. Et il ne comporte plus de passé riche, « sursitaire », de passé remis en cause à chaque instant en fonction des évocations d'aujourd'hui. Il a aligné une fois pour toutes le passé sur l'expérience traumatique, comme une illusion rétrospective.

• *Altération de la personnalité*

Une autre caractéristique de l'état mental des sujets atteints de névrose traumatique est l'altération de la personnalité. Tous les traumatisés s'en plaignent. À partir du bouleversement traumatique initial, qui a impliqué vécu d'étrangeté, perte des repères spatio-temporels, déréalisation et dépersonnalisation, il s'est installé un processus qui, sans aller jusqu'au changement complet de personnalité (comme le prétendent certains patients), implique toutefois des altérations profondes de la personnalité. Les patients disent qu'ils ne se reconnaissent pas, que leurs parents et amis les trouvent changés, que l'environnement ne leur est plus familier, qu'ils ont l'impression que les autres ne peuvent plus les comprendre et qu'eux-mêmes ont perdu non seulement leur curiosité pour le monde, mais aussi leur capacité d'affection pour autrui, tout en étant insatiables dans leur exigence régressive d'être aimés par autrui.

• *Le non-sens du trauma*

Enfin, dernière caractéristique, et non la moindre : l'absence de signification, le non-sens qu'a constitué l'expérience traumatique. Il est arrivé quelque chose qui a court-circuité les défenses

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

d'attribution de sens. Ce qui a fait irruption, lors de l'expérience traumatique, c'est le réel brut de la mort et du néant, qui n'a pas eu le temps d'être habillé en réalité sensée ; faute de représentation mentale de cette mort advenante, pour la bonne raison qu'il n'y a jamais eu de présentation préalable. Le sujet a été mis « par surprise » en présence du mystère du néant de ses origines, ce néant d'où il est venu et où il doit immanquablement retourner, sans jamais savoir ce que c'est, ce néant dont il a la certitude sans jamais pouvoir accéder à la connaissance.

Mécanismes de la résilience secondaire

Comment donc sortir de ce labyrinthe ? Le sujet sera guéri, dégagé de son trauma, lorsque : 1) il aura cessé de s'y fixer par la répétition et d'y consacrer un attachement jaloux ; 2) il se sera dégagé de la gangue du temps figé pour remettre en route la succession fluide de son temps vécu et inscrire le souvenir (et non plus la souvenance) de son aventure traumatique dans son histoire de vie, entre un avant et un après ; 3) lorsqu'il se sera débarrassé de cette imposture qui est sa personnalité traumatique, pour non pas retrouver son ancienne personnalité, mais pour se forger une personnalité plus libre, affranchie des contraintes et des blocages, et constituée des éléments de son ancienne personnalité et d'éléments nouveaux, apportés par la sagesse de sa guérison ; et 4) lorsqu'il aura trouvé le sens profond de son aventure, attribué un sens là où il y avait non-sens, une signification dont il était seul dépositaire, à son insu.

- *Aspect dynamique : l'effort de résilience*

Tout cela représente une activité, un effort, ou même un travail mental. Dans les écrits de Freud, en langue allemande, la racine *Arbeit* (« travail ») figure explicitement dans les substantifs qui désignent cette activité : *Verarbeitung*, *Bearbeitung*, *Ausarbeitung*, et *Aufarbeitung*, pour bien montrer qu'il s'agit d'un travail (un travail mental) qui consomme de l'énergie et qui se déroule dans le temps. On retrouve le mot *Arbeit* dans les vocables

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Traumarbeit et *Trauerarbeit* : « travail de rêve » et « travail de deuil ». Quoi qu'il en soit, le *Verarbeitung* et ses synonymes se réfèrent à une activité psychique qui : 1) transforme de l'énergie (en la liant ou en la dérivant) ; 2) en liquide le trop-plein dans l'abréaction émotionnelle visant à la décharge des affects restés coincés ; 3) la canalise en la référant par voie associative au réservoir des signifiants du sujet (et ce faisant opère une transformation du quantitatif en qualitatif) ; 4) par là même fait le pont entre le registre économique et le registre symbolique ; et 5) met fin à l'isolement du corps étranger traumatique.

Il s'agit là des objectifs de la méthode cathartique, que Freud a prônée dès 1893 (*Communication préliminaire*), et qui consiste à faire revivre au patient son expérience traumatique, assortie de tout l'arriéré de sa charge émotionnelle et à faire associer à son sujet. Freud distingue l'abréaction insuffisante, ou simple reviviscence émotionnelle, qui peut se répéter à l'infini sans apporter autre chose qu'un soulagement précaire, de l'abréaction « adéquate », qui d'une part liquide la totalité des affects coincés, et d'autre part « réinscrit l'événement dans le grand complexe des associations » ; elle seule procure ce soulagement éclairé durable qui est la *catharsis*.

Les mécanismes de cette résilience comprendraient ainsi un élan dynamique, impliquant des attitudes, des actes et des comportements qui se traduisent par un « rebondissement ». Et, pour certains cliniciens (Ursano, 1987, 1996), ce mécanisme de rebond serait initié et déterminé par l'effet énergisant du trauma lui-même. Ursano indique qu'une expérience traumatique peut être le pivot autour duquel une victime peut réorganiser une vie antérieurement incohérente et réorienter ses buts et ses valeurs (1996). L'événement traumatique se révèle alors comme un « organisateur psychique », ou une « colle psychique », ayant pour fonction de lier les affects, les cognitions et les comportements qui seront plus tard suscités par des stimuli biologiques, environnementaux ou symboliques. Ainsi, dans certains cas, la résilience aurait pour effet de rendre les individus meilleurs qu'auparavant, plus forts, plus cohérents, davantage capables de résister aux

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

agressions et de faire face aux avatars de l'existence, plus sereins ; justifiant ainsi le qualificatif de « merveilleux malheur » proposé par Cyrulnik (1999) qui, lui, utilise la métaphore de l'oxymoron (association en rhétorique de deux termes antinomiques) pour souligner que la résilience unit « la faiblesse et la force, la douleur et le triomphe ». Sur le plan pratique, on observe l'adoption de nouveaux comportements traduisant une meilleure insertion dans le monde et une reconquête de l'autonomie. On passe donc du domaine affectif au domaine cognitif, au domaine volitionnel, puis au domaine comportemental.

Et, à ce sujet, rappelons la conception de Kardiner en matière de trauma (1941, 1947), qui a été mentionnée dans la première leçon : plutôt que l'*ego affectif* freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner se réfère à un *ego effectif*, chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modification de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). Sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'*ego effectif* agressé que la contraction sur soi ou la dissociation. D'où les symptômes d'inhibition, de distractibilité, les conversions, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. On peut conjecturer que, dans la résilience, ce serait cet *ego effectif* qui serait activé.

- *Aspect « élaboration signifiante »*

Certains psychanalystes français traduisent le mot allemand *Arbeit* par le terme « élaboration ». Ainsi, une des fonctions de la résilience serait de donner du sens à l'événement traumatique afin de l'intégrer dans l'histoire de vie.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Cette élaboration va s'effectuer par la parole, mais pas n'importe quelle parole. Il ne s'agit pas d'un récit factuel, qui ne ferait qu'enfoncer le patient dans le flot infernal de ses immuables répétitions. Il s'agit au contraire d'une énonciation « maïeutique », naïve, au cours de laquelle le patient ne sait pas à l'avance ce qu'il va proférer. Au fur et à mesure qu'il improvise des mots et une grammaire pour exprimer – extérioriser, objectiver et réduire – cet inconfort ou cette souffrance qu'il ressent jusqu'alors comme un tourbillon en lui, cette expérience brute constituée d'éprouvés sans représentations et qui l'a envahi par la voie des sensations, au fur et à mesure donc qu'il « s'énonce » (pour reprendre le vocable avancé par Deleuze en 1819 au sujet du traitement par somnambulisme ou sommeil lucide, rapporté par Barrucand, 1967), il qualifie cette expérience jusqu'alors indicible avec des mots appartenant à son réservoir de significations et il attribue et découvre en même temps le sens intime, profond, existentiel, de cette expérience.

Ce rôle du langage pour se dégager de l'emprise du trauma a été très bien explicité par Pierre Janet, dans le tome II de son ouvrage *Les Médications psychologiques*, paru en 1919. Pierre Janet a recours à la parabole de la sentinelle, que ses chefs ont envoyée à proximité de l'ennemi non pour se battre mais pour le surveiller et rapporter des renseignements. Cette sentinelle, plongée dans une situation propice à engendrer la peur, d'une part exécute des mouvements adaptés qui la dissimulent au regard de l'ennemi et assurent sa sauvegarde, et d'autre part met ce qu'elle observe en mots, traduit l'événement en paroles intérieures. Et, une fois de retour au camp, elle ne va pas reproduire les gestes de sauvegarde qu'elle a exécutés lors de sa mission, mais va reproduire son discours, qui, à la différence des mouvements, peut être reproduit dans des circonstances différentes de celles où il est né. Ce discours a fait intervenir une opération de « mémoration », qui a fait appel à des mots et à des symboles, et il est reproduit par « remémoration », en réponse à une question. On est passé de la perception brute de l'événement à l'élaboration d'un produit cognitif et transmissible à autrui.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

À la différence de la réminiscence traumatique (terme emprunté à Freud), qui est une hallucination répétant la perception et l'éprouvé brut, la mise en mots et l'élaboration d'un discours sont des opérations d'un niveau supérieur, qui se dégagent du vécu initial en l'objectivant et en y apportant du sens. Et, pour préciser la transformation qui s'opère à ce moment-là dans l'esprit du patient, Janet reprend ce que Charcot et Legrand du Saulle disaient de l'aveu : « Quand un malade s'est résolu à raconter son histoire, son état mental change. Qu'est-ce que l'aveu ? C'est la formulation verbale qui se fait aux autres, mais qui a commencé à se faire à soi-même. Il y a une grande différence apportée par le langage. La prise de conscience est toujours une opération psychologique d'un ordre plus élevé que l'acte même dont elle prend conscience. Elle comporte des degrés, elle permet d'intégrer de nouvelles appartenances, de s'approprier ce qui est sien et qui pouvait antérieurement être perçu comme étranger ou exclu de soi. »

Et Janet va parachever la thérapeutique en invitant à l'intégration de ce souvenir (reconstruit) dans l'histoire de vie : « Le ranger dans l'histoire de notre vie que nous construisons sans cesse et qui est un élément essentiel de notre personnalité… comme un chapitre de notre propre histoire. »

On peut donc parler de résilience car, que cette parole soit incitée au cours d'une thérapie, à la faveur d'une abréaction cathartique, ou qu'elle soit spontanée, survenant à l'improviste au cours d'une conversation ou silencieusement proférée comme parole intérieure, ou formulée dans des rêveries ou énoncée dans un rêve, il s'agit d'une parole qui appartient au sujet, qui est son fait et qui dessine et révèle un secret dont il était détenteur sans le savoir. C'est en lui que résidaient ces réserves, ces potentialités insoupçonnées, et il a effectué l'opération, le travail mental d'élaboration. Résilience se confond donc avec guérison, puisqu'en fin de compte, en matière de trauma, ce n'est pas le thérapeute qui guérit le patient, mais c'est toujours le patient qui se guérit lui-même.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les progrès de cette élaboration résiliente se manifestent souvent au cours de l'évolution des rêves. Dans cette évolution, il arrive un moment où l'activité onirique du dormeur, tout en continuant à présenter des cauchemars de répétition qui reproduisent à l'identique l'expérience traumatique inaugurale, introduit dans ces scènes de reviviscence des morceaux de signifiants étrangers à cette expérience et appartenant à son réservoir de significations personnelles et culturelles. Ces morceaux vont permettre de faire le pont entre l'univers incompréhensible du cauchemar traumatique et le monde fantasmatique et symbolique qui régit la vie historique du sujet, à la fois personnelle et culturelle. Et, lorsqu'au réveil le patient se souviendra de son rêve, il se sentira changé, il aura déjà mis un pied dans le champ de la guérison.

Commentaire conclusif

La résilience serait-elle alors un vocable superfétatoire, qui se confondrait avec le processus d'élaboration psychique conduisant à la guérison ? Dans la mesure où la thérapie opère un travail mental de transformation des énergies nocives du trauma et d'attribution de signifiant au non-sens de l'expérience traumatique, elle repose sur un travail d'élaboration, au sens psychanalytique du terme. Mais la parole, même énoncée silencieusement pour soi-même, est un geste. Et, comme la résilience se traduit par l'adoption de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements, et qu'elle fait naître un sursaut d'énergie dans l'économie du sujet, elle justifie aussi son implication de « rebondissement ». Opération mentale, certes, mais indissociable de son ancrage dans l'image du corps, cela est certain aussi, le tout élevant la résilience à son niveau le plus éminent, qui est celui d'une renaissance de la personnalité.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

12e LEÇON

Intervention immédiate et *defusing*

L'intervention psychologique immédiate auprès des victimes est aujourd'hui passée dans les pratiques des psychologues et dans les mœurs du public. En premier lieu, de telles interventions font partie du service public. En effet, depuis l'attentat terroriste du 25 juillet 1995, à la station de RER Saint-Michel à Paris, sur ordre express du président de la République et du ministre de l'Action humanitaire d'urgence, le réseau de cellules d'urgence médico-psychologiques a été institué dans les cent départements du territoire français. En cas de catastrophe, d'accident collectif, d'attentat ou d'incident grave à forte répercussion psychosociale (décès sur les lieux de travail, par exemple), ses équipes – comprenant des psychiatres, des psychologues cliniciens et des infirmiers spécialisés – se rendent immédiatement sur le terrain même pour dispenser des soins médico-psychologiques aux victimes choquées et en assurer le triage et l'évacuation (Crocq, 1998). En second lieu, ce dispositif a fait école, et des institutions comme l'Éducation nationale, la Croix-Rouge et la Protection civile se sont mises à recruter et à former des psychologues pour des interventions similaires, mais limitées au seul soutien psychosocial, sans mission soignante. En outre, l'accroissement de la violence (hold-up dans des banques ou des agences postales, attaques contre les véhicules de transport de fonds, agressions d'employés

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

aux caisses des grands magasins) a créé une forte demande d'interventions de ce genre, et des sociétés spécialisées de psychologues cliniciens se sont constituées pour assurer de tels services.

Deux opérations distinctes : intervention médico-psychologique et soutien psychosocial

L'intervention psychologique immédiate (Crocq, 2004a) est indiquée d'abord auprès de victimes traumatisées par une catastrophe, un attentat, un accident collectif ou une agression ; mais elle peut aussi s'adresser à des sauveteurs ou à des intervenants qui, au cours de leur mission, ont été exposés à un incident potentiellement traumatisant. Tous ces sujets sont en état de souffrance manifeste et ils présentent des symptômes. Dans ce cas, il convient de la dénommer « intervention médico-psychologique immédiate », et elle doit être assurée par des personnels soignants, bien au fait de la pathologie du stress et de la psychotraumatologie.

L'intervention psychologique immédiate peut se justifier aussi auprès de rescapés seulement « impliqués » qui ne présentent ni symptômes ni souffrance, mais sont dans le désarroi, la peine et le besoin : besoin de secours, d'aide, d'information, de conseils et, dans une certaine mesure, de réconfort. Il convient alors de dénommer cette intervention « soutien psychosocial immédiat » et elle peut être assurée par du personnel secouriste et éventuellement psychologue non soignant.

Les besoins de la victime et du rescapé impliqué

Si l'intervention se veut adéquate, elle doit répondre aux besoins de la victime et de l'impliqué. Ces besoins se répartissent en quatre catégories : besoins de soins médicaux, besoins d'aide matérielle, besoins d'information et besoins de soutien affectif.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

BESOINS DE SOINS MÉDICAUX

Les besoins prioritaires, pour les blessés physiques, sont d'être soignés et de survivre à leurs blessures. Les médecins urgentistes des pompiers et des Samu dispensent les soins adéquats. Mais il ne faut pas oublier les besoins de soins médico-psychologiques, à prodiguer d'une part aux blessés physiques stressés (tout blessé physique conscient est aussi un blessé psychique) et d'autre part aux rescapés physiquement indemnes, mais en état de souffrance psychique. C'est la mission que vont assumer les personnels des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) rattachées aux Samu (Crocq, 1998).

BESOINS D'AIDE MATÉRIELLE

Les manques matériels peuvent être dramatiques et il convient de les couvrir. Il s'agit des besoins d'avoir un abri, un couchage, des vêtements, de la nourriture et de la boisson, et des besoins liés aux nécessités d'hygiène (se laver, aller aux WC, etc.). Les secouristes de la Croix-Rouge, de la Protection civile, du Secours catholique et de diverses ONG sont formés à répondre à ces besoins, dans une action organisée. Ces personnels doivent assurer leur aide avec psychologie, compte tenu de la détresse des personnes à secourir : on ne donne pas une couverture comme on jette un os à un chien. Et ils devront avoir été sensibilisés, par une formation élémentaire, à l'état psychique vulnérable des victimes et des impliqués, et même aux symptômes essentiels du stress et du trauma. Par ailleurs, il convient d'être vigilant à ce que des organisations sectaires ne viennent pas, à la faveur du désordre initial provoqué par une catastrophe, offrir une aide fallacieuse à des fins de prosélytisme ou de recrutement.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

BESOINS D'INFORMATION

Beaucoup de victimes et de rescapés ne savent pas ce qui leur est arrivé et sont dans un état d'incompréhension et de désorientation. Une information adéquate sur l'événement et ses conséquences matérielles, sur la position de la victime ou de l'impliqué par rapport au centre de la catastrophe, répond à son besoin d'être informé et concourt au rétablissement de sa lucidité. Elle va réduire l'impression de chaos, l'incompréhension de l'événement et le sentiment d'absurde. Une telle information peut être dispensée par les secouristes, et aussi par les personnels soignants, dans leur dialogue avec la victime. Ces personnels soignants peuvent donner aussi des informations élémentaires et rassurantes à la victime inquiète de ses propres réactions. Dans certaines catastrophes, les familles se trouvent dispersées, ce qui ajoute à leur inquiétude, et le secouriste doit pouvoir les renseigner sur les opérations de recherche des disparus et de regroupement des familles. Il appartient aussi aux secouristes de donner à la victime ou à l'impliqué toute information utile sur les lieux d'accueil et d'hébergement, les lieux de distribution d'aide et, éventuellement, les filières de recours juridique.

BESOINS DE SOUTIEN AFFECTIF

La victime et le rescapé ressentent un besoin aigu d'être protégés contre toute nouvelle agression menaçant leur vie ou leur intégrité physique, et menaçant aussi de faire effraction dans leur psychisme. La présence du secouriste à leurs côtés leur apporte une espèce de sentiment de sécurité à ce sujet. Mais, dans les cas où l'effraction traumatique a été sévère, c'est au soignant « psy » (psychiatre ou psychologue clinicien) d'assurer cette fonction de « contenant » et de restauration du pare-excitation. Un autre besoin affectif de la victime est de verbaliser son expérience traumatique, et de le faire devant un interlocuteur disposé à cette écoute et capable d'apprécier la fonction de cette énonciation.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

C'est ici que se situe le piège de l'écoute du secouriste qui, tout à l'empathie qu'il ressent en entendant les paroles de la victime, risque de ne pas se rendre compte des limites de sa compétence et de vouloir assurer inconsidérément une fonction de thérapeute. Cela étant, dans les premiers instants de l'action sur le terrain, et en attendant l'arrivée d'un soignant psychologue, le secouriste doit satisfaire cette demande – explicite ou implicite – de la victime pour l'écoute et le dialogue, elle qui revient des enfers et a besoin de réintégrer la communauté des vivants, des « vivants parlants ».

L'intervention médico-psychologique immédiate

À QUI S'ADRESSE T ELLE ?

L'intervention médico-psychologique immédiate s'effectue dans les premières heures qui suivent l'événement ou l'agression et elle se déroule en général sur les lieux mêmes de cet événement. Elle ne peut être assurée que par des personnels « psy » soignants – psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques –, à condition que ces personnels aient préalablement bénéficié d'une formation sur le stress et le trauma et d'un enseignement sur la psychiatrie de catastrophe.

Elle s'adresse à des victimes qui présentent une pathologie de réaction immédiate (pathologie des premières heures ou au maximum des premières vingt-quatre heures). Leur pathologie comprend d'une part les symptômes gênants mais transitoires qui accompagnent la réaction de stress adapté, d'autre part les réactions de stress dépassé (sidération, agitation, fuite panique et comportement d'automate), et d'autre part enfin les réactions névrotiques ou psychotiques caractérisées (anxieuses, hystériques, confusionnelles ou délirantes), plus rares. On voit ainsi converger vers le poste d'urgence médico-psychologique (PUMP)

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

des rescapés d'un accident ou d'une catastrophe contrôlant leur émotion mais encore sous le coup de leur stress, pâles et tremblants, mutiques ou bégayant et ayant du mal à revenir à la réalité. On en voit d'autres, plus sévèrement atteints, errer dans les ruines, désorientés, stuporeux, se laissant conduire vers les postes de secours ; et d'autres aussi, très excités, volubiles, agités ; on en retrouve quelques autres, ahuris et errants loin du point d'impact, au terme d'une fuite éperdue ; on en voit d'autres enfin, qui sont en action d'automate, répétant les mêmes gestes mécaniques et inutiles, et ne se souvenant pas de ce qu'ils viennent de vivre ni de faire. Certains rescapés, totalement confus et désorientés, ou délirants, ou en proie à des crises d'excitation hystériques, sont amenés au poste de secours par leurs proches pour être pris en charge de toute urgence.

Et, pour tous, se pose la question du vécu traumatique et de la menace de ses effets durables. Le traumatisme psychique ou trauma, c'est l'expérience vécue de la confrontation inopinée avec le réel de la mort et du néant, sans possibilité de se protéger de cette confrontation par l'écran des signifiants puisés dans le vocabulaire, le fantasme et la culture. Rétrospectivement, le clinicien découvrira que les sujets qui ont vécu l'événement comme trauma l'ont vécu dans la surprise, l'effroi, l'horreur, le sentiment d'impuissance totale et l'impression d'être abandonné. Et, plus précisément, comme un instant de vide psychique, de trou noir, de défaillance subite de la pensée et de la parole. Divers symptômes peuvent avoir marqué cette expérience : la désorientation temporo-spatiale, l'impossibilité de comprendre ce qui se passe, de penser ou de parler (même en langage intérieur), l'altération du temps vécu (accéléré ou ralenti), l'impression de vivre un rêve ou un cauchemar, la déréalisation, la dépersonnalisation et le vécu d'automate, ou encore la frayeur extrême, l'inhibition totale de la volonté et de l'initiative, la sidération motrice, et l'orage neurovégétatif (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux, impression de s'évanouir).

Éventuellement, l'intervention immédiate du psychiatre de la cellule d'urgence médico-psychologique peut être requise pour

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

le soutien d'un sauveteur qui vient brutalement de s'effondrer, sous le coup d'une charge émotionnelle trop intense dans une conjoncture d'épuisement : tremblements, crise de larmes, agitation, altercation. Il s'agit de le retirer provisoirement de sa mission, de le voir dans un endroit isolé, de l'écouter, de le calmer et de le réconforter.

PRINCIPES DE L'INTERVENTION MÉDICO PSYCHOLOGIQUE

Ces principes sont simples, évidents.

– Soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique.

– Par l'intervention précoce, prévenir ou atténuer la survenue de séquelles pathologiques (Bouthillon *et al*., 1992).

– Intervenir immédiatement, sur le terrain.

– Proposer et dispenser aux victimes des soins adéquats, spécifiques à la psychiatrie de catastrophe.

– Proposer aussi un suivi de surveillance pour la phase post-immédiate qui va suivre.

– Œuvrer en intégration au dispositif général des secours et des soins.

Deux autres principes méritent l'attention : il s'agit de la démarche proactive, qui consiste à offrir des soins à des sujets qui n'en ont pas explicitement formulé la demande (pour la bonne raison qu'ils ne sont pas en état de le faire), et de la relation empathique préconisée entre le thérapeute et la victime, qui se distingue de la classique « neutralité bienveillante » caractérisant la relation médecin/malade dans la psychiatrie de cabinet. À une demande instante d'écoute, de compréhension et d'aide, la mise à distance qui conditionne la neutralité bienveillante serait vécue comme une rebuffade. En plus de cette attitude empathique, une autre différence s'impose entre ces deux types de thérapie : dans la psychiatrie de catastrophe, le soignant offre son écoute aux propos spontanés de la victime, propos qui se limitent à la situation

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

catastrophique présente, tandis qu'en psychothérapie de cabinet, des détours sont préconisés, explorant les conflits affectifs de l'enfance. Un tel détour, imposé sur le terrain, serait vécu par le patient comme un égarement et une méconnaissance de son état.

ACTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE : LE *DEFUSING*

Les techniques de l'intervention médico-psychologique immédiate sont assez simples : ce sont d'une part l'administration de médications psychotropes par le psychiatre ou l'infirmier, et d'autre part l'entretien psychologique de *defusing* (ou déchocage) par le psychiatre ou le psychologue clinicien. On peut pratiquer le *defusing* sur plusieurs rescapés à la fois, en groupe, à condition qu'ils aient été présents au même endroit lors de l'événement. Si ce n'est pas le cas, on organisera un groupe de parole incitant plusieurs victimes qui ont vécu le même événement mais à des endroits ou à des moments différents à s'exprimer sous la conduite du psychologue. Le *defusing* est bref et vise tant à réduire les symptômes du tableau clinique qu'à inciter le sujet à verbaliser son expérience vécue de l'événement, en assurant ainsi sur cet événement brut une maîtrise ou un début de maîtrise par le langage.

Le *defusing* est un mot anglo-saxon qui peut être traduit en français par les termes de « déchocage » ou de « désamorçage ». La technique du *defusing* ne s'est pas définie en un jour. Elle s'est précisée avec les retours d'expérience et les critiques portant sur ses échecs, ses insuffisances ou ses excès. Dans la pratique, le psychologue ou l'équipe de psychologues se rend auprès des victimes, se présente et leur offre ses services. Si possible, il ménage la possibilité d'un entretien individuel dans un endroit calme, de préférence au poste d'urgence médico-psychologique, ou PUMP, et à défaut sous une tente, dans un recoin de mur, à l'abri de l'environnement agressif que peuvent constituer le paysage de ruines ou le lieu de l'agression. Le plus souvent, les victimes, qui sont en état de souffrance psychique et qui ressentent les besoins d'ordre psychologique mentionnés plus haut, acceptent cette aide. Le temps

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

initial de cette aide est l'invitation, ou l'incitation, à parler : dire son nom, exprimer sa souffrance et verbaliser son expérience vécue du trauma. Dire son nom, c'est déjà pour la victime un « geste » actif (qui l'arrache à sa passivité) et une affirmation de vie : le droit de revenir parmi les vivants. Dire sa souffrance (« J'ai peur, j'ai eu peur, j'ai la gorge serrée… »), c'est déjà l'extirper hors de soi et la réduire dans des mots. Et dire ce qui est lui arrivé et surtout comment elle l'a vécu, c'est pour la victime commencer à répertorier l'indicible du trauma dans son réservoir de signifiants, et donc se promettre de l'inscrire dans le continuum signifiant de sa vie.

Le psychologue offre une écoute empathique à l'expression de cette douleur et de cette expérience vécue, et cette écoute empathique se traduit sur son attitude et sa mimique. Éventuellement, le contact de sa main sur le bras ou l'épaule de la victime – comme un écho à l'effet « contenant » de sa présence – aura pour effet de restaurer l'enveloppe psychique trouée par l'effraction traumatique et demeurée perméable aux agressions de l'environnement (spectacle de désolation, bruits). Cet effet contenant aura, dans le sens inverse, l'occasion de s'exercer face aux débordements émotionnels de certaines abréactions (et ici, on contient le débordement). L'énonciation précoce du vécu traumatique fait revivre ce vécu et donne lieu souvent à des abréactions émotionnelles, réactions reproduites ou réactions différées. L'abréaction est utile dans le sens où elle fait revivre le trauma assorti de toute sa charge d'affect ; mais livrée à elle-même, sans le complément d'une association significative, elle n'apporte qu'un soulagement précaire et elle épuise le patient.

Dans ces entretiens de la phase immédiate, les victimes ressentent en général un impérieux besoin de parler, mais elles ne tiennent pas à le faire dans un soliloque ou un monologue. Au contraire, elles attendent de la situation de dialogue des marques de compréhension, des suggestions et des propositions de significations. Dans ce dialogue, le psychologue devra apporter des mots de réconfort (pour lutter contre la souffrance), des mots affirmant que le danger est écarté (pour lutter contre la permanence de l'effroi), des informations sur l'événement (pour lutter contre le

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

vécu d'incompréhension), des informations sur les symptômes et comportements du stress et même ceux du trauma (pour lutter contre l'inquiétude qu'a le sujet sur ses propres réactions), des mots d'encouragement (pour lutter contre l'impression d'impuissance et la perte de confiance en soi) et des mots de soutien (pour lutter contre le sentiment d'abandon).

Le psychiatre ou le psychologue, dès ce stade de l'intervention précoce en immédiat, devra penser aussi à l'avenir. Tout au long de son intervention, tout en se consacrant principalement à sa mission soignante, il se préoccupera aussi de l'éventualité d'une évolution pathologique (vers la névrose traumatique) et veillera, dans la mesure de ses moyens, à « désamorcer » (c'est une traduction pertinente du mot *defusing*) ce mauvais frayage. Pour ce faire, il sera attentif aux symptômes qui peuvent témoigner d'un tableau traumatique émergent : par exemple l'impossibilité pour la victime de transformer ses images et éprouvés sensoriels en mots, par exemple encore la persistance d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation, par exemple encore les sursauts au bruit et l'apparition précoce des premières reviviscences, par exemple enfin l'impossibilité pour la victime d'envisager l'avenir et de penser à autre chose qu'à ce qui vient de lui arriver.

La mission d'intervention du psychiatre ou du psychologue ne se terminera que lorsqu'il aura assuré le relais thérapeutique, en fonction de ces éléments d'évaluation du pronostic. En tout état de cause, il remettra aux victimes une note écrite d'information sur les symptômes de stress (qui se sont produits) et les symptômes psychotraumatiques (qui risquent de se produire), avec indication de la conduite à tenir (démarche de consultation) dans cette éventualité. Au PUMP (poste d'urgence médico-psychologique), il établira des fiches cliniques succinctes sur chaque sujet qu'il aura examiné et il assurera le triage et l'évacuation éventuelle des blessés psychiques : certains seront évacués vers des services de psychiatrie (au besoin accompagnés), porteurs d'une fiche d'évacuation mentionnant le tableau clinique et le traitement entrepris. D'autres seront renvoyés dans leurs

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

foyers. D'autres enfin seront aiguillés vers le centre d'accueil des impliqués (CAI) où ils pourront recevoir une aide matérielle, toujours assortie (grâce à la sensibilisation des personnels sur le stress et le trauma) d'un soutien psychosocial. À tous, dans la plupart des cas, on aura proposé un débriefing à effectuer dans la semaine suivante, car certaines victimes ne sont conscientes de leur pathologie qu'après quelques jours d'euphorie (« impression d'en être quitte pour la peur »), et certaines organisations pathologiques ne se dessinent que pendant la période post-immédiate, une fois que le fonctionnement mental a repris son cours après un temps de sidération initiale.

LES PIÈGES DE L'INTERVENTION MÉDICO PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIATE

La mise en œuvre d'un *defusing* et sa conduite sont choses délicates, qui doivent tenir compte de l'état du patient auquel il s'adresse. Parmi les principaux « pièges » du *defusing,* citons les suivants.

– Négliger, sous-estimer l'état de la victime : il faut éviter de considérer comme normal l'état d'une victime qui ne demande rien et se tient tranquille, silencieuse et immobile, et parfois perplexe, peut-être profondément traumatisée.

– À l'inverse, voir du pathologique partout, et interpréter dans un sens alarmant des réactions normales légitimes, ou des symptômes du stress normal, adaptatif.

– Vouloir faire parler quelqu'un à tout prix, le harceler, vouloir trop le faire parler.

– Juger, critiquer, stigmatiser, et ce aussi bien dans nos paroles que dans nos attitudes et nos réflexions *in petto*.

– Trop parler nous-mêmes : il faut savoir respecter les pauses et les besoins de pause du patient.

– Prétendre « déculpabiliser » ou « dédramatiser » : la culpabilité du patient peut être logique, explicable. Et on ne peut nier qu'il a vécu un drame.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

– Enfin, ne pas surmédiquer un malade anxieux, ou agité et volubile ; son comportement peut s'apaiser spontanément, sans qu'il soit nécessaire de l'abrutir par un excès de médication sédative.

Le soutien psychosocial

PAR QUI EST IL ASSURÉ ? À QUI S'ADRESSE T IL ?

Le soutien psychosocial est assuré par les secouristes de la Croix-Rouge et de la Protection civile, et aussi par des personnels compétents appartenant au Secours catholique et à d'autres ONG. Ces personnels ne sont pas des soignants, ils n'ont pas cette compétence et ils ne peuvent prétendre assurer des soins, y compris des soins de psychothérapie. Par contre, ils sont experts dans les actions de secours et d'aide et ils ont reçu une formation adéquate dans ce domaine. Comme ils sont souvent les premiers à arriver sur le terrain, avant les personnels des cellules d'urgence médico-psychologiques, et qu'ils peuvent ainsi se trouver confrontés à des « blessés psychiques », dispersés dans la masse des rescapés indemnes et des impliqués, il est bon qu'ils aient bénéficié – conjointement à leur formation technique de secouristes – d'une sensibilisation sur la question du stress et du trauma et sur les principaux symptômes qui peuvent faire suspecter que telle victime est un « blessé psychique ». Dans un premier temps, ils lui offriront une écoute attentive et compréhensive et lui adresseront des propos apaisants, mais sans se lancer dans une activité thérapeutique dont la pratique leur échappe ; et, dans un deuxième temps, ils dirigeront ou accompagneront ce blessé psychique vers le poste de secours médico-psychologique.

Le soutien psychosocial s'adresse à une population beaucoup plus large que celle qui relève de l'intervention médico-psychologique. Cela étant, il s'agit d'apporter des secours et de l'aide, mais aussi de la compréhension psychologique, à toutes

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

les victimes, les sinistrés et les impliqués que la catastrophe a plongés dans le malheur, le dénuement et le désarroi. Ces personnes éprouvent de la peine et ils ressentent des besoins, mais ils ne présentent pas de symptômes de stress et de trauma, et ils ne sont pas sous le coup d'une souffrance psychique pathologique, qui relèverait de soins médico-psychologiques.

Parmi leurs besoins, ceux qui requièrent un soutien social sont :

– des besoins physiques et matériels (abri, couchage, vêtements, nourriture, boisson, subsides) ;

– des besoins d'information, sur la nature de la catastrophe, ses effets et sur la situation de la victime dans cette catastrophe (épicentre, périphérie, etc.), de manière pratique sur les lieux où trouver de l'aide et des soins ;

– des besoins psychologiques et psychosociaux : être écouté par un interlocuteur compréhensif qui peut adresser des paroles de réconfort ; ne plus se sentir abandonné, être réintégré dans la communauté des vivants, dans la société organisée, hors du chaos, etc.

LA TECHNIQUE DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Pour répondre à ces besoins, les secouristes doivent maîtriser parfaitement leurs gestes techniques ; mais ils doivent aussi acquérir une mentalité et une attitude ouvertes à l'état psychique de la victime. Loin de se limiter à l'exécution de ces gestes, ils doivent les accompagner d'une disposition et d'une attitude empreintes de sympathie. En gros, leur action doit remplir les objectifs suivants :

– être présent auprès de la victime ou de l'impliqué, et être conscient que cette seule présence fait disparaître le sentiment d'abandon ;

– s'enquérir des besoins précis de la victime et de la priorité de tel ou tel besoin ;

– accompagner les gestes d'aide matérielle d'une attitude de sympathie et de propos de réconfort ;

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

– fournir l'information en réponse aux questions posées, et même en dehors de ces questions, si cela peut être utile à la récupération psychosociale de la victime ;

– écouter la victime et lui montrer qu'on l'écoute ;

– répondre à ses plaintes et à ses lamentations par une attitude de compassion, qui représente la sollicitude de la société ;

– détecter les « blessés psychiques » traumatisés et les orienter, voire les accompagner vers le poste d'urgence médico-psychologique.

PIÈGES DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Le soutien psychosocial est une mission délicate à accomplir ; il ne doit pas être dispensé dans l'indifférence ni le désordre. On notera en particulier les pièges suivants, dans lesquels le secouriste ne doit pas tomber :

– retard et insuffisance de la présence ;

– dispersion et inconstance du contact ; en particulier, il vaut mieux que ce soit le même secouriste qui s'occupe entièrement de la même victime, et ce lors de moments séparés par des intervalles de temps ;

– tentation d'assurer une psychothérapie, même si la victime blessée psychique semble le demander et si le secouriste en ressent la vocation ; il est bien connu que l'on répugne à « abandonner » une victime dont on vient de s'occuper ; mais le secouriste n'a pas reçu de formation de soignant et il n'en a pas la compétence ;

– manque de coordination avec l'ensemble des secours et des soins ; manque de discipline et tendance à œuvrer en autarcie.

Conclusion

En fin de compte, en ce qui concerne l'intervention médico-psychologique, le psychiatre ou le psychologue qui se penche vers une victime ou un groupe de victimes fera plus que d'établir une

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

simple prise de contact en vue d'assurer un relais thérapeutique. Il est là pour soulager la souffrance, inciter à verbaliser, écouter en montrant de l'empathie (la neutralité bienveillante serait vécue par le rescapé en manque d'affection comme un rejet), rassurer, apaiser, informer, modérer, contenir et accompagner plus que guider un être décontenancé et doutant de soi. On doit être conscient qu'on aide la victime à revenir des enfers dans le monde des vivants, et des vivants parlant ; mais on doit avoir aussi le souci de l'aider à redevenir une personne autonome, ce qui n'est pas possible si une gesticulation de commisération le maintient dans la dépendance. Il s'agit là d'une mission qui requiert non seulement une bonne formation clinique (de psychiatre ou de psychologue clinicien) mais aussi une instruction et une formation spécifiques à la psychiatrie de catastrophe et à l'action de terrain.

En ce qui concerne le soutien psychosocial, assuré par les secouristes, il requiert non seulement une formation théorique et pratique aux missions de secours et d'aide, mais une instruction élémentaire, une sensibilisation aux questions du stress et du trauma, et une connaissance de l'état psychologique des victimes et des impliqués. Cette sensibilisation permettra aux intervenants de parfaire leur mission de secours et d'aide, qui se double ainsi d'une activité de soutien psychosocial.

En tout état de cause, pour ces deux catégories de personnels, de soin ou d'aide psychosociale, il importe que tous ces acteurs travaillent en équipes encadrées et en coordination avec les autres partenaires de l'ensemble des secours et des soins.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

13e LEÇON

Intervention post-immédiate et débriefing

Les médias ont largement diffusé au sein du public le concept anglo-saxon de *debriefing*. Il s'agit d'une modalité d'intervention post-immédiate, effectuée individuellement ou en groupe auprès de victimes d'un événement traumatisant, ou auprès de personnels qui ont vécu un incident critique au cours de leur mission. Ce débriefing a pour but de les aider à établir le bilan psychologique de l'événement et de se dégager de l'atmosphère de violence absurde qui a accompagné cet événement. Il peut se dérouler selon différentes procédures, avec chacune leurs indications. Des erreurs d'indication ont d'ailleurs suscité – au sein des personnels de santé intervenant dans différents pays – des controverses sur l'efficacité du débriefing et, partant, sur son utilité. En fait, l'intervention en période post-immédiate ne se limite pas au seul débriefing ; aussi est-il utile de faire le point sur cette question.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Pourquoi l'intervention en post-immédiat ? Ses principes

La période post-immédiate, qui commence au deuxième jour et peut durer de quelques jours à deux mois ou plus, peut donner lieu à deux types de tableaux cliniques : ou bien les symptômes gênants de la réaction immédiate (symptômes neurovégétatifs, déréalisation, détresse, etc.) s'estompent et le psychisme récupère son état normal ; ou bien, au contraire, ces symptômes persistent et, surtout, on voit survenir les premiers symptômes d'une névrose traumatique (état d'alerte, sursauts, reviviscences, troubles du sommeil). On conçoit donc la nécessité d'une surveillance attentive pendant cette phase, appliquée tant aux sujets qui ont été examinés et aidés lors de la phase immédiate, que pour ceux qui ont refusé cette aide, se croyant indemnes dans l'euphorie du rescapé mais pouvant entrer ensuite dans une période d'incubation morbide.

Comme pour l'intervention immédiate, l'intervention psychologique post-immédiate (Crocq, 2004b) se démarque des principes et des manières d'agir traditionnels de la psychologie clinique : le psychiatre ou psychologue intervient le plus souvent sans que le patient ait formulé une demande ; il offre son intervention. À la phase post-immédiate, certaines victimes sont conscientes de leur souffrance et acceptent volontiers la proposition d'aide psychologique. Mais d'autres sous-estiment leur mal-être ou pensent qu'il est « normal » et va s'estomper avec le temps. En tout état de cause, elles jugent que cela ne justifie pas une consultation auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ; à la rigueur, elles iront consulter leur médecin généraliste, pour un traitement seulement symptomatique, somnifère ou tranquillisant, sans que la question du trauma soit abordée. L'expérience montre par ailleurs que, dans l'immédiat et les premiers jours qui suivent, beaucoup de rescapés de catastrophes, quoique choqués, sont surtout préoccupés par des besoins matériels urgents et, de ce fait, remettent à

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

plus tard la considération de leur état psychique. C'est dans la semaine qui suit qu'ils s'effondrent et sont détectés par les personnels de la Croix-Rouge patrouillant à domicile pour distribuer de l'aide matérielle (d'où l'intérêt de doter ces personnels d'une sensibilisation aux questions du stress et du trauma pour la détection de ces cas différés).

L'intervention médico-psychologique à la phase post-immédiate comprend : d'une part la surveillance clinique des victimes qui ont été examinées à la phase immédiate et éventuellement de celles qui n'ont pas bénéficié de ce secours initial, mais sont ensuite conscientes de leur malaise et désirent consulter ; et d'autre part la mise en œuvre de séances de débriefing (ou bilan psychologique d'événement) pour toutes les victimes qui en acceptent l'offre ou même le demandent. Ces débriefings peuvent être assurés soit en séances individuelles, soit en séances collectives pour des petits groupes de rescapés ayant vécu ensemble le même événement potentiellement traumatisant. Le but du débriefing peut être curatif (réduire les symptômes psychotraumatiques) ou simplement préventif (empêcher ces troubles de s'installer). Il s'agit d'un débriefing psychologique, ou plutôt psychodynamique ou psychiatrique, à distinguer du débriefing « technique » (ou bilan de mission) effectué par le commandement auprès des agents (sauveteurs, secouristes, soignants) au lendemain d'une intervention, que cette intervention ait connu ou non des incidents critiques.

SUCCINCTE HISTOIRE DU DÉBRIEFING

L'*historical group debriefing* de Marshall (1945)

Le mot *debriefing* a été proposé pour la première fois vers la fin de la Seconde Guerre mondiale (1945) par Marshall, un officier de l'armée américaine, non psychologue, sous le titre *historical group debriefing*, pour désigner une méthode qui consistait à réunir en groupe, pendant une heure ou deux, les soldats survivants d'une opération militaire éprouvante et demander à

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

chacun de raconter objectivement, minutieusement, et surtout dans l'ordre chronologique (*historical*), ce qu'il avait vu, fait et éprouvé pendant l'opération. En retissant lui-même la chronologie d'éléments jusqu'alors placés dans le désordre, en écoutant ses camarades, en se sentant identique à eux, en mettant des mots sur ses images et en bénéficiant des explications sur le déroulement de la bataille données par l'officier *debriefer*, chacun se dégageait de l'emprise du chaos et de l'absurdité de l'événement et ressortait de la séance plus lucide, rasséréné, ayant retrouvé sa motivation pour le combat et ses compétences. Marshall notait que les unités qui avaient bénéficié de cette procédure étaient grevées de moins de pertes psychiques et de moins d'incidents caractériels ou d'indiscipline (Marshall, 1947).

Le *Special Psychiatric Rapid Intervention Team* (1977) et le *Stress Management Team* (1980)

En 1977, l'US Navy créa un *Special Psychiatric Rapid Intervention Team* (ou SPRINT), aux fins d'assurer un soutien psychologique aux personnels militaires rescapés d'accidents à bord des navires de guerre. Deux ans plus tard, en 1979, lors de la prise en otage du personnel de l'ambassade américaine à Téhéran, le Département d'État américain constitua des équipes de débriefing (*debriefing teams*) avec la participation des personnels de l'armée, de l'aviation et de la marine, pour assurer les secours psychologiques aux otages libérés.

En 1980, le psychiatre de l'armée Robert Sokol, qui participa à ces opérations, fut chargé ensuite d'organiser un dispositif spécial au sein des troupes d'occupation américaine en Allemagne et il intervint efficacement lors de détournements de navires (l'*Achille Lauro*) ou d'avions (un Boeing de la compagnie TWA à Beyrouth en mai 1985), ou à la suite d'accidents aériens (soutien psychologique aux soldats d'un contingent américain des forces de l'ONU le 12 décembre 1985 après le crash d'un avion militaire de transport à Terre-Neuve). Sokol (1986) avait dénommé son équipe *Stress Management Team* (ou SMT). Les

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

équipes se composaient d'un psychiatre chef d'équipe, d'un psychiatre adjoint, d'un psychologue, de deux assistants sociaux et d'un aumônier (*chaplain*). Sokol programmait ses interventions en quatre phases : 1) préparation (*planning and preparation*), 2) extraction-triage (*retrieval-triage*), 3) bilan psychologique (*debriefing*), et 4) réinsertion (*reentry*). Sokol insistait sur la phase de préparation, qu'il fallait conduire avec minutie, car un débriefing improvisé dans la précipitation aboutit souvent à l'échec. Quant à la phase d'extraction-triage, premier contact de l'équipe avec les victimes à débriefer, Sokol la considérait comme le préambule du débriefing (à mes yeux, elle relèverait plutôt du *defusing*) ; et elle répondait au besoin de parler des victimes, et pouvait leur procurer les premières abréactions libératrices. La phase de réinsertion (ou plus exactement de préparation à la réinsertion) devait être intégrée dans le processus de débriefing, dont elle constituait le terme. Sokol préconisait aussi que, dans cette phase de réinsertion, l'équipe, tout en respectant la confidentialité de ce qui a été dit au cours des séances, devait travailler avec les familles et les aider à clarifier leur attitude (l'excès de compassion étouffe les velléités de reprise d'autonomie, mais l'indifférence ou le rejet risque de renvoyer la victime à son trauma). Sokol faisait remarquer que, dans certaines opérations, il avait dû arracher ses victimes à une compétition confuse d'intervenants – médecins somaticiens, police et enquêteurs, services sociaux, et même journalistes – et que cette atmosphère n'était pas propice à restituer leur sérénité.

Pour conclure, Sokol distinguait deux styles de débriefing de groupe : le style « expérientiel », centré sur le simple échange d'expériences entre les membres, et le style « éducationnel », dans lequel l'équipe intervient pour donner une information sur la nature et la normalité des symptômes ressentis ou à venir, et conseiller quant à la conduite à tenir. À son avis, ce deuxième style s'avérait plus efficace tant à titre thérapeutique qu'à titre de prévention des évolutions pathologiques.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Le *Critical Incident Stress Debriefing* de Mitchell (1983)

En 1983, le psychologue américain Jeffrey Mitchell, lui-même ancien pompier, eut l'idée de reprendre la technique de Marshall pour définir et codifier des procédures de débriefing applicables aux équipes de pompiers, de sauveteurs et de policiers qui avaient connu un incident critique au cours de leur intervention. Son but était de réduire les perturbations émotionnelles immédiates ou en incubation et de faciliter la reprise efficace du travail et la bonne réinsertion familiale et sociale.

Mitchell fait pratiquer le débriefing non seulement par des personnels de santé mentale (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux), mais aussi par des sauveteurs, des pompiers ou des policiers motivés pour apporter un soutien de « pair » (*peer support*) à leurs camarades éprouvés. Tous ces personnels doivent être spécialement formés aux questions du stress, de l'intervention de crise et du débriefing. On choisira les *debriefers* (personnels de santé ou pairs) en fonction de l'incident critique et des sujets impliqués. Le débriefing doit être conduit par un leader si possible issu d'un organisme extérieur à l'institution, assisté d'un coleader chargé d'observer et de lui signaler discrètement, pendant le déroulement de la séance, les sujets qui présentent des signes de perturbation émotionnelle.

Le débriefing s'applique à tous les personnels de secours impliqués par un « incident critique » : sauveteurs, pompiers, policiers, infirmiers, cadres, assistants sociaux, psychologues et médecins. Pour Mitchell, le débriefing se distingue de l'intervention thérapeutique par quatre points : 1) déroulement strict (du débriefing) *versus* déroulement souple (de la thérapie) ; 2) raconter l'événement *versus* le revivre ; 3) ne pas interpréter *versus* interpréter ; et 4) expliquer et conseiller *versus* écoute neutre. L'optimum d'efficacité du débriefing se réfère à un effectif de cinq à douze personnes, ce qui permet à chacun de s'exprimer plusieurs fois suffisamment longuement pendant une séance de deux à quatre

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

heures. Si l'effectif est plus important, il est recommandé de le diviser en sous-groupes.

La procédure du débriefing doit se dérouler rigoureusement en sept étapes.

• *La première étape, dite d'« introduction »*

Elle consiste à présenter aux sujets le cadre, l'esprit et les règles de la méthode, les assurer de la confidentialité, et les informer que les démarches narratives vont leur permettre de se dégager de l'aspect « absurde » de l'incident.

• *La deuxième étape, dite des « faits »*

Elle consiste à faire décrire minutieusement par chacun ce qui s'est passé autour de lui et ce il a fait avant, pendant et après l'événement.

• *La troisième étape, dite des « cognitions »*

Elle consiste à demander à chaque sujet de dire ce qu'il a pensé avant, pendant et après l'événement.

• *La quatrième étape, dite des « réactions »*

Elle prescrit aux sujets d'identifier et d'exprimer leur vécu au moment de l'incident.

• *La cinquième étape, dite des « symptômes »*

Elle incite à formuler les divers symptômes, somatiques et psychiques, ressentis au cours de l'événement, et encore maintenant.

• *La sixième étape est celle dite de « l'enseignement »*

En termes simples, le leader intervient pour expliquer ce que sont le stress et son évolution, ainsi que son impact sur le travail et la vie du sujet. Il insiste sur le caractère « normal » des symptômes ressentis, « dédramatise » leur vécu et signale le rôle bénéfique de l'hygiène de vie et du « soutien social » apporté par l'entourage.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

• *La septième étape dite du « retour d'expérience » et de la synthèse*

Le leader explique alors aux participants qu'en parlant et en écoutant les autres raconter ce qu'ils ont vu et formuler ce qu'ils ont ressenti, ils ont acquis une meilleure connaissance de l'événement, qu'ils ont compris la « normalité » de leur réaction, qu'ils se sont débarrassés de leurs cognitions erronées et de leurs émotions perturbantes, et que, maintenant, ils ressortent plus forts, plus soudés entre eux et armés pour le futur.

Pour cette conduite du débriefing, Mitchell insiste sur le fait que l'on ne doit pas confronter d'emblée les sujets avec leur vécu émotionnel ; que l'on doit partir du niveau sécurisant et impersonnel des faits, puis passer au niveau personnel des pensées, et seulement après « descendre » au niveau sensible des émotions et des symptômes, avant de « remonter » à celui de l'explication et de la connaissance de ces émotions, puis au niveau de l'explicitation des pensées et revenir enfin au niveau des faits, éclairés cette fois de toutes les informations et explications nécessaires. On remarquera que le principe qui inspire la méthode de Mitchell est de donner priorité au cognitif sur l'affectif et au récit narratif sur l'expression spontanée des émotions. Mitchell ne se prétend pas thérapeute, mais s'il détecte au cours de la séance un ou plusieurs participants visiblement traumatisés, il les voit ensuite en aparté et les adresse à un thérapeute.

DEUX VARIANTES DE LA TECHNIQUE MITCHELL : LE *MULTIPLE STRESSOR DEBRIEFING MODEL* (MSDM) D'ARMSTRONG ET LE *PROCESS DEBRIEFING* (PD) DE DYREGROV

Le *Multiple Stressor Debriefing Model* (MSDM) d'Armstrong

À l'occasion de l'intervention des personnels de la Croix-Rouge lors du tremblement de terre du 17 octobre 1989 à Loma Prieta (près de San Francisco), Armstrong (1991) a conçu et

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

développé une méthode de débriefing des intervenants qui se démarque du modèle de Mitchell en ce sens qu'il met au premier plan les différents facteurs de stress inhérents à l'événement, à la population des victimes et à la mission des sauveteurs. Il organise son débriefing, ainsi dénommé *Multiple Stressor Debriefing Model*, en quatre phases.

Lors d'une *première phase de découverte*, où chaque participant a fait part de son expérience de la mission, Armstrong s'est attaché à discerner et inventorier les incidents et les facteurs cause de stress pour cette mission (en l'occurrence, la multiplicité des contacts avec les victimes, le long temps passé à dialoguer avec elles, l'environnement de travail dégradé, le changement radical par rapport aux missions de routine et le manque d'expérience vis-à-vis de cette situation, l'éloignement du domicile pendant une longue durée et le contact avec une population hostile).

Puis est venue la *phase des sentiments et réactions*, dans laquelle les participants, en s'exprimant, sont parvenus à ventiler leurs sentiments et réactions en fonction de ces facteurs de stress.

Ensuite, pendant la *phase des stratégies de faire face*, Armstrong a orienté la discussion sur les réponses normales ou pathologiques, et a développé avec les participants les nouvelles stratégies à adopter pour affronter dans l'avenir des situations similaires.

Enfin, la *phase de clôture* a permis de faire ressortir l'aspect positif de l'intimité des relations qui venaient de s'établir au cours du débriefing et de se préparer à retourner chez soi et reprendre son travail habituel.

Le *process debriefing* (PD) de Dyregrov

En 1997, le psychologue norvégien Atle Dyregrov, du Center for Crisis Psychology de Bergen, faisant état d'une dizaine d'années d'application du débriefing chez des sauveteurs ou des victimes, et de plusieurs campagnes de formation des personnels à sa technique, prôna une technique dérivée de celle de Mitchell mais plus centrée sur l'utilisation de la psychologie des groupes,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

tant pour l'exploration que pour le soutien social. Il dénomma son modèle *process debriefing* (processus de débriefing).

Dyregrov met en jeu une forte mobilisation du soutien groupal, qui va exercer son action bénéfique sur chaque membre. Toutefois, il distingue sa technique de la psychothérapie de groupe, et des groupes d'auto-entraide (*self-help group*), car le *process debriefing* appartient au domaine de l'intervention de crise, et il ne dure qu'une séance. Bien que d'autres variables entrent en jeu, il identifie trois axes dominants qui sont le leadership, les caractéristiques du groupe et la disposition matérielle de la séance. Le débriefing doit identifier et surmonter, en appliquant la règle démocratique, les obstacles groupaux tels que domination, agressivité, désignation de boucs émissaires, dispersion en sous-groupes, etc. L'avis de Dyregrov est que des pairs motivés et dotés d'une grande capacité d'empathie sont plus efficaces que des professionnels de santé mentale non motivés.

DEUX VARIANTES QUI PRENNENT EN COMPTE LES DIMENSIONS AFFECTIVES : BEVERLEY RAPHAEL ET ARIEH SHALEV

Le *consultant debriefer* selon Raphael

En Australie, la psychiatre Beverley Raphael (1986) a recommandé des lignes de conduite pour le débriefing des sauveteurs après intervention dans une catastrophe. Le principe est d'explorer en même temps les aspects cognitifs et les aspects affectifs des expériences vécues, et de procurer aux participants aussi bien une vision structurée et compréhensible de l'événement que la sédation de leurs désordres émotionnels. Les consignes sont moins précises que chez Mitchell : on fait asseoir les participants en cercle et on les invite à discuter librement avec le *consultant debriefer* d'une large gamme de sujets : l'effroi et l'horreur à la vision des cadavres, le sentiment d'absence de soutien, les images intrusives et les cauchemars qui ont suivi, les accès d'angoisse, l'impossibilité de décharger leur émotion après la mission, les

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

difficultés à parler de leur expérience avec leur famille, ainsi que l'appréhension de devoir intervenir à nouveau dans d'autres catastrophes sans avoir pu faire le bilan personnel de leur récente expérience. Raphael conçoit le but du débriefing comme prioritairement préventif : « Aider les sauveteurs à gérer leur inévitable stress afin d'éviter que d'autres problèmes apparaissent. »

Le débriefing selon Shalev

En 1994, l'Israélien Arieh Shalev, se référant aux travaux de Van der Kolk (la mémoire traumatique est une mémoire d'image et le processus de guérison va consister à lui substituer une mémoire verbalisée), à ceux d'Horowitz (les composantes intrusives du chagrin normal se répètent indéfiniment dans le PTSD sans pouvoir être menées à leur terme et la thérapie devra les conduire à ce terme), et à ceux de Lazarus (la mauvaise saisie cognitive de l'événement doit être réorganisée) retient comme cibles prioritaires du débriefing : l'information erronée et le dysfonctionnement cognitif, le mauvais contrôle émotionnel, l'effet « membrane traumatique » (incapacité du sujet à reprendre contact avec les autres), la persistance de réponses émotionnelles conditionnées à des stimuli qui rappellent le trauma, et les effets de groupe néfastes, tels que projection, désignation de bouc émissaire et attitudes nihilistes.

L'expérience francophone : verbalisation des émotions plutôt que récit factuel

LES PREMIERS DÉBRIEFINGS EN FRANCE ET LES DIX PRINCIPES DE CROCQ

En France, la première expérience de débriefing de sauveteurs a été effectuée par Louis Crocq le 9 mai 1992, soit quatre jours après la catastrophe entraînée par l'effondrement de la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

tribune du stade de Furiani (5 mai 1992), qui avait provoqué 18 morts et 1 000 blessés. Les personnels soignants locaux, épuisés par une activité de secours éprouvante et prolongée, avaient demandé à rencontrer un psychiatre ou un psychologue spécialisé en intervention de catastrophe. La consigne, inspirée de l'expérience de Raphael, fut de verbaliser spontanément les expériences vécues ; la séance fut acheminée de la tension émotionnelle initiale vers l'apaisement final des affects et l'acceptation du sentiment d'impuissance. Tous les participants (deux groupes de vingt personnes) se déclarèrent soulagés et satisfaits. Seuls, trois d'entre eux eurent besoin de consulter plus tard (Crocq, 2002a).

Deux ans et demi après, une autre opération de débriefing fut organisée, à l'occasion du détournement par quatre terroristes de l'avion de ligne Airbus de la compagnie Air France assurant la liaison Alger-Paris, au cours duquel trois passagers avaient été assassinés (24-25 décembre 1994). Une première série de débriefings fut organisée à l'aéroport d'Orly, à la descente de l'avion le 25 décembre après-midi, par groupes de huit personnes, pour la partie des passagers (40 personnes, surtout femmes et enfants) qui avait été relâchée la veille au soir par les terroristes à l'aéroport d'Alger. L'effet de ce débriefing précoce (en fait, il s'agissait presque d'un *defusing*) fut spectaculaire : abréactions intenses, verbalisation cathartique, sédation de l'effervescence émotionnelle et apaisement de l'agitation comportementale. Très peu de ces sujets eurent besoin de consulter ensuite.

Pour les autres passagers, qui avaient été libérés à Marseille le 25 décembre après-midi par l'assaut des gendarmes du GIGN, et qui furent acheminés sur Orly par trois vols échelonnés au cours de la nuit du 25 au 26 décembre, il ne fut pas possible de proposer un débriefing systématique, les autorités ayant organisé l'accueil de ces rescapés de façon très officielle, et le service de santé ayant reçu comme consigne de se tenir discrètement en réserve. Seuls une dizaine de rescapés très choqués, repérés par le service médical ou conduits par leur famille, purent profiter de débriefings individuels. Une note d'information put toutefois être remise à tous les rescapés ou leur famille. Beaucoup des

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

rescapés qui n'avaient pas pu bénéficier de débriefing souffrirent de troubles traumatiques dans les jours et semaines qui suivirent et s'adressèrent aux consultations indiquées sur cette note.

C'est à la suite de cette intervention que furent édictés (Crocq, 1999) les dix principes du débriefing « à la française » entrepris à la fois dans un but préventif et thérapeutique.

1. Ménager un sas intermédiaire où sont restitués l'espace, le temps et les valeurs normales.

2. Conforter dans leur personne les rescapés « dépersonnalisés » : personne qui n'a pas été abandonnée, qui est entendue et soutenue, mais qui devra récupérer son autonomie.

3. Les inciter à verbaliser leur expérience vécue de l'événement.

4. Les informer sur le stress et le trauma, et sur les symptômes transitoires présents et à venir, ainsi que sur les lieux de consultation en cas de besoin (avec remise d'une note d'information).

5. Aider les participants à s'arracher à leur sentiment d'isolement et d'incommunicabilité.

6. Harmoniser les relations du groupe, en évitant de perpétuer le « huis clos » et en désamorçant ses dérives xénopathiques d'opposition à tout ce qui est extérieur au groupe.

7. Inviter à réduire les sentiments d'impuissance, d'échec et, pour partie, de culpabilité.

8. Préparer les sujets à la réinsertion dans le monde et les mettre en garde vis-à-vis des attitudes néfastes à éviter, dans les retrouvailles avec leur famille, dans les contacts avec les médias et dans leur considération des agresseurs (éventualité du syndrome de Stockholm).

9. Repérer les sujets fragiles qui auront besoin d'un soutien ultérieur.

10. Inciter les sujets à mettre un point final à leur aventure.

Parmi ces dix objectifs, le troisième, à savoir la verbalisation de l'expérience vécue, paraît primordial aux cliniciens français du trauma, qui se démarquent ainsi des stratégies américaines de débriefing, centrées sur le récit factuel. En effet, cette énonciation spontanée, dans un langage « authentique » et maïeutique, est

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

la seule attitude qui puisse permettre au sujet de se dégager d'un trauma en gestation, et procurer le soulagement cathartique (l'approche cathartique fera l'objet de la leçon suivante). La nature du trauma est d'être une expérience vécue de chaos, de mort et de néant, et aussi d'impensable, d'irreprésentable et d'indicible. Et c'est la parole, avec son réseau de signifiants, qui peut introduire encore à temps ce fantasme protecteur et assimilateur. L'essentiel de la démarche française, par rapport à celle de Mitchell, est de ne pas intimer au sujet l'ordre de différer l'expression de ses émotions. La meilleure consigne est : « Dites en vrac, spontanément, comment vous avez vécu cet événement ; aussi bien ce que vous avez vu et entendu que ce que vous avez ressenti, ou pensé, même si cela vous paraît sans intérêt, ou difficile à dire. »

PIÈGES ET LIMITES DU DÉBRIEFING

Pour Lebigot (1997), l'avantage *a priori* du débriefing collectif est que chacun des participants peut se reconnaître en partie dans le discours de l'autre. Toutefois, comme chacun a affronté l'événement d'une manière qui n'appartient qu'à lui, la circulation groupale de la parole, même si elle est source d'enrichissement mutuel, doit surtout être l'occasion pour lui d'apercevoir son vécu intime de l'événement et de se démarquer de l'expérience des autres. La version de l'événement découlant de la somme de tous ces témoignages n'est qu'une « fable collective » dans laquelle le sujet ne peut reconnaître sa vérité personnelle. Pour illustrer cette réflexion, on peut évoquer l'aventure de Fabrice del Dongo au soir de la bataille de Waterloo (dans le roman *La Chartreuse de Parme*, de Stendhal) : sa micro-expérience sur le terrain, donnant lieu à un état d'interrogation perplexe (« Ai-je bien assisté à une bataille ? ») ne saurait être élucidée par la vision globale de l'état-major.

Parmi les autres pièges qui peuvent compromettre le déroulement et l'efficacité du débriefing, Lebigot mentionne : le piège de la compassion affichée chez l'animateur, qui réduit le participant au rôle de pure victime et le dépouille de ses velléités

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

d'autonomie ; le piège de la « déculpabilisation », alors que la culpabilité – sur laquelle le discours lénifiant de l'animateur n'a pas de prise – est un levier thérapeutique qui doit être activé par le sujet lui-même, avec le soutien éventuel des autres participants ; le piège de la dérive projective avec mise en accusation de la hiérarchie, solution facile à laquelle l'animateur doit se garder de faire chorus ; et le piège de la « dédramatisation », qui prétendrait retirer artificiellement ce caractère essentiel de l'événement, qui est tout justement d'avoir été vécu comme un drame.

Départager la controverse sur l'efficacité du débriefing

LE DÉBRIEFING N'AMÉLIORERAIT PAS L'ÉTAT DES VICTIMES, VOIRE L'AGGRAVERAIT

Les sujets débriefés – victimes ou intervenants – déclarent ressentir un soulagement manifeste à l'issue de la séance, et un état de bien-être durable ensuite. Ils ne présentent plus de symptômes psychotraumatiques, ils ne sont plus obnubilés par le souvenir de l'événement et ils ont pu reprendre leurs activités professionnelles et familiales. Presque tous disent que la séance leur a permis de mieux comprendre la réalité de l'événement et la nature de leur propre réaction. Mais encore convient-il que ces données empiriques soient confirmées par des études statistiques. L'éthique interdit que l'on établisse un plan expérimental comparant, au lendemain d'une catastrophe traumatogène, des sujets bénéficiant du débriefing à des sujets que l'on prive de cette possibilité thérapeutique. Cependant, des carences d'organisation des secours ont pu faire que, dans certaines catastrophes, une telle discrimination ait pu se produire, et la comparaison statistique de leurs résultats (Bouthillon, 1992) montre (test statistique du chi_2 significatif à 0,002) que les sujets débriefés ou bien sont préservés de séquelles psychotraumatiques, ou bien ont des séquelles plus modérées.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Toutefois, certaines méta-analyses hollandaises récoltant des publications d'études sur le débriefing prétendent que les personnels débriefés en ressortent ou bien inchangés ou bien aggravés. De Clercq et Vermeiren (1999), qui ont repris l'inventaire de ces études, en comptabilisent plus qui sont favorables. Ils font remarquer en outre que ces études ont porté sur des catégories de personnes très différentes (victimes, mais aussi infirmières, travailleurs sociaux et bénévoles), des types de traumatismes dissemblables et des techniques de débriefing disparates ; et ils attirent l'attention sur les facteurs d'erreur consistant, en particulier, à appliquer à des victimes une technique de débriefing « à la Mitchell » (conçue pour des sauveteurs), et faire effectuer ce débriefing par des personnels non psychologues hâtivement formés.

DÉBRIEFING ET INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE PRÉCOCE : DEUX INTERVENTIONS DIFFÉRENTES

Pour faire le bilan critique du débriefing, en toute objectivité, il faut d'abord distinguer les différentes méthodes décrites sous ce seul vocable et les différentes options qu'elles recouvrent. La procédure définie par Mitchell (priorité du cognitif sur l'affectif, et du récit narratif sur l'expression des émotions, visée éducative et préventive plutôt que thérapeutique) est appropriée surtout aux « incidents critiques » chez des sauveteurs professionnels. L'incident critique n'implique pas nécessairement traumatisme et, dans la plupart des cas, on a affaire à un groupe de sauveteurs habitués à faire face à des catastrophes pourvoyeuses de tels incidents banals. En outre, les sauveteurs tiennent à garder la face, ils ne veulent pas être considérés comme des malades ; ils acceptent d'être confortés, mais non pas d'être soignés. Et ils le manifestent en adoptant, dès le début du débriefing, une certaine réserve vis-à-vis de toute tentative d'intrusion dans l'intimité de leur expérience émotionnelle. Aussi, la consigne de démarrer la séance par des narrations, puis, éventuellement, de faire part de cognitions

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

qui n'engagent à rien leur convient parfaitement. L'incursion tardive, brève et contrôlée dans l'univers de leurs émotions, qui succède à ces préalables, ne transperce pas leur cuirasse défensive, et ils ne concèdent que des vécus émotionnels conventionnels et anodins.

Il n'empêche qu'un tel débriefing demeure une opération psychologique et ne peut être assuré que par des psychologues professionnels, et spécialement formés tant aux questions du stress et du trauma qu'aux techniques d'intervention psychologique. Vouloir faire assurer des débriefings par des pairs non psychologues, comme le prétendent Mitchell et Dyregrov, me paraît hasardeux.

Par contre, le débriefing « à la française », tel que pratiqué par Crocq (1999), Lebigot (1997), Cremniter (2000), De Clercq (1999), De Soir et Vermeiren (2002) et d'autres, où la consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent l'envie de le faire, où le préalable narratif n'est pas imposé, et où l'objectif est à la fois préventif et thérapeutique, s'adresse à des victimes qui sont en état de souffrance psychique et qui présentent des symptômes psychotraumatiques avérés ou émergents. Et ce débriefing doit être impérativement assuré par des soignants – psychiatres ou psychologues cliniciens – bien au fait de la psychotraumatologie et spécialement formés à la méthode du débriefing psychodynamique. Cette seconde acception du mot débriefing désigne en réalité un acte thérapeutique (Passamar *et al.*, 2003), qui parfois peut se suffire à lui-même, parfois encore doit être renouvelé à plusieurs reprises à de courts intervalles pour apporter la guérison, et parfois enfin ne constitue qu'une initiation thérapeutique incitant le patient à entreprendre une thérapie plus conséquente, en cabinet de consultation.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Conclusion

Quoi qu'il en soit, concernant le débriefing à la française appliqué à des victimes, pour lever toute équivoque, il vaut mieux renoncer à employer le terme même de débriefing et dénommer cette procédure par ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire une « intervention psychothérapeutique précoce » (Crocq, 2002a) ; Clara Duchet (2002) précise même qu'il s'agit d'une « intervention psychothérapeutique post-immédiate » (IPPI).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

14e LEÇON

L'approche cathartique

Le traitement des syndromes psychotraumatiques à la phase différée-chronique a fait l'objet de nombreuses publications, qui se réfèrent à des théories très diverses. Certaines préconisent la prescription de médicaments, justifiée tant par la demande du patient (limitée le plus souvent à la réduction des symptômes gênants d'insomnie, d'anxiété et d'asthénie) que par les recherches contemporaines en neurobiologie, qui débouchent sur des produits proches des substances impliquées dans les désordres neuronaux sous-jacents au trauma.

D'autres appliquent les théories cognitivo-comportementales, en cherchant – par l'engagement du patient dans un « contrat » – à le débarrasser de ses conditionnements traumatiques. D'autres se limitent à un soutien psychothérapeutique fondé sur l'écoute de la plainte du patient et l'accompagnement empathique et compréhensif. Parmi celles-ci, certaines utilisent l'appoint préalable d'une modification de l'état de conscience propice à la prise d'un certain recul dans la manière d'appréhender la réminiscence du vécu traumatique.

D'autres enfin s'engagent dans une psychothérapie plus profonde, dynamique, psychanalytique (Vitry, 1999), pour peu qu'il y ait un désir sincère du patient à se débarrasser de sa fascination secrète pour son trauma ; cette psychothérapie passe par le

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

transfert et aborde les racines profondes du trauma, telles que l'effondrement narcissique, la honte et la culpabilité.

Toutes ces méthodes ont un point commun : c'est que l'expérience brute, sensorielle, du trauma est évoquée préférentiellement dans le discours du patient et que, dans cette évocation, elle bénéficie de la verbalisation, c'est-à-dire la transposition des éprouvés « insensés » en mots et en symboles porteurs et révélateurs de sens. Toutes procurent ainsi à la souffrance son soulagement éclairé, qui est le fondement de la « méthode cathartique », qu'il convient d'examiner attentivement.

Les précurseurs de la méthode cathartique

C'est en 1893, dans sa *Communication préliminaire*, que Freud a préconisé pour la première fois la « méthode cathartique » dans le traitement des hystéries traumatiques. En utilisant l'adjectif « cathartique », Freud se référait aux médecins et philosophes de l'Antiquité grecque, dont Aristote, qui avait consacré deux textes à la *catharsis*, ou soulagement éclairé.

CATHARSIS ET PSYCHOTHÉRAPIE DANS LA GRÈCE ANTIQUE

Dans le vocabulaire grec attique, le mot *catharsis* signifie « purification », plutôt que « purgation ». Seul Hippocrate (*Aphorismes*, § 1254, 400 av. J.-C.) l'utilise au sens de purgation. Pour Platon (*Phédon*, 67 c, *Cratyle*, 405 a, 380 av. J.-C.), le mot désigne le soulagement ressenti par l'âme après la satisfaction d'un besoin moral. Hérodote (*Histoire*, 1, 35, 380 av. J.-C.) l'utilise au sujet des cérémonies de purification des candidats aux mystères de l'initiation à Éleusis. Mais c'est Aristote (350 av. J.-C.) qui explicitera vraiment ce concept, dans deux textes célèbres, la *Politique* et la *Poétique*. Dans la *Politique* (VIII, 7), au sujet de la sensation de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

bien-être qui suit l'exaltation des chants d'enthousiasme, il écrit : « Les chants d'enthousiasme transportent l'âme hors d'elle-même, puis procurent l'apaisement, semblable à l'action d'un remède ou d'une *catharsis* : après la peine vient la joie innocente et, pour tous, une sorte de soulagement mêlé de bonheur. » Dans la *Poétique* (VI, 2), il dénomme *catharsis* cette sensation à la fois de purification et d'apaisement que ressent le spectateur d'une tragédie lorsque, après avoir subi un crescendo d'émotions pénibles induit par le jeu des acteurs masqués mimant et déclamant le drame, il découvre le dénouement moralisateur et porteur de sens, énoncé par le chœur ou le coryphée à la fin de la pièce et qui apporte de la signification là où il n'y avait que l'absurde, et du rationnel là où il n'y avait que le désordre : « La tragédie, imitation (*mimésis*) exécutée par des personnages en action, accomplit, par la médiation de la peur et de la pitié (*phobos kai éléos*), la *catharsis* ou soulagement épuré de ces passions, et de tous les sentiments du même genre (*toïouton pathématon*). » Non seulement la tragédie a permis au spectateur d'assimiler les mythes fondateurs de la cité, non seulement elle apaise le désordre émotionnel qu'elle a suscité, mais en outre, elle le rend capable désormais de surmonter toutes ses passions.

Ces réflexions d'Aristote sur la *catharsis* se situent dans le contexte de la thérapeutique pratiquée à cette époque dans les temples d'Apollon guérisseur et d'Asclépios. Les patients venaient dormir dans les *abatons* (dortoirs sacrés, lieux que l'on ne foule pas aux pieds) près du sanctuaire du dieu, et le dieu leur envoyait en songe le message clé de la guérison, message obscur que le prêtre-médecin *onirocrite* (interprète des songes) aidait à déchiffrer. Aristote avait écrit un traité d'*onirocritique*, et beaucoup d'autres auteurs avant et après lui, comme Artémidore d'Éphèse (140 après J.-C.), dont le traité livrant la clé des songes par associations, homonymies, calembours et symboles était entre les mains de Freud lorsque ce dernier écrivit la *Traumdeutung* en 1900. Artémidore est le premier qui préconisa l'association dans le déchiffrement des songes (« Tout l'art d'interpréter le songe consiste à mettre côte à côte les choses semblables… »). Il s'agit là d'une véritable thérapeutique de l'âme, ou *psychothérapie* au

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

sens étymologique, et Antiphon le sophiste ne s'y était pas trompé, lui qui vers 430 av. J.-C., installé sur l'agora de Corinthe, avait fait savoir à ses concitoyens qu'il pouvait guérir tous ceux qui souffraient d'affliction, en les faisant parler et en leur faisant prendre conscience des causes de leur peine (Plutarque, *Vie des dix orateurs*, I, 833).

Socrate (470-399 av. J.-C.), fils d'une sage-femme, avait créé la *maïeutique*, ou art de l'accouchement (et de la « délivrance ») de l'âme. Par le dialogue, il conduisait ses interlocuteurs à se découvrir dans leurs propres réponses. Son rôle était d'arracher l'interlocuteur à sa tranquillité, de créer un déséquilibre, et de l'inciter à faire un effort personnel pour rechercher un nouvel équilibre. C'est dire que la psychothérapie selon Socrate implique des remaniements dynamiques, qu'elle passe par la parole énonciatrice et révélatrice de sens, et surtout qu'elle nécessite un effort personnel du patient, qui se guérit lui-même et reconquiert son libre arbitre.

LA CRISE SALUTAIRE AU SIÈCLE DES LUMIÈRES

La psychothérapie et la *catharsis* ont été victimes d'une longue désaffection imposée par la pensée augustinienne, pendant tout le Moyen Âge, et même la Renaissance. La crise était considérée alors comme manifestation de possession diabolique. Il a fallu attendre le XVIII^e^ siècle pour réhabiliter la crise comme moment de guérison. Les prédicateurs anglicans des années 1720-1760, tels les frères Wesley, suscitaient par leurs sermons la crise propre à provoquer la conversion religieuse chez les incroyants. Leurs prêches donnaient une telle vision des tourments de l'enfer et des béatitudes du paradis, que chacun avait l'impression que ces paroles s'adressaient directement à lui et, pris de terreur, tombait au sol et se livrait à des convulsions dont il sortait soulagé et transfiguré. À côté de la conversion des mécréants, la méthode servait aussi de thérapeutique pour les troubles émotionnels. Wesley note dans son journal : « Vers 10 heures du matin, Mme J. C., qui était assise à son travail, fut soudain prise

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

en son âme de terribles frayeurs accompagnées de tremblements ; cela dura toute l'après-midi ; mais le soir, à la réunion, Dieu changea l'oppression en joie » (cité par W. Sargant, 1959).

Quelques décennies après, les théoriciens du « magnétisme animal » et du « somnambulisme artificiel » apportèrent une caution scientifique (pour la science de l'époque) à ces phénomènes de « bonnes crises ». L'Autrichien Mesmer, venu à Paris en 1778 traiter des hystériques mondains dans son hôtel de Bouillon, en les reliant en groupe à un baquet contenant de l'eau et du fer, provoquait par le contact de sa baguette la crise salutaire chez ceux qu'il avait repérés comme mûrs pour cet instant. Les patients ainsi désignés tombaient incontinent en transes et étaient conduits dans des boudoirs jusqu'à la fin de leur crise, d'où ils émergeaient apaisés. Mesmer, se référant aux découvertes récentes sur l'électricité et les aimants, avait échafaudé une théorie du *magnétisme animal*, ou fluide vital, préfiguration de l'énergie psychique de Beard et de la libido freudienne : certains souffraient d'une stase de leur fluide, d'autres n'en avaient pas assez, d'autres encore en avaient trop, d'où les bienfaits à tirer de la mise en circulation commune des fluides.

Parmi les disciples de Mesmer, le marquis de Puységur, officier des armées de la Révolution et de l'Empire, traita lui aussi des patients hystériques par des techniques similaires dans son château de Buzancy où il avait fait magnétiser un orme pour des guérisons collectives. Puységur mettait par suggestion ses patients en état de somnambulisme, provoquant une crise dite d'« intelligence lucide » au cours de laquelle les patients devenaient étonnamment perspicaces et clairvoyants et énonçaient la cause de leurs maux ; puis ils s'éveillaient soulagés et guéris, mais amnésiques de la crise.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LE SOMNAMBULISME ARTIFICIEL, L'HYPNOTISME ET L'HYPNOSE DANS LA MÉDECINE DU XIX^e SIÈCLE

En 1813, l'abbé Faria vient des Indes portugaises à Paris pour ouvrir un cours public de magnétisme et s'attache à la rédaction d'un ouvrage théorique dont seul le premier volume paraîtra en 1819, peu de temps avant sa mort. L'apport principal de ce livre (*De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*) est de dénier tout pouvoir au magnétiseur et d'attribuer le phénomène du sommeil lucide à l'imagination même du patient, ou plutôt à sa « conviction intime », sorte d'intuition de l'âme, distincte de la « conviction sensitive » (donnée par les sens), de la « conviction habituelle » (décantée de l'expérience) et de la « conviction démonstrative » (issue du raisonnement logique).

Cette même année 1819, Deleuze, admirateur de Puységur, souscrit à la théorie du fluide. Son apport théorique, écrit dans son *Histoire critique du magnétisme animal* (1819), repose sur sa théorie des traces, préfiguration de l'inconscient (« Toutes les sensations que nous avons éprouvées dans notre vie ont laissé des traces dans notre cerveau »), à la remémoration desquelles le sommeil somnambulique nous fait accéder. Qui plus est, c'est en « énonçant » cette secrète vérité découverte dans ses souvenirs oubliés que le patient va trouver la clé de son changement, changement qu'il appartient au thérapeute de guider sur la bonne voie. « Le somnambule, écrit Deleuze, retrouve dans sa mémoire le souvenir des choses qu'il avait oubliées pendant la veille […]. Il s'énonce avec une facilité surprenante […] il se perfectionne de lui-même pendant un certain temps s'il est conduit avec sagesse […]. Lorsqu'il rentre dans l'état naturel, il perd absolument le souvenir de toutes les sensations et de toutes les idées qu'il a eues dans l'état de somnambulisme. »

> En 1836, aux eaux d'Aix, le docteur Despine prend en charge le cas désespéré de la petite Estelle, une enfant de 12 ans qui persévérait depuis deux ans dans une paralysie hystérique doublée d'anorexie après avoir fait une

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

chute vexatoire sur son séant devant des petits garçons, paralysie que les médecins attribuaient à une lésion de la moelle. Despine, mettant à profit les fantasmes de l'enfant qui se croyait réconfortée chaque soir par un chœur d'anges, entreprend sa cure sous état magnétique en créant une seconde personnalité « angélique » saine, qui prend peu à peu le pas sur la personnalité morbide de l'enfant. Au bout d'un an de cure, l'enfant rentre chez elle ayant récupéré sa motricité et son appétit, et les journaux locaux l'appellent la « petite miraculée ». Ce qui compte dans cette psychothérapie, ce n'est pas tellement la suggestion induite par le thérapeute, mais le fait qu'il l'ait initiée à partir des propres élaborations fantasmatiques de l'enfant.

En 1841, l'Anglais Braid crée le terme d'« hypnotisme » et applique la « neurohypnologie » à l'anesthésie. Le Bordelais Azam, ayant pris connaissance de ses travaux, appliquera l'hypnotisme à l'exploration et au traitement des personnalités alternantes dont celle de sa célèbre patiente Félida. En 1866, Liébeault, médecin philanthrope, s'intéresse à l'hypnotisme, et traite gratuitement dans les faubourgs de Nancy les patients qui acceptent de faire l'expérience de ce traitement. Dans son ouvrage *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, il défend la thèse de l'identité des deux sommeils, normal et hypnotique, et insiste sur la suggestion, la passivité et l'absence d'autocritique qui caractérisent ces deux états. Bernheim, professeur de médecine à la faculté de Nancy, reprend en 1882 les études de Liébeault, assigne à la suggestion le rôle clé de l'hypnose et affirme, au vu de ses constatations, que l'état hypnotique peut être le fait non seulement des hystériques, mais aussi de tout sujet normal. En 1884, il publie ses réflexions dans son livre *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* ; tous ces auteurs sont cités par Barrucand (1967).

De 1884 à 1893 (année de la mort de Charcot), l'école de la Salpêtrière va s'opposer à l'école de Nancy. Charcot, ayant en charge le pavillon des hystériques, préconise leur traitement par l'hypnose, après avoir osé défendre l'hypnotisme dans une communication à l'Académie des sciences (1882). Une pléiade

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

d'élèves du maître, dont Binet, Ferré, Richer, Gilles de la Tourette et Luys, s'attachent, au prix de démonstrations souvent discutables, à réfuter les assertions de l'école de Nancy.

Janet et Freud : désinfection morale et méthode cathartique

LA DÉSINFECTION MORALE SELON PIERRE JANET : RÔLE DE LA PAROLE

Pour Janet (*L'Automatisme psychologique*, 1889), la thérapeutique passe par l'exploration sous hypnose des souvenances traumatiques oubliées de la conscience et, une fois que le thérapeute en a connaissance, par leur révélation au patient à son réveil. En outre, à la fin de la séance d'hypnose, Janet suggère une autre issue, heureuse, à substituer à l'issue dramatique de l'événement causal. Mais, cette révélation et cette induction effectuées sous hypnose, et couvertes par l'amnésie au réveil, s'avéreront précaires, faute que le patient en soit lui-même convaincu (il pourra toujours objecter que cette guérison, effectuée à son insu pendant son sommeil, n'a pas impliqué sa participation consciente ni entraîné son adhésion). Aussi Janet va-t-il modifier sa technique thérapeutique et mobiliser la participation et le discours du malade, à l'état conscient. En 1919, dans son ouvrage *Les Médications psychologiques*, il précise sa thérapeutique de désinfection ou de « dépuration » morale, comportant d'abord la « décharge » des émotions provoquée par la reviviscence de l'événement, et ensuite la verbalisation de cette expérience brute. Le terme de « dépuration morale » n'est pas sans faire écho aux « passions épurées » d'Aristote.

En utilisant des mots et des symboles, on passe de la perception brute de l'événement à l'élaboration d'un produit cognitif et transmissible à autrui. À la différence de la réminiscence

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

traumatique (terme emprunté à Freud), qui est une hallucination répétant la perception et l'éprouvé brut, la mise en mots et l'élaboration d'un discours sont des opérations d'un niveau supérieur, qui se dégagent du vécu initial en l'objectivant et en y apportant du sens. Et Pierre Janet écrit plus loin (1919) : « Il suffit bien souvent de traduire une action en parole pour la rendre différente de ce qu'elle était. Ainsi, ce que le sujet ne peut saisir directement, il le saisira indirectement. »

Janet va parachever la thérapeutique en invitant à l'intégration de ce souvenir (reconstruit) dans l'histoire de vie : « Cet acte [l'élaboration langagière de l'événement] est d'ailleurs susceptible de perfectionnements : il faut savoir non seulement le faire, mais savoir le situer, l'associer aux autres événements de notre vie, le ranger dans l'histoire de notre vie que nous construisons sans cesse et qui est un élément essentiel de notre personnalité. »

LA MÉTHODE CATHARTIQUE DE FREUD : ABRÉAGIR ET ASSOCIER

Freud expose sa « méthode cathartique » dans la *Communication préliminaire* (1893) et dans le quatrième chapitre (« Psychothérapie de l'hystérie ») de l'ouvrage *Études sur l'hystérie*, écrit en collaboration avec Breuer (1895). Il confesse que la découverte de la méthode fut fortuite : « À notre grande surprise, nous découvrîmes que chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à réveiller l'affect lié à ce dernier et quand, alors, le patient décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale. »

Freud, en note, signalait ses emprunts à des travaux antérieurs de Pierre Janet (traitement d'une jeune fille, rapporté dans *L'Automatisme psychologique*, 1889), de Delbœuf (*Le Magnétisme animal*, 1889 : « Le magnétiseur assure la guérison en remettant le patient dans l'état où le mal est apparu et combat par la parole

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

ce même mal, mais renaissant »), et de Binet (dans *Les Altérations de la personnalité*, 1892 : « En reportant le malade par un artifice mental, au moment même où le symptôme est apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative »).

Freud précisait que la simple reviviscence émotionnelle, ou « abréaction », ne pouvait pas procurer à elle seule la guérison. Elle pouvait se répéter à l'infini sans apporter la moindre amélioration. Il fallait donc : 1) faire revivre (sous hypnose ou par tout autre procédé) l'événement originel au patient, *in statum nascendi* (tel qu'il avait été vécu lors de sa survenue) ; 2) le faire revivre assorti de toute la charge des affects restés coincés ; et 3) de demander au patient d'établir des associations d'idées à son sujet (« Le procédé psychothérapeutique supprime les effets de la représentation qui n'avait pas primitivement été abréagie, en permettant à l'affect coincé par celle-ci de se déverser verbalement ; il amène cette représentation à se modifier par voie associative en l'attirant dans le conscient normal [sous hypnose légère] ou en la supprimant par suggestion médicale… »).

Cette « élaboration associative » va donner du sens à l'événement jusqu'à présent indicible et absurde, et l'inscrire dans le grand complexe des significations – culturelles et personnelles – propres au sujet. Freud faisait remarquer (1895) que, alors que le « procédé cathartique » était inefficace pour traiter la neurasthénie, la « méthode cathartique » appliquée aux hystéries traumatiques « aboutissait à un succès total et définitif ».

À ce sujet, il convient de récuser les dires de psychanalystes mal informés et inconditionnels du transfert, qui, confondant *catharsis* et abréaction, prétendent que la *catharsis* n'apporte aucune amélioration, si ce n'est un soulagement précaire de fin de crise. C'est méconnaître que la méthode cathartique freudienne implique un travail d'élaboration associative.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les techniques cathartiques après Freud et Janet

HYPNOSE ET NARCO ANALYSE DANS LE TRAITEMENT DES NÉVROSES DE GUERRE EN 1914 1918

Quoi qu'il en soit, si Abraham (1918), freudien orthodoxe, avait renoncé à la méthode abréactive pour traiter les soldats traumatisés par « une sorte de psychanalyse simplifiée par laquelle je les amenais à comprendre l'origine de leur mal », Ferenczi, disciple plus indépendant, fondait la guérison sur la découverte et la reconstruction du sens des souvenirs traumatiques enfouis. Il consacrera d'ailleurs plus tard (1930) un article pour réhabiliter explicitement la catharsis, tant cette *paléocatharsis* liée au trauma que la *néocatharsis* qui se produit au cours de cures traditionnelles. (« La *néocatharsis* désigne les abréactions spectaculaires qui, tard au cours de la cure, tentent de reconstruire le passé à partir des symboles mnésiques corporels que sont les symptômes de conversion, en le faisant adhérer au sentiment de réalité, lui conférant enfin le statut de véritable souvenir […]. Est-ce que cela valait la peine de faire ce long détour du transfert pour en revenir à cette vieille bonne *catharsis*, la *paléocatharsis,* que l'on croyait enterrée ? ») Enfin, un jeune psychiatre allemand, Simmel, admirateur de Freud, applique les théories du maître à la thérapie des névroses de guerre. À l'hôpital militaire de Poznan, il demande aux soldats traumatisés de raconter leurs rêves, note les gestes et mimiques qui accompagnent leur récit et assoit sa thérapie sur l'interprétation de ces rêves traumatiques. Il consignera son expérience clinique dans un ouvrage, paru en 1918, *Kriegsneurosen und Psychisches Trauma*.

Mais, en 1914-1918, le traitement cathartique des névroses de guerre est utilisé aussi par des psychiatres non psychanalystes, tant au sein des armées austro-allemandes que dans le camp des alliés. Nonne (1915), à Berlin, fait état de résultats satisfaisants dans 51 cas sur 63 traités par hypnose. L'Anglais Ballard (1917)

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

préconise d'utiliser l'hypnose sur deux cibles : le symptôme hystérique apparent et la peur sous-jacente qui l'a fait naître ; et Parsons (1915) précise qu'il convient de faire revivre sous hypnose les événements où le traumatisé a eu la peur de la mort devant les yeux (« *the fear of death before his eyes* »).

D'autres praticiens, ayant observé que des soldats blessés revivaient intensément sous anesthésie l'événement causal de leur blessure et ressentaient ensuite un soulagement à leurs troubles psychiques, eurent l'idée d'utiliser la narcose (éther, chloroforme, protoxyde d'azote) sur des traumatisés psychiques sans blessure physique. Dawson (1916), ayant remarqué qu'un soldat rendu sourd et muet à la suite d'une explosion d'obus s'était mis à crier sous l'anesthésie d'une extraction dentaire au protoxyde d'azote, procède à une nouvelle séance d'anesthésie et réduit totalement la surdi-mutité lors de l'abréaction excitatoire ainsi réalisée. Bruce (1916) préfère l'éther au chloroforme, à cause du réveil plus rapide (« le patient découvre d'un coup qu'il est capable de voir ou d'entendre… »). En Italie, Pansera et Chiadini (1916), faisant état de 68 cas de mutisme de guerre traités par narcose au chloroforme ou à l'éther, estiment que ces produits n'agissent pas par action neurobiologique sur les cellules cérébrales, mais plutôt en levant les inhibitions « fonctionnelles » entre les centres du langage et les centres de contrôle cérébral.

PROCÉDÉS CATHARTIQUES DURANT LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Les méthodes cathartiques seront à nouveau utilisées lors de la Seconde Guerre mondiale. En juin 1940, à Londres, Sargant et Slater (1944, 1945) utilisent la subnarcose barbiturique pour traiter les soldats choqués lors du réembarquement de Dunkerque ; et ils continuent de l'employer pour le traitement des victimes – civiles et militaires – du blitz de Londres. Leur technique démarrait par une injection intraveineuse lente (cinq minutes au moins) de barbital sodique (ou penthotal), puis ils demandaient

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

au patient de se replacer mentalement dans la situation où l'événement causal était survenu. Le patient se mettait à parler dans un état de subnarcose, entre veille et sommeil. En fin de séance, on le raccompagnait à son lit et on l'entretenait sur ce qu'il venait de dire. Ainsi ses souvenirs remontés à la conscience n'étaient pas à nouveau oubliés. Parfois, une seule séance ne suffisait pas à abréagir tout le trauma et il fallait la renouveler jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'histoire complète, sans lacunes. Sargant et Slater avaient remarqué que l'abréaction excitatoire sous subnarcose, éprouvante et épuisante pour le patient, était suivie d'une sensation d'apaisement et d'un état de suggestibilité propice à l'intervention psychothérapeutique. Ils avaient remarqué aussi que si cette abréaction excitatoire n'était pas obtenue, il fallait recommencer (au besoin en remplaçant la subnarcose barbiturique par la narcose à l'éther) pour l'obtenir, et c'est seulement alors que le soulagement cathartique et la disparition définitive des symptômes se produisaient.

Dans l'armée américaine, de 1941 à 1945, et même après, l'hypnose et la narco-analyse au penthotal furent largement utilisées par les psychiatres. Kaufman (1947) traitait les soldats soit par hypnose soit par narco-analyse barbiturique, selon les cas. Il a laissé plusieurs reportages filmés sur ses cures : en tout état de cause, il ne s'arrêtait jamais au stade facile mais précaire de la cessation précoce du symptôme sous l'effet de l'abréaction, mais invitait le patient à rechercher – en se transposant au moment même où le symptôme était apparu – la cause profonde, signifiante, de ce symptôme.

> Ainsi, pour un sujet qui, atteint de bégaiement hystérique lors de son retour du front de Normandie, cesse subitement de bégayer dès l'injection de penthotal et s'écrie qu'il est guéri, Kaufman le force – malgré la résistance du patient à vouloir s'en tenir au présent – à retrouver le moment où ce bégaiement était apparu. C'était, dit le patient, sur le bateau du retour vers les États-Unis, lorsqu'il avait voulu dire à ses camarades qu'il venait de voir des poissons volants à bâbord (« *flying fishes on the ship in leftside* ») : il ne parvenait pas à prononcer les S et ses camarades se

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> moquaient de lui… Pourquoi buttait-il sur le S, lui demande Kaufman ? Et le patient, tout d'un coup, se remémore ce souvenir oublié : c'est parce que cela lui rappelait le sifflement de l'obus allemand de 88 qui arrivait sur sa position de combat…

On doit à Grinker (1946) le terme de « narcosynthèse », plus adéquat que celui de narco-analyse pour désigner cette thérapie cathartique, qui implique une attribution de sens à l'expérience traumatique et son insertion dans une nouvelle synthèse de la personnalité.

LA MÉTHODE CATHARTIQUE AUJOURD'HUI

Les travaux des psychiatres militaires

Après 1945, la méthode cathartique par subnarcose fut encore utilisée aux États-Unis pendant la guerre de Corée et en France tant pour des troubles séquellaires de la Seconde Guerre mondiale que pour des névroses de guerre apparues pendant la guerre d'Indochine et la guerre d'Algérie. En France, Crocq (1966, 1968) associa l'amphétamine au barbiturique, les effets des deux produits se conjuguant : levée des inhibitions de l'état de veille et stimulation de la mémoire. De toute façon, comme l'avait souligné Kaufman, la subnarcose amphétaminée ne constituait pas à elle seule une thérapie ; elle n'était qu'un procédé chimique pour aider le patient à se reporter à l'instant traumatique, expulser dans une abréaction libératrice tout l'arriéré des affects retenus et, surtout, énoncer avec des mots une expérience demeurée jusqu'alors enfouie dans sa forme sensorielle brute et indicible. La subnarcose n'était, en fait, que l'amorce d'une psychothérapie qui allait comporter tout un travail d'attribution de sens et de réinsertion dans l'histoire de vie.

Il arrive que la subnarcose, en plusieurs séances successives, révèle plusieurs événements traumatiques survenus à des âges de la vie différents et surdéterminent un symptôme.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

> Ainsi cet officier venu consulter en 1967 (Crocq, 1999) pour un sursaut spontané de l'épaule droite, répété plusieurs centaines de fois par jour, et gênant pour sa vie professionnelle et familiale. Une première séance de subnarcose amphétaminée réactive le souvenir désagréable de sa vie de commando en Indochine, dans les années 1950-1952, alors qu'il s'approchait silencieusement des sentinelles ennemies pour les tuer à l'arme blanche avant qu'elles ne pussent tirer ou donner l'alerte ; le sursaut de l'épaule répète le geste meurtrier. Une seconde séance lui fait revivre les bonds qu'il dut effectuer à plusieurs reprises pour échapper à des agressions à la grenade. Enfin, lors d'une troisième séance, il se retrouve enfant, à l'âge de 5 ans, en 1919 dans la Somme, jouant à la lisière d'un champ que son père est en train de labourer ; et voilà que subitement, il voit son père se précipiter sur lui, lui arracher des mains l'objet avec lequel il est en train de jouer et jeter cet objet au loin : c'était une grenade quadrillée, reste des combats qui s'étaient déroulés sur ce terrain quelques années plus tôt… La thérapie qui va suivre va consister à laisser le sujet assimiler la signification originelle de son tic de sursaut, et la surdétermination de cette signification ; et elle va aussi le laisser replacer tous ces signifiants dans son histoire de vie.

Certains psychiatres américains utilisent toujours la subnarcose barbiturique pour le traitement des états de stress post-traumatiques (équivalents de la névrose traumatique) consécutifs à la guerre du Vietnam. Ainsi, Kolb (1985) met ses patients sous subnarcose et leur projette des films de combat du Vietnam, provoquant ainsi des reviviscences et des abréactions propices à la verbalisation de l'expérience traumatique brute.

Hypnose légère, relaxation et EMDR

En France, pour différents motifs, dont des motifs éthiques (le penthotal avait été assimilé au sérum de vérité dans des investigations policières aux États-Unis), on renonça à la subnarcose barbiturique. Mais beaucoup de thérapeutes pensent que procurer la *catharsis*, par un moyen moins invasif, est souvent un préalable indispensable à l'engagement d'une psychothérapie de la névrose traumatique. Ainsi, pour faciliter cette approche cathartique et

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

lever quelques résistances de l'état d'hypervigilance, certains thérapeutes mettent le patient sous hypnose légère (ériksonnienne), ou en état de relaxation, l'invitent alors à se reporter au moment de la survenue de l'événement traumatique, et obtiennent ainsi des reviviscences émotionnelles propices aux associations pourvoyeuses de sens. Une technique récente, dite EMDR (*eye movement desensitization reprocessing,* Shapiro, 1989), qui consiste à faire suivre du regard au patient le doigt du thérapeute en déplacement régulier sur le pourtour de son champ visuel et à lui demander de se reporter à l'instant du trauma et de décrire l'état psychique ainsi retrouvé, est en fait une redécouverte de la méthode cathartique sous un procédé parahypnotique. Beaucoup de thérapies cognitivo-comportementalistes, impliquant aussi de telles reviviscences abréactives assorties d'une découverte de sens, relèvent en dernière analyse de la méthode cathartique.

Commentaire conclusif : l'approche cathartique

Freud avait parlé de « procédé cathartique », puis de « méthode cathartique » et de « psychothérapie cathartique ». Renonçant à ces vocables ambitieux, on préférera celui, plus modeste, d'« approche cathartique ». L'approche cathartique, ou manière d'aborder le trauma, d'accéder à lui, consiste à inviter le patient à se replacer mentalement dans la situation où il était lorsque l'événement est survenu, et, plutôt que de chercher à faire un récit factuel, à retrouver son état psychique d'alors et à improviser spontanément les paroles qui lui avaient fait défaut lors de l'irruption absurde et « insensée » de l'événement. Il s'agit d'une énonciation et non pas d'un récit, même si cette verbalisation de l'expérience vécue comporte aussi bien des éléments factuels que des éprouvés sensoriels, sensitifs, volitionnels, moteurs et idéatoires. C'est son expérience brute qu'il s'agit pour le patient de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

retrouver dans cette réminiscence, et de la transformer en souvenirs par la parole révélatrice ou attributive de sens.

Compte tenu de la spécificité exogène de la névrose traumatique, de la fascination secrète et jalouse du traumatisé pour son trauma (attitude qui témoigne à la fois d'une résistance à l'intrusion thérapeutique et d'une sourde invite à l'exploration), et de la nature même du phénomène trauma (qui est essentiellement confrontation inopinée au réel de la mort et du néant, et par là même court-circuit dans le signifiant), l'approche cathartique demeure la voie royale pour initier le traitement de cette névrose particulière. Permettant d'accéder sans résistance au noyau de l'expérience traumatique et invitant à l'énonciation associative et attributive de sens, elle peut constituer une clé pour l'initiation d'une thérapie plus longue et aider le traumatisé à aborder enfin la question de son trauma.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

15e LEÇON

Préhistoire et histoire du trauma

La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des hommes et leur interrogation surprise face à l'irruption incompréhensible de la mort. On en retrouve trace dans les relations des historiens, les observations des médecins et les réflexions des psychologues qui vont entreprendre l'exploration psychologique du phénomène de trauma. En gros, on peut distinguer quatre grandes périodes dans la préhistoire et l'histoire du trauma (Crocq, 2001) :

1. La période des précurseurs, qui s'étend de l'Antiquité à la guerre de Sécession américaine (1862-1865) : on y parle des cauchemars de bataille et du vent du boulet.

2. La période des fondateurs, initiée autour des *Leçons du mardi* de Charcot, à la Salpêtrière, avec les apports d'Oppenheim, de Pierre Janet et de Freud. Le concept de « névrose traumatique » y voit le jour.

3. La période des continuateurs, qui englobe les deux guerres mondiales, les guerres postcoloniales et les conflits des années 1960 (Moyen-Orient et guerre du Vietnam) : les observations y sont plus poussées, mais aucun concept nouveau n'est proposé.

4. La période des novateurs, qui voit les cliniciens du système nosographique américain *DSM* proposer l'entité diagnostique

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

« *post-traumatic stress disorder* » (en français « état de stress post-traumatique ») ; et la réaction des cliniciens francophones insister sur la nécessaire distinction entre les concepts de « stress » et de « trauma », et sur la définition du trauma comme expérience de rencontre inopinée avec le réel de la mort.

La période des précurseurs

L'ANTIQUITÉ ET LE MOYEN ÂGE

L'Antiquité nous livre de véritables observations cliniques, tel le cas du guerrier athénien Épizelos (Hérodote, 350 av. J.-C.), atteint de cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon, alors qu'un ennemi perse de grande taille et pesamment armé passe près de lui sans le voir pour aller occire son camarade : les deux caractères de la conversion hystérique y sont clairement identifiables, puisque c'est la fonction qui a véhiculé la frayeur (la vue) qui est suspendue et puisque le symptôme procure au sujet la sollicitude de ses concitoyens (bénéfice secondaire).

L'Antiquité fait aussi mention des rêves traumatiques dans le *Traité des songes* d'Hippocrate (400 av. J.-C.) et dans le *De natura rerum*, de Lucrèce (40 av. J.-C.) : « Ils répètent et revivent leurs exploits dans leurs rêves. Les rois prennent des villes d'assaut ; ils se lancent dans la mêlée, crient comme s'ils étaient égorgés. D'autres se débattent, gémissent et emplissent l'air de leurs clameurs. »

Au Moyen Âge, les *Chroniques* de Froissard (1388) font état aussi de rêves traumatiques ; en particulier les rêves somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, frère bâtard de Gaston Phébus, qui revivait activement ses combats pendant son sommeil, brandissant son épée au risque de blesser ses proches.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LES GUERRES DE RELIGION, SHAKESPEARE ET PASCAL

Le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy dont il fut témoin en 1572, se plaint à Ambroise Paré d'être assailli par des hallucinations et des cauchemars terrifiants (« aussi bien veillant que dormant… »), qui lui présentent les cadavres ensanglantés des victimes et lui font dresser les cheveux sur la tête, thème repris par Agrippa d'Aubigné dans son poème *Les Tragiques* (« mes cheveux étonnés hérissent en ma tête ») en décrivant les atrocités auxquelles il a assisté en participant aux guerres de Religion dans les rangs huguenots (1616).

À la même époque, deux pièces de Shakespeare (*Roméo et Juliette*, *Henry IV*) mentionnent les rêves de bataille et une troisième (*Macbeth*) décrit les symptômes psychotraumatiques ressentis par le couple Macbeth torturé par la culpabilité de ses crimes. Quelques décennies plus tard, en 1654, le philosophe Pascal manque être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés et ressent ensuite tous les symptômes de ce qui sera dénommé plus tard névrose traumatique (rapporté par Pinel, 1809).

LA RÉVOLUTION ET L'EMPIRE

Les événements de la Révolution et de l'Empire fournirent à Philippe Pinel de nombreuses observations de pathologie psychotraumatique qu'il classe, selon la sémiologie dominante, au rang de l'idiotisme, de la manie ou de la mélancolie, et, surtout, au rang des « névroses de la circulation et de la respiration », préfigurations de la névrose traumatique. Ainsi, cette observation d'idiotisme stuporeux : « Deux jeunes réquisitionnaires partent pour l'armée, et dans une action sanglante, l'un est tué d'un coup de feu à côté de son frère, l'autre reste immobile et comme une statue à ce spectacle… rien ne réalisait mieux cette immobilité glacée d'effroi qu'ont peinte tant de poètes anciens ou modernes » (Pinel, 1809).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Goethe, présent à la bataille de Valmy, le 20 septembre 1792, auprès de l'armée de Brunswick, décrit le caractère inquiétant du sifflement de l'obus porteur de mort (« comme le bruissement de la toupie, le bouillonnement de l'eau et la voix flûtée de l'oiseau »), et rapporte l'état d'étrangeté qui l'étreint alors qu'il est entouré par le brouillard de la bataille (« comme si vous étiez dans un endroit très chaud et imprégné de cette chaleur jusqu'à être fusionné avec cet élément qui vous entoure, et l'impression que toute chose a été consumée par le feu… »).

Desgenettes, Percy, Larrey, médecins de la Grande Armée, dénomment syndrome du « vent du boulet » l'état stuporeux qui saisit les combattants épargnés de justesse par un boulet passé tout près d'eux. Le baron Marbot rapporte qu'à la bataille d'Eylau, en 1807, un boulet russe lui rasa la tête et emporta son bicorne, le laissant stuporeux : « Je voyais, j'entendais, mais j'étais pétrifié et incapable de bouger un seul de mes doigts… » (Marbot, 1844.)

LES GUERRES DU MILIEU DU XIX^e SIÈCLE

Les guerres du milieu du XIX^e siècle sont encore plus vulnérantes et pourvoyeuses d'horreur. Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole de la bataille de Solférino le 24 juin 1859, décrira trois ans plus tard, dans son récit *Un souvenir de Solférino*, l'hébétude et le désespoir des soldats blessés abandonnés sur le champ de bataille (« Les malheureux blessés qu'on relève pendant toute la journée sont pâles, livides, anéantis ; les uns, profondément mutilés, ont le regard hébété et paraissent ne pas comprendre ce qu'on leur dit… les autres sont inquiets et agités par un ébranlement nerveux et un tremblement convulsif »).

Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, médecins dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession américaine (1861-1864) feront œuvre novatrice en décrivant l'un le « cœur du soldat » (*soldier's heart*), sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, l'autre l'hystérie postémotionnelle chez l'homme, avant Charcot mais après Briquet, dont le *Traité*

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

clinique et thérapeutique de l'hystérie (1859) mentionne nombre de cas d'hystérie réactionnels à des frayeurs et autres chocs moraux. Ainsi, cette observation de Weir Mitchell : « Ce soldat blessé par balle présente une lésion du nerf sciatique droit avec paralysie du membre inférieur droit, mais il présente aussi une paralysie hystérique du bras droit, sans lésion, et réductible sous suggestion. » (Cité par Ellis, 1984.)

Les fondateurs : découverte du préconscient traumatique (Oppenheim, Charcot, Janet, Freud et quelques autres)

LA NÉVROSE TRAUMATIQUE D'OPPENHEIM

L'Allemand Herman Oppenheim crée en 1888 le terme de « névrose traumatique » pour désigner les syndromes hystériques ou anxiophobiques consécutifs aux accidents de chemin de fer, causés par l'effroi (*Schreck*) et caractérisés par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil avec cauchemars de reviviscence, les phobies électives (dont la *sidérodromophobie* ou phobie du chemin de fer) et la labilité émotionnelle.

LES *LEÇONS DU MARDI* DE CHARCOT

Des neurologues anglo-saxons (Putnam et Walton, 1884) attribuaient cette pathologie psychique consécutive aux accidents de chemin de fer aux effets mécaniques de la commotion de l'encéphale, et l'avaient dénommée *railway brain* et *railway spine*, tandis que certains cliniciens, dont Jean-Martin Charcot (1884) à la Salpêtrière, optaient pour l'hypothèse émotionnelle, au vu des disproportions évidentes entre certains tableaux cliniques spectaculaires et le choc physique minime qui était censé les avoir déterminés. Toutefois, Charcot ne voulut pas reconnaître l'autonomie de la névrose traumatique et rattacha cette pathologie à

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

l'hystérie ou à l'*hystéro-neurasthénie*, diagnostic créé pour la circonstance. Après la mort de Charcot (1893), la névrose traumatique avait cependant gagné droit de cité, le Belge Jean Crocq y consacrant un ouvrage démonstratif (1896), tandis que Kraepelin (1889) et Kraft-Ebing (1898) en Allemagne l'incluront dans leurs nosographies.

Voici une observation tirée de l'ouvrage de Jean Crocq *Les Névroses traumatiques* (1896) :

> « Dix jours après l'accident de chemin de fer de Groenendael, où il n'a pas été blessé ni contusionné, B. commence à présenter des secousses spasmodiques du bras gauche, du tremblement de la main droite, et il se plaint de céphalées, de palpitations et de cauchemars où il revoit l'accident… »

L'AUTOMATISME PSYCHOLOGIQUE, DE PIERRE JANET

L'année 1889 fut le pivot de ces découvertes, avec la thèse de doctorat ès lettres de Pierre Janet et le Congrès de Paris sur l'hypnotisme. Dans sa thèse, *L'Automatisme psychologique*, Janet présente 20 cas d'hystérie et de neurasthénie dont plus de la moitié sont traumatiques, utilise l'hypnose pour découvrir le souvenir traumatique oublié de la conscience et induire une injonction, et attribue leur pathogenèse à la « dissociation de la conscience », la partie de la conscience liée à l'« idée fixe » (ou « souvenir » brut, sensoriel, de l'expérience traumatique) faisant bande à part dans le préconscient et suscitant des actes et des rêveries archaïques, inadaptés, automatiques, sans liaison avec le reste de la conscience qui continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.

SIGMUND FREUD ET L'HYSTÉRIE TRAUMATIQUE

Quatre ans plus tard (*Communication préliminaire*, 1893), Sigmund Freud emprunte à Janet l'hypothèse de la dissociation du conscient, trouve le mot de « réminiscence », que Janet n'avait

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

pas su trouver, et prône une thérapeutique « cathartique » de ces hystéries traumatiques, dans laquelle il convient de faire revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affect et de faire associer à son sujet. En 1895, en collaboration avec Breuer, il illustre ces conceptions dans les cinq cas cliniques des *Études sur l'hystérie*.

Dans l'histoire de la pensée psychiatrique, la découverte du préconscient traumatique a donc inauguré celle de l'inconscient. Janet y a précédé Freud ; mais les deux médecins de marine Bourru et Burot, professeurs à l'école de médecine navale de Rochefort, les avaient précédés l'un et l'autre en publiant en 1888, dans leur ouvrage *Les Variations de la personnalité*, le cas Louis V., guéri de conversions hystériques multiples par reviviscence sous hypnose d'un événement traumatique qui avait préludé huit ans auparavant à leur installation.

LA NÉVROSE DE GUERRE DE HONIGMAN

La guerre des Boers (1899-1902) a connu des cas de conversion hystérique après émotion violente éprouvée au combat. Il en est de même pour la guerre russo-japonaise de 1904-1905, au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix-Rouge, crée le terme de *névrose de guerre* (1908). C'est au cours de cette guerre que fut instaurée, par la force des choses (le chemin de fer transsibérien n'était pas achevé) la doctrine de la *psychiatrie de l'avant*, avec charrettes hippomobiles parcourant le front à la recherche des blessés psychiques, triage, puis traitement sur place (Ellis, 1984).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Les successeurs

LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

Ces leçons furent oubliées lorsque éclata la Première Guerre mondiale, et la masse des blessés psychiques évacués sur les hôpitaux de l'arrière et persévérant dans leurs symptômes pour ne pas être renvoyés au front finit par constituer une fonte d'effectifs non négligeable. Sur le plan clinique, l'*hypnose des batailles*, identifiée par Milian pour désigner les états confuso-stuporeux observés dans les durs combats du début de la guerre, fit place – dès que le front fut stabilisé et alors que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient écrasés sous des pilonnages d'artillerie – au *shell-shock* (Myers et Mott, 1915), diagnostic unanimement admis dans les armées de l'un et de l'autre camp, mais recouvrant en fait davantage de syndromes postémotionnels que de syndromes postcommotionnels. D'où les diagnostics le plus souvent portés ensuite d'anxiété, de neurasthénie et d'hystérie de guerre, puis de névrose de guerre et de psychonévrose de guerre (Crocq, 2005b).

> *Observation du soldat H… (troubles hystériques).* Blessé le 2 janvier 1915. Cicatrice de plaie par coup de baïonnette sur la face antérieure de la cuisse droite. Cicatrice de plaie par coup de lance sur la face dorsale du pied droit. Plaie par balle de la paume de la main gauche. Parésie et contracture hystériques du membre inférieur droit. Pseudo-paralysie radiale gauche, avec main gauche tombant en flexion sur l'avant-bras, doigts en extension, et anesthésie-analgésie « en manchette » remontant jusqu'au pli du coude. Sort guéri en mai 1915. (Roussy et Lhermitte, 1917.)

Sur le plan pathogénique, l'hypothèse commotionnelle céda peu à peu la place à l'hypothèse émotionnelle, et aux premières avancées de la psychanalyse dans ce domaine, tant chez les élèves de Freud mobilisés aux armées (Ferenczi, 1916 ; Abraham, 1918) que chez quelques psychiatres du camp des alliés (Adrian, 1915 ;

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Bruce, 1916), rattachant le symptôme conversif à sa signification symbolique et inscrivant la pathogénie traumatique dans les avatars de la libido narcissique, tandis que l'Allemand Ernst Simmel (1918) insistait sur la régression de la personnalité sous l'impact du trauma (ensevelissement de la personnalité et « changement d'âme »).

Sur le plan thérapeutique, toute la gamme des sédatifs connus de l'époque fut essayée avec plus ou moins de succès, ainsi que le repos, l'hypnose, la narco-analyse sous éther ou chloral et la psychothérapie appuyée de persuasion et même de conditionnement aversif par excitation électrique douloureuse (le *torpillage faradique* de Clovis Vincent, 1917). Abraham (1918) tentera une « sorte de psychanalyse simplifiée » et Freud proposera aux autorités austro-allemandes la création de centres de psychothérapie d'inspiration analytique, projet accepté mais non réalisé du fait de la survenue de l'armistice de 1918. À la fin de la guerre, plusieurs psychiatres aux armées (Damaye, Roussy et Lhermitte, 1917) préconiseront des dispositifs de psychiatrie de l'avant, doctrine qui sera ensuite reprise et codifiée par l'Américain Thomas Salmon (1917), père des cinq célèbres principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité et centralité (Crocq, 2005a).

> *Observation du soldat M…* Blessé le 9 septembre 1914. Plaie en séton de la région supérieure de la cuisse droite. Tous les mouvements actifs se font aussi bien à droite qu'à gauche. Réflectivité normale. Claudication légère, porte la pointe du pied en dehors. Anesthésie complète de tout le membre inférieur droit, jusqu'à l'ombilic. Cette anesthésie a disparu le jour même de son entrée, sous l'influence d'une faradisation cutanée énergique. (Roussy et Lhermitte, 1917.)

LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Une fois de plus, les leçons de la guerre précédente seront oubliées lorsque éclatera la Seconde Guerre mondiale, et les évacuations vers l'arrière seront cause de fonte d'effectifs. Dans le

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

camp allié, la circulaire Bradley du 26 avril 1943 mettra fin à ces carences en prescrivant d'observer et de traiter sur place les blessés psychiques pendant une semaine avant de les évacuer, disposition pertinente, et de les dénommer *exhaustion* (épuisement), initiative moins heureuse en ce sens qu'elle efface toutes les nuances cliniques utiles. Après les deux incidents Patton (qui, en août 1943, dut présenter ses excuses pour avoir invectivé et giflé des soldats traumatisés au combat), les psychiatres aux armées purent cependant œuvrer à leur guise et différencier les simples réactions de combat (*combat reactions*) des névroses de guerre (*war neuroses*) plus durables. Dans l'armée américaine, la statistique a dénombré 350 000 pertes psychiques entre 1941 et 1945, soit presque la moitié du chiffre des blessés physiques, et ce malgré une sélection psychique très serrée qui a éliminé 1 million d'hommes sur une ressource de 11 millions (Menninger, 1948). Sur le plan clinique, on constate moins d'hystéries et davantage de troubles psychosomatiques. Sur le plan étiopathogénique, on incrimine non seulement la violence et la perduration du combat, mais aussi les conflits intrapsychiques et extrapsychiques présents (le *fight or flight*, combattre ou fuir, et les conflits de groupe). Sur le plan thérapeutique, la narco-analyse (Sargant et Slater, 1944 ; Grinker, 1946) et l'hypnose (Kaufman, 1947) sont pratiquées à grande échelle, au sein de programmes de traitement et de réhabilitation où la sociothérapie tient une place importante.

La Seconde Guerre mondiale s'est achevée par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis, et par les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et Nagazaki. Un « syndrome des déportés » a été très tôt identifié par le Français Targowla (1950), avec asthénie et « hypermnésie émotionnelle paroxystique » (équivalent du syndrome de répétition). Onze ans plus tard, Eitinger a cru le redécouvrir sous le nom de KZ syndrome (*Konzentrationsläger Syndrome*, 1961), nom adopté depuis par la communauté internationale anglophone, volontiers ignorante de ce qui est écrit en français. Quinze ans après la fin de la guerre, l'Américain R. Lifton (1961) a défini un profil psychopathologique spécial

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

des rescapés de la bombe atomique, caractérisé par l'inhibition, la dépression et la dévalorisation.

LES GUERRES DE L'APRÈS GUERRE

Les guerres postcoloniales et la névrose de guérilla

Si la guerre de Corée a pu instaurer un dispositif de psychiatrie de l'avant efficace (Glass, 1953), les guerres postcoloniales d'Indochine, d'Indonésie, d'Algérie, de Rhodésie et d'Angola ont encore oublié cette leçon thérapeutique des guerres précédentes. Sur le plan clinique, on y observe un profil différent du profil des guerres à grosse puissance de feu, et on décrit ce que Crocq (1999) a appelé la *névrose de guérilla*, où l'insécurité quotidienne de la vie en poste isolé, des patrouilles et des embuscades, et la culpabilité éprouvée comme témoin ou acteur d'exactions créent un climat névrogène et une pathologie proche de l'ancienne nostalgie, et compliquée d'alcoolisme.

Conflits du Moyen-Orient

Les conflits du Moyen-Orient, qui ont opposé par cinq fois le nouvel État d'Israël à ses voisins arabes (1948, 1956, 1967, 1973, 1982), puis l'Iran à l'Irak (1978-1989), puis l'Irak à une coalition occidentale (guerre du Golfe, 1991), sans compter la guerre civile au Liban (1975-1991), n'ont rien apporté de très marquant à la pathologie psychotraumatique. Les guerres africaines inter-États, interethniques et intertribus ont été caractérisées par la violence sauvage (massacre de populations à l'arme blanche) et l'épineux problème des enfants soldats. On retrouvera cette violence et cette cruauté dans la récente guerre en ex-Yougoslavie (1991-1999), avec les exactions et les exodes institués au nom de la « purification ethnique ». Concernant les troupes de l'ONU affectées à des missions d'interposition et de secours humanitaire, on a identifié de nouveaux profils de psychotraumatismes de guerre, avec dépression, démotivation et exaspération (Lassagne *et al.*, 1997).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

La guerre du Vietnam

Le dernier conflit de la période des continuateurs fut la guerre américaine au Vietnam (1964-1973). Un système de psychiatrie de l'avant y fut instauré d'emblée (Jones, 1967) avec application des principes de Salmon ; et les psychiatres militaires américains purent se targuer d'avoir réduit de 80 % les rapatriements sanitaires pour troubles mentaux. Mais, pour avoir pratiqué une psychiatrie de l'avant simpliste qui se limitait à écrêter les symptômes bruyants sans aborder la question du trauma, ces praticiens se réservaient des lendemains qui déchantent : à partir des années 1973 et 1974, on vit de plus en plus de *post-Vietnam syndromes* chez les GI de retour aux États-Unis à la fin de leur service. Ces *post-Vietnam syndromes*, qui éclosaient au terme d'un assez long temps de latence (plusieurs mois) après le retour en métropole, comprenaient des reviviscences, des cauchemars, un état d'alerte, des ruminations mentales, de l'agressivité, l'impression d'être enfermé dans une « membrane invisible » empêchant de communiquer et le sentiment d'avoir perdu son ancienne personnalité (la « transfiguration de la personnalité », selon Shatan, 1972, 1974).

Observation du GI Stan (tirée de Sonnenberg, Blank et Talbott, 1985). Le soldat Stan ramenait deux souvenirs horribles et vivaces de son séjour au Vietnam. Le premier se rapportait à un épisode où il avait dû abattre une petite fille vietnamienne qui courait vers un groupe de soldats en portant un explosif relié à un détonateur. Stan avait crié à l'enfant de jeter sa bombe au loin, mais elle n'avait pas obtempéré. Il se résolut alors à l'abattre quand elle ne fut plus qu'à une dizaine de mètres des soldats, et le dispositif détona, provoquant une forte explosion mais ne faisant pas de blessés. Le second souvenir se rapportait à une embuscade tenue dans la jungle par des Viêt-Cong. Stan, couché sur le sol, voyait les corps de ses camarades tressauter sous l'impact des balles. Après le combat, Stan, pris d'un accès de rage, déchiqueta les visages des ennemis abattus par des rafales de son fusil-mitrailleur ; et il dut être maîtrisé par ses camarades car il ne cessait pas de tirer. Une fois de retour aux États-Unis, Stan

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

fut obsédé par ces souvenirs. Il était devenu susceptible et prompt à la colère, et il eut plusieurs rixes contre des contradicteurs ou des passants, où la police dut intervenir. En outre, il ne put se réadapter à la vie civile et perdit plusieurs emplois à cause de son irritabilité et de ses impulsions violentes. En plus de ses reviviscences obsédantes, Stan était sujet à des accès de dépersonnalisation, avec une impression de déjà-vu.

Le terrorisme

À partir des années 1970 est apparue en Europe et même aux États-Unis une nouvelle forme de guerre, à savoir le terrorisme, guerre en temps de paix frappant la population civile. L'impréparation, l'aspect inattendu et absurde de l'agression, les questions obsédantes que se posent les victimes (« Pourquoi moi, pourquoi font-ils cela ? ») confèrent à cette pathologie psychotraumatique un caractère particulier.

En ce qui concerne les prises d'otages, on a décrit (Ochberg, 1982), sous le nom de *syndrome de Stockholm*, un syndrome paradoxal d'attachement affectif de l'otage pour son ravisseur, qui implique aussi (Crocq, 1989) une distorsion de la perception, du jugement, du raisonnement et une démission de la volonté.

Les novateurs

LES INNOVATIONS AMÉRICAINES ET LE PTSD

L'importance numérique des *post-Vietnam syndromes* (700 000 sur les 3 millions d'hommes qui avaient été expédiés là-bas entre 1964 et 1973) et leurs répercussions psychosociales (ces vétérans ne parvenaient pas à se réinsérer à la vie civile et posaient un véritable problème de société) incitèrent les auteurs du système nosographique américain *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) à proposer en 1980, dans la troisième

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

révision dite *DSM-III*, l'entité diagnostique de *post-traumatic stress disorder* (sigle PTSD), dont le tableau clinique correspond en gros au profil de la névrose traumatique.

À partir des années 1980, la littérature psychiatrique américaine produisit une efflorescence de publications et d'ouvrages sur les PTSD du Vietnam, avec les noms de Friedman, Keane, Sonnenberg et Wilson, pour ne citer que les principaux. Ces travaux aboutirent à affiner la clinique du syndrome et ses variantes. Sur le plan thérapeutique, les Américains, qui sont des gens pratiques, ont vite compris que les anciens du Vietnam répugneraient à venir consulter dans les hôpitaux de la Veteran's Administration, et ils ont créé le réseau des Vet Centers, centres de consultation extra-hospitaliers et employant non seulement des psychiatres, mais aussi des personnels psychosociaux et de conseil juridique (Blank, 1985). Le réseau des Vet Centers a connu un succès inattendu et a révélé en même temps l'étendue des séquelles psychiques de la guerre du Vietnam, puisque, dix ans après sa création en 1979, 700 000 vétérans y avaient consulté.

Par-delà l'expérience des militaires, toute une série d'observations et de réflexions sur les traumatismes psychiques survenant dans la société civile, en temps de paix, sont venues étoffer le corpus des travaux sur le PTSD : catastrophes naturelles ou technologiques, accidents individuels ou collectifs, agressions, viols, etc., donnant lieu à de nombreuses publications, dont les plus notables sont celles de Van der Kolk (1984), de Williams (1987), de Kleber et Brom (1992), de Ursano (1996), de Pynoos (chez l'enfant, 1994) et de Everly et Lating (1995), qui ont choisi d'intituler leur livre *Psychotraumatology*.

L'expérience y incitant, les auteurs américains du *DSM* ont été amenés par deux fois à modifier les critères diagnostiques du PTSD, dans deux révisions dites *DSM-III-R* (*revised*) en 1987, et *DSM-IV* en 1994. Les modifications portent sur le critère A (l'événement traumatisant doit avoir été vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur), et sur l'identification du nouveau diagnostic d'« état de stress aigu » (*acute stress disorder*), correspondant à la période post-immédiate (du 2e au 30e jour).

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

La dixième révision de la *Classification internationale des maladies mentales* (*CIM-10*), parue en 1992, a emboîté le pas aux Américains, et adopté le diagnostic d'*état de stress post-traumatique*, cote F43.1 (calqué sur le PTSD américain). Mais elle y juxtapose celui de *réaction aiguë à un facteur de stress*, cote F43.0, pour la réaction immédiate du premier jour (sur laquelle le *DSM* américain a fait l'impasse), et celui de *modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe*, cote F62.0, diagnostic qui a le mérite de souligner l'altération de personnalité déterminée par l'expérience traumatique.

L'hégémonisme de la langue anglo-saxonne aidant, le diagnostic de PTSD a rapidement été adopté par la communauté psychiatrique internationale ; encore que plusieurs auteurs américains, tels que Kleber et Brown (1992), Klein et Schermer (2000), ou Follette et Ruzek (2006) préfèrent parler de syndrome psychotraumatique plutôt que d'état de stress post-traumatique. Fondée en 1985, l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) rassemble près de 10 000 cliniciens et chercheurs, psychiatres, psychologues et personnels de santé mentale, et édite un journal qui publie 80 articles par an.

LA RÉACTION FRANCOPHONE

Il est apparu à certains cliniciens francophones (essentiellement français et belges) que le concept de PTSD, même amendé par ses métamorphoses successives, ne reflétait pas fidèlement la réalité clinique et, surtout, avait promu fallacieusement la notion de *stress* au détriment de la notion de *trauma*. La société française filiale de l'ISTSS se dénomme judicieusement Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (ALFEST), montrant bien par là qu'elle n'entend point confondre les deux termes. La position de cette école francophone du trauma se manifeste dans les trois registres clinique, pathogénique et thérapeutique.

Pour la clinique, ce sont L. Crocq (1965, 1974, 1986, 1999) et C. Barrois (1988), puis G. Briole, F. Lebigot *et al.* (1994) qui ont le

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

plus nettement clarifié le tableau du syndrome psychotraumatique, dans ses trois phases immédiate, post-immédiate et différée-chronique, et critiqué les insuffisances du PTSD à ce sujet. Concernant le trauma chez l'enfant, il convient de citer les travaux de Bailly (1996), dénonçant les idées préconçues sur l'immunité relative dont jouirait l'enfant face au trauma ; ceux de Gannagé (1999), sur le dysfonctionnement traumatique du moi infantile, aggravé par le défaut de soutien parental. L'utilisation du dessin, tant comme voie d'investigation que comme technique thérapeutique d'incitation à l'expression cathartique (Crocq et Gannagé, 2002) facilite l'expression cathartique chez l'enfant qui maîtrise mal le langage.

L'apport pathogénique essentiel des auteurs francophones est de réhabiliter la notion psychologique de *trauma* par opposition à la notion biophysiologique de *stress*. Briole et Lebigot (1994), se référant à la psychanalyse lacanienne, considèrent que ce qui fait trauma c'est une « rencontre authentique avec le réel de la mort », pour un sujet qui n'a eu affaire jusqu'alors qu'à des rencontres manquées, dans lesquelles le réel est transformé en réalité dès le stade de la perception.

Dans une approche phénoménologique (Crocq, 1966, 1999 ; Barrois, 1988), le trauma n'est plus considéré comme la résultante de mécanismes d'effraction et de dissociation de la conscience, mais comme une expérience d'aliénation de la personnalité, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence immuable de l'horreur, se projetant dans le futur et réorganisant même le passé à son image par des choix mnésiques arbitraires. En outre, il est aussi rupture de sens (Barrois, 1988) ou même déni de sens (L. Crocq, 1999). Le sujet éprouve l'« effroi », pressentiment de la « mort de soi comme vérité ultime », et sa persistance comme destinée (Barrois, 1988).

En matière de thérapeutique, les cliniciens français recommandent l'intervention précoce, le plus tôt possible après l'événement, voire sur le terrain même de la catastrophe. C'est la psychiatrie de l'avant appliquée à la pratique civile. En France, depuis 1995, le dispositif de *cellules d'urgence médico-*

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

psychologiques, opérationnel dans les cent départements du territoire, assure, en liaison étroite avec les Samu, cette intervention immédiate pour le triage, les premiers secours médico-psychologiques et l'évacuation des victimes (Crocq, 1998).

Conclusion

Au terme de ce rapide survol de l'histoire du trauma, couvrant plus de vingt siècles, d'Hérodote jusqu'à nos jours, on voit comment les hommes ont reconnu les souffrances psychiques causées par la violence, et identifié le bouleversement provoqué par l'irruption de cette violence au sein du psychisme. Chaque étape de chacune des quatre périodes des précurseurs, des fondateurs, des continuateurs et des novateurs n'a pas constitué une histoire partielle, avec sa naissance, son développement et sa fin, conduisant à l'oubli de ses apports devenus obsolètes. Mais, au contraire, elle a contribué, au fil des réflexions, à la constitution d'un savoir cumulé et sans cesse à compléter et expliciter. Ainsi les cliniciens et les chercheurs d'aujourd'hui sont-ils invités à se reconnaître dans Hérodote, Pinel, Goethe, Larrey, Weir Mitchell, Oppenheim, Charcot, Janet, Freud et leurs successeurs, à la découverte du concept de trauma, tout au long d'une réflexion et d'une explicitation qui ne doivent jamais finir.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

16e LEÇON

Les mythes du trauma

À la source de la pensée occidentale, il y a le mythe indo-européen et plus précisément le mythe grec. Les mythes célèbres, transmis depuis plusieurs millénaires jusqu'à nous, ont donné à la fois une illustration et une explication aux grandes interrogations de l'homme en proie à la menace et à l'échéance inexorable de la mort. Leur leçon nous est donnée par les épopées (dont l'épopée sumérienne de Gilgamesh et les récits homériques de l'*Iliade* et de l'*Odyssée*) et par les tragédies grecques d'Eschyle, de Sophocle et d'Euripide, où le spectateur d'Athènes, de Corinthe, de Milet ou d'Épidaure haletait d'angoisse en suivant les destins maudits du héros, mais était initié par cette *mimésis* aux mythes fondateurs de la cité et accédait, au dénouement de la pièce, à une *catharsis* libératrice qui apportait du sens là où régnait l'absurde.

Gilgamesh et la quête de l'immortalité

Il suffit de se reporter à l'épopée sumérienne de Gilgamesh, qui date de 2200 av. J.-C. (traduction Bottero, 1992), pour constater la constance de la perplexité de l'homme face à la

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

mort ; en particulier le passage où Gilgamesh, puissant roi d'Uruk (Mésopotamie) a vu mourir à ses côtés son fidèle ami Enkidu (« et, à cet instant, Gilgamesh vit le fleuve infernal de la mort tout près de lui ») et ne s'est résolu à l'ensevelir que « lorsque les vers sortaient du cadavre par les narines ».

Obsédé par l'échéance du trépas, Gilgamesh parcourt steppes et montagnes jusqu'au rivage du fleuve des morts, qu'il parvient à traverser grâce à l'appui du passeur qu'il a capturé, et vient interroger le sage Utanapisti, à qui les dieux ont conféré l'immortalité en récompense de sa piété et de sa sagesse (entre autres pour avoir prudemment fait construire une arche permettant de survivre au déluge). Utanapisti tente de le dissuader de sa quête, mais Gilamesh va jusqu'aux portes de l'Enfer et obtient, à défaut de la résurrection d'Enkidu, un entretien avec ce dernier, autorisé à apparaître brièvement par le soupirail de l'enfer. Gilgamesh interroge Enkidu sur le sort des trépassés et s'entend répondre que ce sort est semblable à leur destin sur terre, que seuls les dieux ont droit à l'immortalité et que les humains doivent avoir la sagesse d'accepter leur condition. Déçu, mais « exténué et soulagé » (comme dans une *catharsis*), Gilgamesh retourne dans son royaume, recevant en route le conseil d'une mystérieuse tavernière : « Accepte ton destin de mortel, et jouis de la vie en attendant l'inévitable échéance du trépas. »

Persée, Méduse et l'effroi

HISTOIRE DE PERSÉE

Dans l'Antiquité grecque, Méduse était une des trois Gorgones, divinités malfaisantes. Elle seule était mortelle, tandis que ses sœurs Sthéno et Euryalé étaient immortelles. Elles habitaient dans l'extrême Occident, au-delà du pays des Hespérides, aux confins du royaume des morts. Elles étaient pourvues d'ailes qui leur permettaient de voler, leur chevelure était faite de serpents,

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

leurs canines étaient des défenses de sanglier, leur cou était couvert par d'épaisses écailles de dragon et leur regard était si terrifiant et pénétrant que quiconque le croisait était saisi d'effroi et immédiatement changé en pierre.

Persée était le fils inattendu de Zeus et de Danaé. En effet, Acrisios, roi d'Argos et père de Danaé, avait appris d'un oracle que sa fille aurait un fils qui le tuerait. Aussi, pour empêcher l'oracle de s'accomplir, avait-il fait enfermer Danaé et sa servante dans une chambre de bronze hermétiquement close, sous terre, pensant s'assurer ainsi qu'aucun homme ne viendrait fréquenter sa fille. Mais Zeus lui-même, s'étant infiltré dans la chambre sous la forme d'une pluie d'or, féconda Danaé qui enfanta Persée. Quelque temps plus tard, Acrisios, alerté par les cris de l'enfant, ouvrit la chambre de bronze et, furieux, tua la servante qu'il croyait coupable d'avoir introduit un amant auprès de Danaé. Mais, ne se résolvant pas à tuer sa fille et son petit-fils de façon sanglante, il les enferma dans un coffre de bois qu'il lança à l'aventure sur la mer, s'en remettant aux dieux (mais il leur forçait la main) pour les faire disparaître du monde des vivants. Le coffre alla échouer sur les rivages de l'île de Sériphos, où le berger Dictys recueillit les deux naufragés. Élevé par Dictys, Persée grandit et devint un jeune homme beau et vaillant. Polydictès, frère de Dictys et roi de Sériphos, s'éprit de Danaé, qui était jalousement gardée par son fils ; et, pour la séduire, il organisa un grand banquet où chaque convive était tenu d'apporter un cadeau. Tous les invités offraient des chevaux ou des richesses, mais Persée, qui était pauvre, arriva les mains vides ; et, pour ne pas être en reste, il proposa inconsidérément de rapporter la tête de Méduse. Polydictès le prit au mot, pensant ainsi l'éloigner ou même s'en débarrasser définitivement.

Fort de son ascendance divine, Persée eut l'idée de se faire aider par Hermès et Athéna. Sur leur conseil, en se rendant vers l'Occident, il alla trouver les trois Grées, divinités féroces qui étaient chargées d'interdire le chemin conduisant aux Gorgones. Les Grées n'avaient qu'un œil et une dent à elles trois, et elles se les passaient de l'une à l'autre pour assurer la continuité de leur

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

vigilance et de leur pouvoir de mordre. Persée profita d'un de ces brefs passages pour s'emparer de l'œil et de la dent. Aveugles et menacées de mourir de faim, les Grées durent transiger et indiquer à Persée l'itinéraire qui le conduirait aux Nymphes, sur le chemin des Gorgones. Persée put ainsi aller voir les Nymphes, divinités bienveillantes et serviables, qui lui remirent des sandales ailées pour voler dans les airs, le casque d'Hadès en peau de chien (la *kunéè*) pour se rendre invisible, et une besace (la *kibisis*) pour cacher la tête de Méduse, tandis qu'Hermès lui prêtait une serpe très effilée (la *harpè*) pour trancher les écailles qui protègent le cou de Méduse. Ainsi équipé, Persée se rendit auprès des Gorgones, qu'il trouva endormies. S'élevant dans les airs grâce à ses sandales, il put s'approcher de Méduse sans être aperçu et, regardant ses gestes en reflet dans le bouclier poli que lui tendait Athéna, il trancha la tête de Méduse sans avoir à affronter son regard. Du cou tranché de la Méduse jaillirent un cheval ailé, nommé Pégase, et un géant brandissant une épée d'or, nommé Chrysaor, tous deux fils de Poséidon, le seul parmi les dieux qui n'ait pas craint de s'unir à Méduse pour la féconder. Persée enfouit au fond de sa besace la tête de Méduse, qui, même décapitée, conservait son pouvoir maléfique, et il s'enfuit en chevauchant Pégase, pour échapper à la vengeance des deux autres Gorgones qui, réveillées et furieuses, le poursuivirent en vain, car il était invisible.

Sur le chemin du retour, passant près des rivages de l'Éthiopie, Persée, ayant toujours Pégase comme monture, s'en fut délivrer Andromède, enchaînée sur un rocher par son propre père pour être donnée en pâture à un monstre marin, en sacrifice propitiatoire devant préserver le royaume de calamités menaçantes. Volant dans les airs grâce à ses sandales ailées, Persée se plaça entre le soleil et la mer, projetant son ombre sur la surface des flots, et tua le monstre occupé à se précipiter sur cette ombre fallacieuse. Puis, il détacha Andromède et alla la rendre à son père Céphée qui la lui avait promise en mariage. Mais, de mauvaise foi, Céphée se dédit et ourdit un complot contre Persée. Persée découvrit le complot à temps et exhiba la tête de Méduse

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

devant Céphée et à ses complices, les transformant en statues de pierre. De retour à Sériphos accompagné d'Andromède, Persée apprit que Polydictès séquestrait Danaé dans le but de l'épouser. Il surprit Polydictès et ses amis en train de festoyer dans un banquet et, brandissant à nouveau la tête de Méduse, il les transforma eux aussi en statues de pierre, alors que Polydictès tentait de violenter Danaé. Puis, il rendit les sandales, le casque et la besace aux nymphes, la serpe à Hermès, et remit la tête de Méduse à Athéna qui la plaça au centre de son bouclier rond (l'*aigis*, *aigidos* ou égide) pour qu'elle glace ses ennemis d'effroi.

Quittant alors l'île de Sériphos, où son père adoptif Dictys avait pris le pouvoir, Persée regagna Argos, sa patrie, accompagné de Danaé et d'Andromède. Informé de ce retour et craignant l'accomplissement de l'oracle, son grand-père Acrisios s'enfuit au pays des Pélasges (peuple mythique de Thessalie), où il assista à des jeux organisés par le roi de Larissa, Teutamidès. Mais il ne savait pas que Persée était venu concourir à ces jeux. Et, quand Persée lança maladroitement son disque sur son pied, il en mourut. L'oracle était accompli. Éperdu de chagrin, Persée, ne voulant pas régner sur Argos au prix d'un meurtre, échangea son royaume contre celui de Tyrinthe, qui était gouverné par son cousin Mégapenthès, fils de Protéos, frère d'Acrisios.

Persée, que les dieux avaient protégé de la mort et qui avait triomphé de la mort en tuant Méduse, mourra à son tour, non sans s'être auparavant affronté à Dionysos, dont il avait interdit le culte dans son royaume. Pour honorer sa mémoire et son courage, Zeus le transforma en une constellation qui porte son nom et qui dessine son visage, à jamais visible pour tous sur la voûte céleste.

MÉDUSE, LE REGARD ET L'EFFROI

Le mythe de Persée est lié à l'effroi, ce bref instant où l'homme se voit mort (Crocq, 2002c). Mais, à la différence des autres humains qui y succombent, lui a fait en sorte d'en

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

réchapper. Et, parce qu'il était aimé et protégé des dieux, il a pu emprunter les caractéristiques des morts, à savoir l'invisibilité, leur légèreté flottante et presque immatérielle et la rapidité des déplacements. Et, loin de subir ou de fuir, il a affronté le danger en utilisant l'arme même de l'ennemi : le regard.

Quiconque croisait le regard des Gorgones était terrifié, sidéré et saisi par le froid de la mort. C'est par le regard que l'homme se voit mort. Le mythe des Gorgones précise la nature et les effets de ce bref instant : l'homme qui croise le regard de Méduse ne fait pas que regarder, il est pénétré par un autre regard, fatal, dont il ne peut plus se détacher. Il y aperçoit par anticipation le mort qu'il va devenir, et il commence la métamorphose qui va le faire passer du monde des vivants à celui des morts : son visage exprime l'épouvante et l'horreur, sa mimique se fige dans une expression de terreur, et il est saisi d'immobilité, comme une statue ; la chaleur de son corps se dissipe, il devient froid comme la glace ; enfin, sa substance charnelle, sa chair, se solidifie comme la pierre, et il est pétrifié ; il est passé du règne animal au règne minéral. Les mots qui décrivent cette métamorphose désignent à la fois un phénomène relevant des sciences naturelles (l'immobilité, le froid, la pétrification) et un état psychologique (être épouvanté ou horrifié, être paralysé par la peur, se sentir glacé d'effroi, être sidéré ou « médusé »). Frappés dans leurs yeux par le regard de Méduse, les hommes doivent quitter le monde des vivants et entrer dans celui des morts où, de corps, ils vont devenir des ombres, des *eidolon*.

LA STRATÉGIE DE PERSÉE : VOIR SANS ÊTRE VU

Or Persée, qui dès les premiers jours de sa vie est promis à la mort par le fait du sacrifice aversif effectué par son grand-père désireux de détourner une prophétie, est aussi, en tant que fils de Zeus, un protégé des dieux, qui assurent, à lui et à sa mère Danaé, une survie miraculeuse au terme d'une longue navigation sur l'immensité de la mer. Et les dieux vont même le protéger jusque

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

dans les suites de sa proposition inconsidérée d'affronter Méduse. Dans sa préparation au combat contre celle-ci, Persée va se trouver doté d'attributs qui vont le rendre peu ou prou semblable aux morts, à ces habitants de l'au-delà qu'il ne doit pas rejoindre : le casque en peau de chien, qui le rend invisible, et les sandales ailées, qui vont lui conférer la légèreté et la vitesse. Être invisible avec le casque d'Hadès (qui règne chez les morts) ce n'est pas être invisible n'importe comment ; c'est être invisible comme les morts, comme les fantômes, les *eidolon*. Être pourvu de sandales ailées, c'est pouvoir flotter dans les airs (et non plus marcher pesamment, ni même courir en portant sur le sol) et se déplacer plus rapidement qu'aucun humain ne l'a fait. C'est être léger comme une ombre, quasi immatériel, comme les ombres des morts qui flottent dans l'au-delà.

Dans son combat contre Méduse, Persée est averti et préparé. Ce qui caractérise l'effroi, ce n'est pas seulement la peur extrême, terreur ou épouvante, c'est aussi que cette peur survient par surprise, frappant un sujet qui n'y est pas préparé. Or Persée, lui, est averti du danger mortel constitué par le regard de Méduse, il sait qu'il ne doit croiser ce regard à aucun prix. Il est préparé à affronter Méduse, équipé du casque d'invisibilité, des sandales ailées, de la besace (qui lui permettra de recouvrir les yeux de Méduse quand il lui aura coupé la tête) et de la serpe effilée qui lui permettra de trancher les épaisses écailles protégeant le cou de la Méduse. Mais il est préparé d'une autre façon encore, d'une façon psychologique : sa protectrice Athéna va lui venir en aide en lui présentant le miroir constitué par son bouclier poli. Ainsi, Persée n'aura pas à tourner la tête vers Méduse pour combattre ; il ne présentera de face que son corps, détournant la tête vers le miroir où il pourra contrôler ses gestes en surveillant le reflet, assuré ainsi de ne pas croiser le regard de Méduse. C'est donc, à l'occasion de ce stratagème, toute une préparation mentale et gestuelle qu'il a élaborée avec sa protectrice et alliée. Au monstre marin, il présentera son ombre en appât ; dans son combat contre Méduse, pour contrôler ses gestes, il s'offre à lui-même son image spéculaire, son reflet. Comme l'ombre, le reflet est quelque chose

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

qui est produit par notre corps vivant, mais qui n'est ni le corps ni la vie ; c'est quelque chose qui présente déjà des analogies avec le monde mystérieux de l'au-delà. Et ce n'est pas pour rien que les thèmes de l'ombre vendue et du reflet perdu, sources de destins maudits, vont inspirer les conteurs de tous les temps, depuis les *Animalia* d'Aristote, jusqu'à *L'Étrange Histoire de Peter Schlemihl, l'homme qui a perdu son ombre*, d'Adalbert von Chamisso, et au reflet perdu de *La Nuit de la Saint-Sylvestre*, d'Ernst Theodor Amadeus Hoffmann.

Persée est donc celui qui maîtrise son regard, qui choisit ce qu'il voit, qui ne sera pas surpris, pris au dépourvu. Déjà, sur le chemin de son équipée (où il savait ce qu'il devait trouver, saisir et ramener), en affrontant les Grées, il était vigilant. Son regard guettait l'instant fugace, le *kairos* (l'occasion) qu'il faut saisir au vol, par les cheveux, et qui ne se représentera pas, l'instant où l'œil et la dent n'appartiennent à aucune des trois Grées. Dans le panthéon grec, Kairos était un génie doté d'ailes, pour fuir rapidement. Il n'offrait à la saisie qu'un front aux cheveux rares et un occiput chauve, ce qui fait que, dès qu'il avait tourné les talons, il était trop tard pour s'emparer de lui. Dans son combat contre Méduse, Persée invisible fond sur son adversaire, la saisit aux cheveux et lui tranche la tête sans avoir à la regarder, tandis qu'il contrôle toute cette séquence de gestes dans le miroir. Il n'est pas vu, mais il voit, et son regard maîtrise la situation, tandis que le regard de l'adversaire demeure inemployé.

Par la suite, muni de son trophée, il va utiliser le regard mortel de ce celui-ci pour foudroyer et statufier ses ennemis. Arrivant à l'improviste, il brandit la tête de Méduse face à ses ennemis tandis que lui-même détourne la tête ; et ceux-ci sont saisis d'effroi et pétrifiés, dans la position même où l'instant les a surpris. Persée a utilisé à son profit le regard mortel de son trophée. Il s'était engagé à ramener à Polydictès la tête de Méduse. Pris au mot, il la lui rapporte, mais de face, le pétrifiant incontinent. Il ne gardera pas ce trophée pour lui, mais le remettra à sa bienfaitrice et protectrice Athéna, transférant la fonction d'engendrer l'effroi au bouclier de cette dernière. Désormais, ce sont les ennemis

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

d'Athéna qui connaîtront l'effroi et seront transformés en morts, ombres ou fantômes. Homère s'inspirera du mythe pour décrire le bouclier d'Agamemnon, propice à jeter l'effroi chez l'ennemi (*Iliade*, livre XI) : « Il était constitué de dix cercles d'airain portant vingt bossettes d'étain entremêlées avec des bossettes d'acier embruni et, au milieu était gravée en relief la terrible Gorgone jetant des regards effrayants, environnée de la Terreur et de la Fuite. »

Persée est celui qui est prévenu et préparé contre l'effroi. Il est celui qui utilise les armes mêmes de l'adversaire – rapidité, invisibilité, maîtrise du regard – pour triompher de la mort. Il en reviendra, mais l'espace d'un instant, lui-même a été léger et rapide comme une ombre, insaisissable comme un reflet. Il a échappé à la mort, mais désormais il en connaît un peu.

Sisyphe, condamné à la répétition de l'absurde

AVENTURES DE SISYPHE, SUR TERRE ET AUX ENFERS

Sisyphe, le rusé et peu scrupuleux roi de Corinthe, avait dénoncé au dieu-fleuve Aseipos, en échange du jaillissement d'une source sur l'Acrocorinthe, l'enlèvement d'Égine, fille de ce dernier, par Zeus. Furieux, Zeus dépêcha Thanatos, la mort, au délateur. Mais l'ingénieux Sisyphe réussit à capturer Thanatos, rendant ainsi la mort impossible sur la terre. Zeus envoya alors Arès, dieu de la guerre, délivrer Thanatos, dont la première victime fut, évidemment, Sisyphe. Mais le rusé Sisyphe, ayant recommandé à son épouse, la pléiade Mérope, de ne pas lui rendre les honneurs funèbres, s'en plaignit à Hadès dès son arrivée aux Enfers et obtint ainsi une permission pour revenir sur terre châtier la fautive. Une fois revenu sur terre, il tenta de s'y faire oublier, jusqu'à ce que Zeus s'en aperçût et le fît revenir aux Enfers où, pour éviter qu'il

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

ne s'ingéniât à trouver une nouvelle astuce échappatoire, on le condamna à un châtiment absorbant : Sisyphe doit rouler un rocher jusqu'au faîte d'une montagne, mais, parvenu presque au sommet, le rocher lui échappe et redescend en bas, et Sisyphe n'a plus qu'à recommencer, et ainsi éternellement. « Il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans espoir », dira Albert Camus (1942).

LA RÉPÉTITION DE L'ABSURDE

Sisyphe, condamné à la répétition absurde d'une tâche éternellement inachevée, réalise le destin maudit des traumatisés, dans leur vain syndrome de répétition. Albert Camus (1942) a vu dans le mythe de Sisyphe l'absurdité de la condition humaine. Et cette absurdité est d'autant plus tragique que Sisyphe, dans les moments de pause où il redescend du sommet vers la plaine, a l'esprit suffisamment libre pour prendre conscience de sa faute et de l'inutilité de son effort : « […] impuissant et révolté, il connaît toute l'étendue de sa misérable condition. » Mais Sisyphe est aussi celui qui est châtié pour avoir été impie avec les dieux (Zeus et Hadès), avoir trompé la mort (tous les traumatisés sont des « trompe-la-mort ») et s'être échappé des Enfers, ce qui n'est permis à aucun humain (Crocq 1993).

Orphée aux Enfers

LE PÉRIPLE D'ORPHÉE

Orphée le Thrace, fils d'Apollon et de la muse Calliope, était le poète-musicien le plus célèbre des temps héroïques. Au son de sa voix et aux accords de sa cithare, les bêtes féroces abandonnaient leur chasse pour venir l'écouter, les fleuves suspendaient leur cours et les montagnes elles-mêmes s'ébranlaient.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Symboliquement, le mythe signifiait qu'Orphée était parvenu à arracher les hommes à la violence pour les faire accéder à la douceur de la civilisation. Orphée amoureux épousa la nymphe Eurydice ; mais, le soir de ses noces, celle-ci fut mordue mortellement par un serpent (animal qui fait le lien entre les profondeurs et la surface de la terre). Éperdu de chagrin, Orphée osa descendre aux Enfers réclamer Eurydice à Hadès et, par ses accents déchirants, obtint satisfaction, à condition toutefois qu'il ne se retournât pas pour la voir avant d'être sorti des Enfers. Mais, en fin de parcours, alors qu'il apercevait déjà la lumière, Orphée incrédule et impatient se retourna, perdant ainsi Eurydice pour la seconde fois, et cette fois par sa faute. Désespéré, inconsolable et désormais indifférent aux femmes, Orphée se retira sur le mont Rhodope, et les bacchantes, prêtresses de Dionysos, se vengèrent de son dédain en mettant son corps en lambeaux et en jetant sa tête et sa lyre dans l'Hèbre, qui les charria jusqu'à la mer, et la mer les poussa jusqu'aux rivages de Lesbos. Apollon transforma Orphée en cygne et accrocha sa lyre au firmament.

SIGNIFICATION DU MYTHE D'ORPHÉE

Claude Barrois (1988) rattache à juste titre la névrose traumatique au mythe d'Orphée, puisque, comme celui-ci, le traumatisé est obsédé par une exigence incoercible de répétition. Mais le malheur d'Orphée est double : d'avoir perdu son objet d'amour et d'avoir cédé à la fascinante tentation de regarder en arrière, faisant preuve de méfiance vis-à-vis des ordres donnés par les dieux et tombant ainsi dans le piège que lui avait tendu Hadès. Car Orphée a aussi été châtié pour la transgression d'un interdit plus grave encore : c'est qu'il est interdit aux humains de pénétrer vivants dans les Enfers et encore plus d'en ressortir. Par-delà la répétition de sa lamentation, il devrait méditer sur cette double leçon donnée par Hadès : leçon de piété (« tu respecteras les interdits des dieux ») et de responsabilisation (« c'est toi-même qui t'es retourné, ton malheur ne t'a pas été imposé par les dieux »). Gérard de Nerval (*Les Chimères*) évoquait-il cette leçon ambiguë

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

du retour des Enfers, lorsqu'il écrivait : « Et j'ai deux fois vainqueur traversé l'Achéron, / Modulant tour à tour sur la lyre d'Orphée / Les soupirs de la sainte et les cris de la fée ») : soupirs de regret pour l'amour perdu, cris de triomphe pour la sagesse tirée de l'épreuve ? (Crocq, 1993).

Er, incursion aux Enfers et assomption du trauma

L'INCURSION DU SOLDAT ER AUX ENFERS

Le mythe d'Er, fils d'Arménios, le soldat pamphilien laissé pour mort sur le champ de bataille, revenu à lui douze jours plus tard alors qu'on s'apprêtait à porter sa dépouille au bûcher, et ayant alors relaté aux assistants le voyage initiatique de son âme aux Enfers, a été rapporté par Platon, à la fin du dixième livre de *La République*. Er y raconte comment son âme, libérée de son corps après sa mort, a cheminé en compagnie d'une multitude d'autres âmes jusqu'à un lieu divin (une prairie d'asphodèles), pourvu de quatre ouvertures, deux dans la terre et deux dans le ciel. Là, des juges rendaient leurs sentences et ordonnaient aux âmes justes de prendre la route de droite montant au ciel avec sur la poitrine un écriteau portant leur jugement, et aux âmes impies de s'enfoncer dans les profondeurs de la terre par la route de gauche, leur condamnation inscrite sur le dos. Par les deux autres ouvertures, d'autres âmes revenaient d'un long séjour de mille années, les unes du ciel, extatiques, pures et sans taches, les autres de la terre, gémissantes. Car elles avaient reçu sentence, celles-ci d'un séjour de dix fois cent ans au Tartare souterrain pour leurs forfaits, celles-là d'un séjour de même durée aux Champs-Élysées pour leur piété et leurs bienfaits. Poursuivant son récit, Er rapporta que l'ouverture de la terre refusait même le passage aux âmes scélérates qui n'avaient pas suffisamment expié, et les

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

rejetait dans le Tartare en mugissant. Lui-même et les autres âmes qui avaient assisté à ce spectacle en avaient ressenti une terreur extrême, qui surpassait toutes celles qu'ils avaient jusqu'alors éprouvées. Les âmes revenantes passaient sept jours dans la prairie, puis étaient menées en un lieu fabuleux, d'où l'on découvrait une colonne de lumière reliant le ciel à la terre et portant le fuseau de la Nécessité, qui fait tourner les huit sphères emboîtées du monde, dans l'harmonie du chant de huit sirènes, tandis que ses trois filles, les Moires – Lachésis, le passé ; Clôtô, le présent ; Atropos, l'avenir – chantaient elles aussi pour accompagner l'harmonie. Lachésis, s'adressant alors aux âmes éphémères, leur faisait choisir, dans un ordre tiré au sort, un modèle pour la vie à venir, humaine ou animale, brève ou longue, brillante ou obscure, aucun de ces modèles n'impliquant un modèle d'âme, car « c'est à l'âme de s'accomplir plus vertueuse dans le choix qu'elle fera ». Er constata alors que beaucoup d'âmes effectuaient leur choix en fonction des habitudes prises lors de vies précédentes, même chez celles qui revenaient du ciel, mais « qui n'avaient pratiqué la vertu que par habitude et sans philosophie ». Par contre, parmi celles qui revenaient de l'enfer, certaines, édifiées par le spectacle des châtiments et des souffrances, faisaient un choix sage. De toute façon, précisait Lachésis, « la responsabilité du choix appartient à celui qui choisit, et les dieux ne sont point responsables ». Une fois le choix effectué, chaque âme faisait ratifier son destin par Clôtô, puis le faisait rendre irrévocable par Atropos. Alors, sans se retourner (comme Orphée eût dû faire au retour des Enfers), chaque âme passait sous le trône de la Nécessité et, de là, gagnait la plaine torride du Léthé où, le soir venu, elle était obligée de s'abreuver au fleuve Amélès, dont l'eau procure l'oubli à ceux qui en boivent. Seul Er fut dispensé d'en boire, car il avait été choisi par les dieux pour porter témoignage auprès des vivants. Puis, pendant leur sommeil, les âmes étaient propulsées par un coup de tonnerre, chacune sur son nouveau lieu de naissance sur terre.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

LA LEÇON DE SAGESSE ET DE RESPONSABILITÉ

Er représente à mes yeux le mythe le plus complet du traumatisé et de son voyage initiatique aux Enfers (Crocq, 1993). Soldat courageux tué dans l'ardeur du combat, il connaît alors l'ultime expérience de la mort et du néant, concrétisée par son incursion aux Enfers, sa promiscuité avec les ombres et les spectacles horrifiants qui lui sont donnés à voir. Les réminiscences (bribes de souvenance plus parcellaires et moins mentalisées que le souvenir) qu'il rapportera de ce voyage ne sont pas seulement terrifiantes, mais elles sont aussi salutaires, car elles portent avec elles une leçon de responsabilisation (ce sont les hommes qui sont responsables de leur destin) et de sagesse (faire en sorte que les pires avatars de l'existence contribuent à forger l'âme et la rendre plus vertueuse et plus sereine).

Ceux qui reviennent des Enfers y ont été des « visionnaires », admis à une nouvelle sorte de connaissance différente de la connaissance par ouï-dire, inspection ou analyse. Il s'agit d'une connaissance par *épiphanie* (apparition subite), contemplation horrifiée ou extatique et, surtout, accès aux origines, et à la filiation des significations (Vernant, 1985). S'étant abreuvés à la fois au *léthé*, source d'oubli et de mort, et à la *mnémosuné*, source de mémoire et de vie, ils en ramènent la réminiscence (*anamnésis*) qui, par le contact qu'elle établit avec le temps des origines, permet d'échapper au temps des hommes et à ses angoisses. Dépositaires d'une sagesse qui vient du fond des temps, les initiés savent l'appliquer au présent et la projeter pour les temps à venir. Pour eux, plus que pour les autres, la philosophie est, selon la formule de Platon, un « exercice de mort » (*mélété thanatou*) au sens éminent du terme.

C'est par cet avers du trauma, dont on ne considère souvent que l'envers maudit, que le mythe d'Er dépasse celui d'Orphée, bien qu'il appartienne en dernière analyse aux mythes orphéiques, qui, au travers de la tradition d'Osiris et de Dionysos, eux aussi

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

morts et revenus des Enfers, rattachent le trauma au traumatisme originaire, condition de la naissance à partir de son contraire, le chaos d'où elle fut dégagée. Et le commentaire de ce mythe, sur lequel s'achève *La République* de Platon, mériterait, disent ses exégètes, de servir de conclusion à toute son œuvre, comme nous le proposons pour servir de conclusion à cette seizième et dernière leçon.

« Et c'est ainsi, dit Glaucon, que le mythe a été sauvé de l'oubli et ne s'est point perdu ; et il peut nous sauver nous-mêmes si nous y ajoutons foi. Alors nous traverserons le fleuve de Léthé et nous ne souillerons point notre âme. Si vous m'en croyez, persuadés que l'âme est immortelle et capable de supporter tous les maux, comme aussi tous les biens, nous nous tiendrons toujours sur la route ascendante, et, de toute manière, nous pratiquerons la justice et la sagesse… »

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Bibliographie

ABRAHAM K. (1918), « Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre », trad. fr., *in Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1989, tome II, p. 172 180.

ADRIAN E. D., YEALLAND L. R. (1917), « Treatment of some common war neuroses », *The Lancet*, 9 juin, p. 867 872.

AGRIPPA d'AUBIGNÉ (1616), *Les Tragiques*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », réédition 1969.

ALEXANDER F., FRENCH M. (1946), *Psychothérapie analytique. Principes et applications*, trad. fr., Paris, PUF, 1959.

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3e édition (*DSM III*), Washington et révisions de 1987 et 1994.

ANOUILH J. (1937), *Le Voyageur sans bagage*, Paris, Gallimard, « Folio », réédi tion 2006.

ARISTOTE (335 av. J. C.), *Poétique*, trad. fr. M. Magnien, Paris, Le Livre de Poche.

ARISTOTE (335 av. J. C.), *Politique*, trad. fr. M. Magnien, Paris, Le Livre de Poche.

ARMSTRONG K., O'CALAHAN W., MARMAR C. (1991), « Debriefing Red Cross disaster personnel : The multiple stressor debriefing model », *Journal of Trau matic Stress*, vol. 4, no 4, p. 581 593.

ARROYO W., ETH, S. (1985), « Children traumatized by Central American war fare », *in* Eth S., Pynoos R., *Post Traumatic Stress Disorder in Children*, Washington, American Psychiatric Press, p. 101 121.

BABINSKI J., FROMENT J. (1917), *Hystérie pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*, Paris, Masson.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

BAILLY L. (1996), *Les Catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant. Descriptions cliniques et traitements*, Paris, ESF.

BALLARD E. F. (1917), « Some notes on battle psychoneuroses », *J. Ment. Science,* juillet, 63, p. 400 405.

BALZAC H. de (1830), « Adieu », *in Œuvres complètes*, Paris, Éditions Ren contres, 1965, tome III, p. 405 453.

BARROIS C. (1988), *Les Névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

BARRUCAND D. (1967), *Histoire de l'hypnose en France*, Paris, PUF.

BENOIT G., BARDET GIRAUDON C. (1983), *Le Viol. Rapport de médecine légale au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXI^e session*, Paris, Masson.

BLANK A. (1985 a), « The Veterans Administration's Viet Nam Veterans outreach and counseling centers », *in* Sonnenberg S. *et al.*, *The Trauma of War. Stress and Recovery in Viet Nam Veterans*, Washington, American Psychiatric Press, p. 227 238.

BOMAN B. (1990), « Are all Vietnam veterans like John Rambo ? », *in* Wolf M. et Mosnaïm A., *Post Traumatic Stress Disorder. Etiology, phenomenology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press, p. 293 309.

BOTTERO J. (1992), *L'Épopée de Gilgamesh. Le grand homme qui ne voulait pas mourir*, Paris, NRF.

BOUCHET SAULNIER F. (2000), *Dictionnaire pratique du droit humanitaire*, Paris, La Découverte et Syros.

BOURGOGNE A. (1853), *Mémoires du sergent Bourgogne. 1812 1813*, Paris, Hachette, réédition 1978.

BOURRU H. et BUROT P. (1888), *La Suggestion mentale et les Variations de la personnalité*, Paris, Baillière, réédition 1895.

BOUTHILLON P., CROCQ L., JULIEN H. (1990), « Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes », *Psychologie médicale*, 24, 5, p. 465 470.

BRAUNER A., BRAUNER F. (1994), *L'Accueil des enfants survivants*, Paris, Cahiers du Groupement de recherches pratiques pour l'enfance.

BRIOLE G., LEBIGOT F., LAFONT B., FAVRE J. D., VALLET D. (1994), *Le Traumatisme psychique : rencontre et devenir. Rapport au LXXXXII^e Congrès de psychatrie et neurologie de langue française*, Toulouse, 17 23 juin, comptes rendus, Paris, Masson.

BRIQUET G (1859), *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, Baillière.

BRUCE A. N. (1916), « The treatment of functional blindness and functional loss of voice », *Rev. of Neurology and Psychiatry*, 14, 195 198.

CAMUS A. (1942), *Le Mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

CHARCOT J. M. (1890), *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, tome I : *Policlinique 1887 1888. Notes de cours*, tome II : *Policlinique 1888 1889. Notes de cours*, Paris, Bureaux du Progrès médical.

CHARPENTIER R. (1917), « Un cas de puérilisme mental au cours des opéra tions de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles », *Revue neurologique*, 6 juin, XXIV, p. 296 306.

COHEN R., DELANO J. (1945), « Subacute emotional disturbances induced by combat », *War Medicine,* mai, p. 284 286.

CREMNITER D. (2000), « La catastrophe du Concorde : intervention médico psychologique », *Revue francophone du stress et du trauma*, 1 (1), p. 55 69.

CROCQ J. (1896), *Les Névroses traumatiques. Étude pathogénique et clinique*, Bruxelles, H. Lamertin.

CROCQ L., LEFEBVRE P., GIRARD V. (1965), *Hystérie et névrose traumatique*, *LXIII^e Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française,* Lausanne, sep tembre, comptes rendus, Paris, Masson, p. 347 352.

CROCQ L. LEFEVBRE P., BAZOT M. (1966), *Recherche sur l'expérience vécue névrotique et sa signification dans le langage sous narco analyse. Au sujet de 50 observations de névrose traumatique, LXIV^e Congrès de psychiatrie et neuro logie de langue française*, Grenoble, septembre, comptes rendus, Paris, Masson, p. 273 281.

CROCQ L. (1968), « L'anticipation de la guérison dans le langage sous narco analyse amphétaminée », *in* Benoît J. C., Guilhot J. et Mathé A., *Créativité et guérison,* Paris, L'Expansion scientifique française, p. 217 225.

CROCQ L. (1974), « Stress et névrose traumatique », *Psychologie médicale*, 6, p. 1493 1531.

CROCQ L. (1985), « Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre », *in* Guyotat J. et Fédida P., *Événement et psychopathologie*, Villeurbanne, SIMEP, 1985, p. 111 120.

CROCQ L. (1986), « Les névroses de guerre, leur structure clinique, leur déter minisme et leur traitement », *Synapse*, 23 (suppl.), p. 49 57.

CROCQ L. (1989), « Pour une nouvelle définition du syndrome de Stockholm », *Études polémologiques*, 1, p. 165 179.

CROCQ L. (1992), « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post traumatiques et autres séquelles », *Psychologie médicale*, 24, 5, p. 427 432.

CROCQ L. (1993), « Le trauma et ses mythes », *Psychologie médicale*, 25, 10, p. 992 999.

CROCQ L. (1998), « La cellule d'urgence médico psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Ann. méd. psychol.*, 156, p. 48 54.

CROCQ L. (1999), *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

CROCQ L. (2001), « Perspective historique sur le trauma », *in* De Clercq M. et Lebigot F., *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 23 64.

CROCQ L. (2002a), « Historique critique du débriefing », *in* De Soir E. et Vermeiren E., *Les Débriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant, p. 73 130.

CROCQ L., GANNAGE M. (2002b), « Les enfants du Liban. Souffrance, culture et catharsis dans le trauma de guerre », *Psychologie médicale*, février, VI, 53, p. 38 44.

CROCQ L. (2002c), « Persée, la Méduse et l'effroi », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2, 3, p. 133 138.

CROCQ L. (2003a), « Clinique de la réaction immédiate », *Le Journal des psycho logues*, nº 208, p. 48 53.

CROCQ L. (2003b), « Clinique de la période post immédiate », *Le Journal des psychologues*, nº 210, p. 6 10.

CROCQ L. (2003c), « Clinique de la névrose traumatique », *Le Journal des psy chologues*, nº 211, p. 53 58.

CROCQ L. (2004a), « L'intervention psychologique immédiate », *Le Journal des psychologues*, nº 214, p. 50 55.

CROCQ L. (2004b), « L'intervention psychologique auprès des victimes en période post immédiate. La question du débriefing », *Le Journal des psycho logues*, 218, p. 8 14.

CROCQ L. (2004c) « Traumas de l'enfance : destins compromis », *Psycho Média*, 1, p. 55 65.

CROCQ L. (2005a), « Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés », *Revue francophone du stress et du trauma*, 5 (1), p. 43 54.

CROCQ L. (2005b), « La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques », *Annales médico psychologiques*, 163, p. 269 289.

CROCQ L. (2011), « La culpabilité du soldat occidental », *Revue des Deux Mondes*, mars, p. 129 148.

CYRULNIK B. (1999), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

CYRULNIK B. (2010), « La résilience : une nouvelle naissance », *Pour la science*, nº 394, p. 58 64.

DALIGAND L. (2001a), « Culpabilité et traumatisme », *Revue francophone du stress et du trauma*, 1 (2), p. 99 101.

DALIGAND L. (2001b), « Des effets de la violence sur les femmes », *Revue fran cophone du stress et du trauma*, 1 (3), p. 175 177.

DALIGAND L. (2006), « La honte et le trauma », *Revue francophone du stress et du trauma*, 6 (3), p. 151 153.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

DAMAYE H. (1917), « Fonctionnement d'un centre psychiatrique d'armée », *Pro grès médical*, 27 octobre, 32, p. 362 364.

DARVES BORNOZ J. M. (2003), « Viols et agressions », *Neuropsy*, numéro spé cial : *Les Syndromes psychotraumatiques*, mars, p. 67 70.

DAWSON G. H. (1916), « A case of shell concussion : Treatment by general anaesthesia », *The Lancet*, 26 février, p. 463 464.

DE CLERCQ M., VERMEIREN E. (1999), « Le débriefing psychologique : controverses, débat et réflexions », *Nervure*, tome XII, n° 6, p. 55 61.

DELAGE M. (2001a), « La résilience : approche d'un nouveau concept », *Revue francophone du stress et du trauma*, 1 (2), p. 109 116.

DELAGE M. (2001b), « Traumatisme psychique et résilience familiale », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2 (2), p. 69 78.

DE SOIR E., VERMEIREN E. (2002), *Les Débriefings psychologiques en ques tion*, Anvers, Garant.

DUCHET C. (2006), « Thérapies de groupe et interventions psychothérapeu tiques post immédiates (IPPI) », *in* Jehel J., Lopez G., *Psychothérapie des vic times*, Paris, Dunod.

DUNANT H. (1862), *Un souvenir de Solférino*, Genève, Comité international de la Croix Rouge, réédition 1990.

DUTILLIEUX M. (1993), *Le Camp des armes secrètes. Dora Mittelbau*, Rennes, Éditions Ouest France Mémorial.

DYREGROV A. (1997), « The process in psychological debriefing », *J. of Trau matic Stress*, vol. 10, n° 4, p. 589 606.

EITINGER L. (1961), « Pathology of the concentration camp syndrome », *Arch. Gen. Psychiatr.*, octobre, 5, 4, p. 371 379.

ELLIS P. S. (1984, 1985), « The origins of the war neuroses », *J. of the Royal Naval Med. Service*, 1984, 70, p. 168 177 ; et 1985, 71, p. 32 44.

ETH S., PYNOOS R. (1985), *Post Traumatic Stress Disorder in Children*, Washington, American Psychiatric Press.

EVERLY G. S., LATING J. M. (1995), *Psychotraumatology. Key Papers and Core Concepts in Post Traumatic Stress*, New York, Plenum Press.

FENICHEL O. (1945), *La Théorie psychanalytique des névroses*, trad. fr., Paris, PUF, 1953.

FERENCZI F. (1916), « Deux types de névroses de guerre », trad. fr., *in Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1970, tome II, p. 238 252.

FERENCZI S. (1918), « Psychanalyse des névroses de guerre », trad. fr., *in Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1974, tome III, p. 26 43.

FERENCZI S. (1921), « Réflexions psychanalytiques sur les tics », trad. fr., *in Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1974, tome III, p. 85 112.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

FERENCZI S. (1930), « Principe de relaxation et néocatharsis », trad. fr., *in Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1982, tome IV, p. 82 97.
FERENCZI S. (1932), « Réflexions sur le traumatisme », trad. fr., *in Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1982, tome IV, p. 139 147.
FIGLEY C. R. (1995), *Compassion Fatigue. Coping With Secundary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, New York, Brunner/ Mazel.
FOA E. B., KOZAK J. M. (1986), « Emotional processing of fear : Exposure to corrective information », *Psychological Bulletin*, 99, p. 20 35.
FOLLETTE M., RUZEK J. I. (2006), *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma*, New York, Guilford Press.
FRANKL V. (1945), *Un psychiatre déporté témoigne*, trad. fr., Lyon, Éditions du Chalet, 1973.
FREUD A., BURLINGHAM D. (1942), « Report 12 », *in Writings of Anna Freud*, New York, International City Press, 1973, vol 3.
FREUD A., DANN S. (1951), « An experiment in group upbringing », *Psychoanal. Study Child*, 6, p. 127 141.
FREUD S., BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie, précédées de Communica tion préliminaire* (1893), trad. fr., Paris, PUF, 1953.
FREUD S. (1896), « Nouvelles remarques sur les névroses de défense », *in La Naissance de la psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1979.
FREUD S. (1916), *Introduction à la psychanalyse*, trad. fr., Paris, Payot, 1973.
FREUD S. (1919), « Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre », trad. fr., *in Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984, p. 242 247.
FREUD S. (1920), « Au delà du principe de plaisir », trad. fr., *in Essais de psy chanalyse*, Paris, Payot, 1967, p. 7 81.
FREUD S. (1938), *Abrégé de psychanalyse*, trad. fr., Paris, PUF, 1967.
FRIEDMAN M. J. (1990), « Interrelationships between biological machanisms and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder », *in* Wolf M. et Mosmaim A., *Posttraumatic Stress Disorder. Etiology, Phenomenology and Treatment*, Washington, American Psychiatric Press, p. 204 223.
GIRAUDOUX J. (1922), *Siegfried et le Limousin*, Paris, Grasset.
GLASER R., KENNEDY S., LAFUSE W. (1990), « Psychological stress induced modulation of interleukin receptor gene expression and interleukine 2 pro duction in peripherical blood leukocytes », *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 8, p. 707 712.
GLASS A. (1953), « Psychiatry in the Korean campaign », *US Army Forces Medi cal Journal*, 4, p. 1387 1401.
GANSOU G., BAUBET T., N'GABA N., SALIGNON P., ASENSI H., SAULNIER F., MORO M. R. (2003), « Les violences sexuelles au Congo. À propos de

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

243 victimes recensées en milieu hospitalier à Brazzaville », *in* Baubet T., Le Roch K., Bitar D. et Moro M. R., *Soigner malgré tout*, Paris, La Pensée sauvage, p. 199 214.

GRINKER R., SPIEGEL J. P. (1945), *Men Under Stress*, Philadelphie, Blakiston.

GRINKER R. (1946), « Utilisation de la narcosynthèse dans les névroses de guerre », *in* Alexander F., French T., *Psychothérapie analytique*, New York, F. Ronald Press Cy ; trad. fr., Paris, PUF, 1959, p. 307 319.

HURST A. F., ORMOND A. W. (1916), « The treatment of concussion blind ness », *The Lancet*, 1er janvier, p. 15 17.

JANET P. (1889), *L'Automatisme psychologique*, Paris, Alcan.

JANET P. (1898), *Névroses et idées fixes*, Paris, Alcan.

JANET P. (1919), *Les Médications psychologiques*, Paris, Alcan, 3 vol.

JANIS I. (1983), « Stress inoculation in health care, theory and research », *in* Meichenbaum D. et Jaremko M., *Stress, Reduction and Prevention*, New York, Plenum Press, p. 67 99.

JENKINS S. R., BAIRD S. (2002), « Secondary traumatic stress and vicarious trauma : A validational study », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, no 5, p. 423 432.

JONES F. D. (1967), « Experiences of a division psychiatrist in Vietnam », *Military Medicine*, 132, 12, p. 1003 1008.

JONES J. C., BARLOW D. H. (1991), « A new model of posttraumatic stress disorder : Implication for the future », *in* Saigh P. A., *Posttraumatic Stress Disorder. A Behavioral Approach to Assessment and Treatment*, Boston, Allyn and Bacon, p. 147 166.

KARDINER A. (1941), *The Traumatic Neuroses of War*, Washington, Psychosomatic Medicine Monograph II III, National research Council.

KARDINER A., SPIEGEL H. (1947), *War Stress and Neurotic Illness*, New York, P. B. Hoeber Inc.

KAUFMAN M. R., BEATON E. L. (1947), « A psychiatric treatment program in combat », *Bull. of the Menninger Clinic*, janvier, 11, 1, p. 1 14.

KINZIE J. D., FREDERICKSON R. H., BEN R., FLECK R., KARLS W., (1994), « Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps », *Am. J. of Psychiatry*, 141, p. 645 650.

KLEBER R. J., BROM D. (1994), *Coping With Trauma. Theory, Prevention and Treatment*, Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger B. V.

KLEIN R. H., SCHERMER V. L. (2000), *Group Psychotherapy for Psychological Trauma*, New York, Guilford Press.

KOLB L. C. (1985), « The place of narcosynthesis in the treatment of chronic and delayed stress reactions of war », *in* Sonnenberg S. M. *et al.*, *The Trauma*

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

of War. Stress and Recovery in Viet Nam Veterans, Washington, American Psychiatric Press, p. 211 226.

LASSAGNE M., VIGNAULT P., DE MONTLEAU F. (1997), « Clinique et psycho pathologie de la conduite d'utilisation inappropriée de l'arme dans le cadre d'une mission d'interposition de l'armée française », *Médecine et armées*, 25, 6, p. 505 508.

LEBIGOT F., GAUTHIER E., MORGAND D., REGES J. L., LASSAGNE M. (1997), « Le débriefing psychologique collectif », *Ann. méd. psychol.*, 155, 6, p. 370 378.

LE BON G. (1895), *Psychologie des foules*, Paris, Alcan.

LIFTON J. R. (1967), *Survivors of Hiroshima*, New York, Random House.

LUCRECE (55 av. J. C.), *De la nature (De natura rerum)*, trad. fr., Paris, Garnier, 1964.

MacCANN L., PEARLMAN L. (1990), « Vicarious traumatisation : A framework for understanding the psychological effects of working with victims », *Jour nal of Traumatic Stress*, vol. 3, nº 1, p. 131 149.

MacFALL M. E., SMITH D., ROSZELL D. *et al*. (1990), « Convergent validity of measures of PTSD in Vietnam combat veterans », *Am. J. of Psychiatry*, 147, p. 645 648.

MacFARLANE A. C., (1996), « Resilience, vulnerability and the course of post traumatic reactions », *in* Van der Kolk B., MacFarlane A. C., Weisaeth L., *Traumatic Stress. The Effect of Overewhelming. Experience on Mind, Body and society*, New York, Guildford Press, III, 8, p. 155 181.

MacKENZIE DEIGHTON R., GURRIS N., TRAUE H. (2007), « Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapist treating torture survi vors : Is the therapist's attitude to working through trauma relevant ? », *Jour nal of Traumatic Stress*, vol. 20, nº 1, p. 63 75.

MARBOT M. (1844), *Mémoires du général baron de Marbot*, Paris, Mercure de France, réédition 1983.

MARMAR C. (1997), « Trauma and dissociation », *PTSD Research Quarterly*, 8, 3, p. 1 3.

MARSHALL S. L. (1947), *Men Under Fire : The Problem of Battle Command in Future War*, New York, William Morrow and Co.

MASLACH C., JACKSON S., LEITNER M. (1997), « Maslach Burnout inventory. Third edition », *in* Zalaquett C., Woods R. (éd.), *Evaluating Stress. A Book of Resources*, New York, Scarecrow Press.

MENNINGER K. (1948), *Psychiatry in a Troubled World*, New York, Macmillan.

MILIAN G. (1915), « L'hypnose des batailles », *Paris médical*, 2 janvier, p. 265 270.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

MILLER C. (1945), « Delayed combat reactions in Air Forces personnel », *War Medicine*, octobre, 8, 4, p. 253 257.

MITCHELL J. T. (1983), « When disaster strikes : The critical incident stress debriefing processs », *Journal of Emergency Medical Services*, 8, p. 36 39.

MOSKOWITZ S. (1985), « Longitudinal follow up of child survivors of the Holocaust », *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 24, 4, p. 401 407.

MOTT F. (1917), « The brain in shell shock », *Brit. Med. Journal*., 10 novembre, p. 612 615.

MOWRER H. (1960), *Learning Theory and Behavior*, New York, Wiley.

MUCCHIELLI L. (2008), « Approche sociologique de la violence sexuelle. Le cas des viols collectifs », *Revue francophone du stress et du trauma*, 8 (4), p. 243 252.

MYERS C. S. (1915 1916), « Contributions to the study of shell shock. (I) Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell and taste, admitted into the Duchess of Westminster's war hospital, Le Touquet », *The Lancet*, 13 février 1915, p. 316 320 ; « (II) Being an account of certain cases treated by hypnosis », *The Lancet*, 8 janvier 1916, p. 65 69 ; « (III) Being an account of certain disorders of cutaneous sensibility », *The Lancet*, 18 mars 1916, p. 608 613 ; « (IV) Being an account of certain disorders of speech, with special refe rence to their causation and their relation with malingering », *The Lancet*, 9 septembre 1916, p. 461 467.

OCHBERG F., SOSKIS D. (1982), *Victims of Terrorism*, New York, Boulder, Westview Press.

OPPENHEIM H. (1888), *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, V. von August Hirschwald.

Organisation mondiale de la santé (1993), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Dixième révision*, Genève, OMS, 1992. Trad. fr. C. B. Pull, Paris.

PANSERA G., CHIADINI A. (1916), « Un caso di mutismo da shock nervoso », *Policlinico*, 23, p. 1471 1472.

PARSONS H. (1915), « Psychology of traumatic ambliopia following explosion of shells », *The Lancet*, 3 avril, p. 697 701.

PASSAMAR M., BORGNE N., VILAMOT B. (2003), « Le débriefing psycholo gique est il déjà une thérapie ? Obstacles et indications », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2 (3), p. 125 128.

PERRY B., SOUTHWICK M., YEHUDA R., GILLER E. (1990), « Adrenergic receptor in posttraumatic stress disordrer », *in* Giller E., *Biological Assessment and Treatment Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, American Psychia tric Press, p. 87 114.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

PINEL P. (1809), *Nosographie philosophique*, Paris, Brosson ; réédition New York, Arno Press.

PLINE LE JEUNE (106 ap. J. C.), « Lettres à Tacite sur la catastrophe de Pompéi », *in Œuvres*, Paris, Les Belles Lettres, « Guillaume Budé », 1947.

PYNOOS R., STEINBERG A., GOENJIAN A. (1996), « Traumatic stress in child hood and adolescence. Recent developments and current controversies », *in* Van der Kolk B., MacFarlane A. et Weisaeth L., *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford Press, p. 331 358.

RAPHAEL B. (1996), « Acute preventive interventions », *in* Van der Kolk B., MacFarlane A. et Weisaeth L., *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford Press, p. 463 479.

REALMUTO G., MASTEN A., CAROLE L. F., HUBBARD J., GROTELUSHEN A., CHLUN B., (1992), « Adolescent survivors of massive childhood trauma in Cambodia : Life events and current symptoms », *Journal of Traumatic Stress*, 5, 4, p. 589 600.

ROUSSY G. et LHERMITTE J. (1917), *Psychonévroses de guerre*, Paris, Masson.

RUTTER M. (1985), « Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorders », *British Journal of Psychiatry*, 147, p. 598 611.

SALMON T. W. (1917), « War neuroses (shell shock). Lectures, illustrated with motion picture films, prepared by Direction of the Surgeon General for use in the Medical Officers Training Camps, N.Y. National Comm. Mental Hygiene », *Mil. Surg*., décembre, 41, p. 674 93.

SANDRO D. (1917), « Il mutismo funzionale da scoppio di granata et quello degli isterici. Loro cura con eterizzazione », *Riv. Patol. Nerv. e Ment., Firenze*, 9 janvier, 22, p. 35 37.

SARGANT W., SLATER E., HILL D. (1944), *Méthodes biologiques de traitement en psychiatrie*, trad. fr., Paris, PUF, 1952.

SARGANT W., SHORVON H. (1945), « Acute neuroses : Special reference to Pavlov's experimental observations and mechanism of abreaction », *Arch. Neurol. Psychiatr*., LIV, p. 231 *et sq*.

SARGANT W., SLATER E. (1950), « The influence of the 1939 1945 war on British psychiatry », *in Compte rendu des séances du 1er Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, Hermann, 1950, p. 180 220.

SARGANT W. (1959), *Physiologie de la conversion politique et religieuse*, trad. fr., Paris, PUF, 1967.

SCHARZWALD J., WEISENBERG M., SOLOMON Z., WAYSMAN M. (1994), « Stress reactions of scholl age children to the bombardment by SCUD mis siles : a 1 year follow up », *Journal of Traumatic Stress*, 7, 4, p. 657 668.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

SELIGMAN M., MAIER S., GEER J. (1968), « The alleviation of learned help lessness in the dog », *Journal Abnormal Psychology*, 73, p. 256 262.

SELYE H. (1950), *The Stress of Life*, New York, MacGraw Hill.

SHALEV A. (1994), « Debriefing following traumatic exposure », *in* Ursano R. J., MacCaughey B. et Fullerton C. S., *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, Cambridge University Press, Cambridge, III, 9, p. 201 219.

SHAPIRO F. (1989), « Eye movement desensitization : A nex treatment for post traumatic stress disorder », *J. Behavior. Therap. Exp. Psychiatry*, 20, p. 211 217.

SHATAN C. F. (1974), « Through the membrane of reality : Impacted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans », *Psychiatric Opinion,* octobre, 11, 6, p. 7 14.

SIMMEL E. (1918), *Kriegs Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestdellt auf Grund psycho analytischer, hypnotischer Studien*, Munich/Leipzig, Otto Nemnich.

SIVADON P., MARKISH M. (1953), « Le temps de latence dans les névroses post émotionnelles », *Ann. médico psychologiques*, février, p. 87 91.

SNODGRASS L., YAMAMOTO J., FREDERICK C. (1993), « Vietnamese refu gees with PTSD symptomatology : Intervention with a coping skills model », *Journal of Traumatic Stress*, 6, 4, p. 569 576.

SOKOL R. (1986), « Treatment of victims in hostage situations, the USAREUR stress management team », *in* Crocq L. *et al*., *Comportements dans les cata strophes de guerre et de paix*, *Symposium de l'OTAN, 13 14 octobre 1986*, document ronéotypé, p. 218 228.

SONNENBERG M., BLANK A., TALBOTT J. (1985), *The Trauma of War. Stress and Recovery in Viet Nam Veterans*, Washington, American Psychiatric Press.

SOUTHWICK S., KRYSTAL J., MORGAN C. *et al*. (1993), « Abnormal noradre nergic function in posttraumatic stress disordrer », *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, p. 266 274.

TARGOWLA R. (1950), « Le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxys tique », *La Presse médicale*, 24 juin, 58, 40, p. 728 730.

TERR L. (1991), « Childhood traumas. An outline and overview », *Am. J. of Psy chiatry*, 148, p. 10 20.

URSANO R. J., GRIEGER T. A., MacCARROLL J. E., (1996), « Prevention of posttraumatic stress. Consultation, training and early treatment », *in* Van der Kolk I., MacFarlane A. C., Weisaeth L., *Traumatic Stress. The Effects of Overwelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford Press, p. 441 462.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

VAN DER KOLK B., BOYD H., KRYSTAL J., GRENNBERG M. (1984), « Post traumatic stress disorder as a biological based model of inescapable shock », *in* Van der Kolk B., *Post traumatic Stress Disorder. Psychological Biological Sequelae*, Washington, American Psychiatric Press, p. 123 134.

VERNANT J. P. (1985), *La Mort dans les yeux. Figures de l'autre en Grèce ancienne*, Paris, Hachette.

VINCENT C. (1916), « La rééducation intensive des hystériques invétérés », *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, XXXII, 21 juillet, p. 1198 1208.

VITRY M. (1999), *L'Écoute des blessures invisibles*, Paris, L'Harmattan.

WILLIAMS T. (1987), *Post Traumatic Stress Disorders. A Handbook for Clinicians*, Cincinnati, Disabled American Veterans National Headquarters.

WILSON J. P. (1980), « Conflict, stress and growth : The effects of the Viet Nam war on psychosocial development among Viet Nam veterans », *in* Figley C. R., Leventman S., *Strangers at Home. Viet Nam Veterans since the War*, New York, Praeger Press.

XÉNOPHON (380 av. J. C.), *Anabase*, trad. fr. par P. Masqueray, Paris, Les Portiques/Club français du livre, 1967.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Table

INTRODUCTION..... 7

1re LEÇON

Qu'est-ce que le trauma ?..... 13
Trauma, stress et stress traumatique..... 13
Théories et modèles explicatifs du trauma..... 19

2e LEÇON

La réaction immédiate..... 33
La réaction immédiate adaptative..... 34
La réaction immédiate inadaptée, dite de « stress dépassé »..... 37
Critères du vécu traumatique de la réaction immédiate inadaptée (stress dépassé et réactions franchement pathologiques)..... 42
Conclusion..... 45

3e LEÇON

La période post-immédiate..... 47
L'autonomie clinique et nosologique de la période post-immédiate..... 47

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Description clinique..... 48
Durée de la phase de latence et facteurs conditionnant cette durée..... 53
Le statut du diagnostic de stress aigu *du* DSM-IV..... 56
Conclusion..... 58

4e LEÇON

La névrose traumatique..... 59
Deux conditions préalables : le vécu traumatique et le temps de latence..... 60
Tableau clinique de la névrose traumatique..... 62
Évolution..... 74
Les variantes : le panorama des syndromes psychotraumatiques différés et chroniques..... 75
Conclusion..... 76

5e LEÇON

Le trauma chez l'enfant..... 77
Tableaux cliniques chez l'enfant traumatisé..... 79
Tableaux cliniques selon l'âge..... 84
Variantes selon la nature du traumatisme..... 87
Variantes selon la fréquence d'exposition à la situation traumatisante..... 90
Évolution : résilience ou séquelles, oubli ou réveil..... 91
Conclusion : des destins compromis..... 94

6e LEÇON

Viol et trauma..... 97
Historique, définition, circonstances et cas de figure..... 97
Tableaux cliniques..... 100
Évolution..... 108
Conclusion : humiliation, honte, culpabilité..... 111

7e LEÇON

Stress et trauma du sauveteur..... 113
Qui sont les sauveteurs et autres intervenants ?..... 114

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Situations potentiellement traumatisantes et facteurs de stress ou de trauma du sauveteur 115
Psychologie du sauveteur pendant les phases successives de la mission 119
Tableaux cliniques 123
Conclusion 129

8e LEÇON

Le syndrome de répétition 131
Les formes cliniques du syndrome de répétition 131
Nature du syndrome de répétition 138
Conclusion 144

9e LEÇON

Trauma et mémoire 147
Hypermnésie et amnésie : l'ambiguïté des troubles de la mémoire 147
L'inconscient traumatique et la mémoire dans l'histoire du trauma 150
Trauma et mémoire dans les syndromes psychotraumatiques d'aujourd'hui 158
Conclusion 159

10e LEÇON

Trauma et sommeil 161
Les difficultés d'endormissement 162
Agitation nocturne et somnambulisme 164
Sommeil léger, avec réveils angoissés 166
Le cauchemar de répétition 167
Conclusion 174

11e LEÇON

Trauma et résilience 177
Considérations préliminaires 178
Clinique et facteurs de la résilience 180
Commentaire conclusif 191

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

12e LEÇON

Intervention immédiate et *defusing*..... 193
Deux opérations distinctes : intervention médico-psychologique et soutien psychosocial..... 194
Les besoins de la victime et du rescapé impliqué..... 194
L'intervention médico-psychologique immédiate..... 197
Le soutien psychosocial..... 204
Conclusion..... 206

13e LEÇON

Intervention post-immédiate et débriefing..... 209
Pourquoi l'intervention en post-immédiat ? Ses principes.... 210
L'expérience francophone : verbalisation des émotions plutôt que récit factuel..... 219
Départager la controverse sur l'efficacité du débriefing..... 223
Conclusion..... 226

14e LEÇON

L'approche cathartique..... 227
Les précurseurs de la méthode cathartique..... 228
Janet et Freud : désinfection morale et méthode cathartique..... 234
Les techniques cathartiques après Freud et Janet..... 237
Commentaire conclusif : l'approche cathartique..... 242

15e LEÇON

Préhistoire et histoire du trauma..... 245
La période des précurseurs..... 246
Les fondateurs : découverte du préconscient traumatique (Oppenheim, Charcot, Janet, Freud et quelques autres)..... 249
Les successeurs..... 252
Les novateurs..... 257
Conclusion..... 261

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

16e LEÇON

Les mythes du trauma..... 263
Gilgamesh et la quête de l'immortalité..... 263
Persée, Méduse et l'effroi..... 264
Sisyphe, condamné à la répétition de l'absurde..... 271
Orphée aux Enfers..... 272
Er, incursion aux Enfers et assomption du trauma..... 274

BIBLIOGRAPHIE..... 279

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

DU MÊME AUTEUR
CHEZ ODILE JACOB

Les Traumatismes psychiques de guerre, 1999.
Gérer les grandes crises sanitaires, écologiques, politiques et économiques (avec Sophie Huberson et Benoît Vraie), 2009.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert

Cet ouvrage a été transcodé et mis en pages
par IGS-CP (L'Isle-d'Espagnac)

N° d'impression :
N° d'édition : 7381-2825-X
Dépôt légal : août 2012

Imprimé en France

LOUIS CROCQ

Louis Crocq est psychiatre des armées et professeur de psychologie à l'université Paris-V. Il a créé les cellules d'urgence médico-psychologique, au lendemain de l'attentat de la station de RER Saint-Michel en 1995. Il est l'auteur de nombreux ouvrages, dont *Traumatismes psychiques de guerre*.

Qu'est-ce qu'un trauma ? Peut-on l'identifier immédiatement après le choc ? Quels signes doivent nous alerter dans les semaines et les mois qui suivent ? Comment se manifeste-t-il chez l'enfant ? Quels sont ses impacts sur la mémoire et le sommeil ? La personnalité en est-elle durablement transformée ? Les sauveteurs peuvent-ils être touchés et comment doivent-ils être aidés ?

Dans un langage clair et accessible à tous, Louis Crocq décrit le phénomène du trauma, montre qu'il ne peut être réduit à un état de stress – si violent soit-il –, dévoile les chemins de sa chronicisation et confronte les différents types de secours et de soins.

Illustrées par de nombreux cas cliniques, ces 16 leçons sont le fruit du travail de toute une vie par l'un des meilleurs spécialistes du sujet.

16 LEÇONS SUR LE TRAUMA

En couverture : © Illust ation de Philippe Lardy.

Facebook : La culture ne s'hérite pas elle se conquiert