



Les traumatismes psychiques chez l'adulte

Une rubrique bimestrielle pour comprendre les concepts utilisés en psychiatrie... de la pratique vers la théorie et de la théorie vers la pratique. Un double mouvement.

LUDMILLA CHOSTAKOFF

Psychologue clinicienne, CH Montperrin, Aix-en-Provence.

Une quinzaine de jours avant sa demande de consultation, **Éric, 48 ans, a été victime d'une violente agression** sur le trajet de son bureau à son domicile. On lui a arraché son sac, le blessant gravement au visage. Il a déposé plainte. Éric présente des troubles du sommeil avec des réveils fréquents, des cauchemars effrayants, un état d'irritabilité et d'anxiété manifeste avec des affects dépressifs. Son généraliste lui a prescrit un arrêt de travail et conseillé un suivi psychologique.

NÉVROSE TRAUMATIQUE CHEZ FREUD

Issu de la chirurgie (*trauma* signifie blessure), le concept de traumatisme est central en psychanalyse et met encore en débat de nos jours « *la place accordée à la réalité externe et la réalité interne.* » (Laroche Joubert, M, 2020).

En 1888, Oppenheim décrit la « *névrose traumatique* », tableau clinique observé suite aux accidents de chemins de fer. Puis la notion apparaît chez Freud. Pour lui, le traumatisme est d'abord infantile et d'ordre sexuel, en lien avec la théorie de la séduction et donc central dans les névroses. Il envisage le traumatisme comme réel, puis, ne pouvant retrouver chez ses patientes d'éléments de réalité de leur expérience, de nature fantasmatique.

Avec *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud élabore une nouvelle conception. Le traumatisme est décrit comme « *le débordement, l'attaque du système de pare-excitation par un afflux d'excitations traumatiques, dont les sources appartiennent à la réalité interne ou externe* ». Il développe alors le concept de « *liaison* » qui doit maintenir, au sein de l'appareil psychique, l'excitation à un niveau le plus bas. Cette opération de liaison est mise en échec par la situation traumatique et laisse le sujet

en proie à la détresse. Freud (1926) attribue à l'angoisse « *une fonction de signal protégeant le Moi de l'exposition aux dangers externes* ». Avec le traumatisme, les mécanismes de préparation par l'angoisse permettant de réduire l'excitation sont défectueux, laissant le sujet dans un état d'effroi.

Pour Ferenczi (1932), il se produit un sentiment d'anéantissement de soi entraînant des mécanismes de défense comme le clivage du Moi, l'identification à l'agresseur, la fragmentation de la psyché... dans le but de survivre à la destructivité du traumatisme. Ces mécanismes se manifestent dans la diversité clinique des symptômes post-traumatiques.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Après la guerre du Vietnam, les Américains repensent la question du traumatisme et créent le *Post-traumatic stress disorder*, trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce trouble anxieux survient chez une personnalité « normale » suite à un événement traumatique soudain, se situant en dehors de son expérience habituelle, provoquant une détresse intense : le sujet est confronté directement au réel de la mort et de l'anéantissement, sa propre mort ou celle de l'autre. Du point de vue clinique, l'effet immédiat est l'effroi, comme manifestation intime de l'effraction traumatique, avec suspension des représentations et des affects : il y a un « *blanc de la pensée et blanc de l'affect* » (Lebigot, 2006). Le trauma, ici, résulte toujours d'une perception ou d'une sensation bien réelle. Il n'y a donc pas de traumatisme « par procuration », ni de transmission générationnelle. La notion de stress remplace celle de névrose.

STRESS OU NÉVROSE ?

F. Lebigot (2006) distingue névrose traumatique et TSPT : ces deux conceptions étiopathogéniques présentent des enjeux diagnostiques et thérapeutiques très différents. Reprenant la métaphore de l'appareil psychique proposé par Freud, Lebigot envisage le stress comme une déformation provisoire de l'enveloppe psychique qui reprend sa forme lorsque la menace disparaît. Les effets immédiats et précoces qui suivent l'impact couvrent toute la clinique de l'angoisse. Dans le traumatisme, il y a « *effraction du pare-excitation et incrustation d'un corps étranger à l'intérieur de l'appareil psychique* ». Dès lors la scène traumatique pourra réapparaître au détail près, provoquant le syndrome de répétition, constitutif de la névrose traumatique : il peut y avoir « *retour de la scène traumatique* » parfois plusieurs années après l'épisode initial.

Lors de la prise en charge précoce, il est impossible de savoir si le sujet est traumatisé puisque ce qui apparaît immédiatement est le syndrome de stress. La différence essentielle de l'impact de l'événement se fera en fonction de la structure du sujet. C'est donc l'évolution et la persistance de la symptomatologie, qui définissent la névrose traumatique.

UNE ÉVOLUTION FAVORABLE

Ainsi, dans le cas d'Éric, les premiers entretiens cliniques ont pour but d'évaluer sa personnalité et de repérer d'éventuels antécédents d'événements traumatiques. Cette agression est un acte isolé dans son histoire. Présentant une vie stable et une personnalité assez structurée, un suivi psychothérapeutique lui permet de reprendre relativement vite son activité professionnelle. Les symptômes initiaux disparaissent en quelques mois et la prise en charge peut être interrompue : il n'a donc pas développé de névrose traumatique.

BIBLIOGRAPHIE

- E Dozio, M Laroche Joubert et T Baubet, Le traumatisme psychique chez l'adulte, 2020, Édition in press.
- Ferenczi S. (1932). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris, Payot.
- Freud S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, PUF.
- Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF.
- Lebigot F, (2006), *Le traumatisme psychique*, Bruxelles, H Ingberg.