

AIDE-MÉMOIRE

Psychotraumatologie

3^e édition

Marianne **Kédia**

Aurore **Sabouraud-Seguin**

et al.

AIDE-MÉMOIRE

Psychotraumatologie

3^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2020
(2008 et 2013 pour les éditions précédentes)
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079332-7

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.

Avant-propos

En 2008, les éditions Dunod ont fait confiance à l'équipe de cliniciens et chercheurs de l'Institut de victimologie pour publier la première édition de *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie*. Notre projet était alors de concevoir un vade-mecum du trauma à destination des étudiants et des praticiens, en mettant à profit l'expérience inestimable que notre pratique au Centre du psychotrauma nous offrait.

Partant du principe que le trauma infiltrait toute la psychiatrie, nous avons pensé l'ouvrage autour de quatre axes : les « fondements » qui posent les bases historiques et théoriques de la discipline ; les « événements » qui s'attachent à décrire les spécificités des différentes expériences traumatiques ; la « psychopathologie » qui précise les conséquences de ces événements ; et enfin les différentes approches psychothérapeutiques. L'objectif était alors de présenter en quelques pages l'état des connaissances, les problématiques et questions principales de chaque sujet en offrant une bibliographie solide, renvoyant aux ouvrages internationaux de référence. C'est cet esprit de précision et de synthèse qui continue d'animer cet ouvrage.

Pour sa troisième édition, *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie* fait peau neuve. Changements de nosographie, apparition de nouvelles pratiques, intérêt croissant de la population « psy » pour la discipline... sont autant d'évolutions qui ont guidé et enrichi la rédaction de cette nouvelle version. Nous accueillons de nouveaux auteurs, tous spécialistes du domaine, et la moitié des chapitres sont inédits afin de rendre compte de la trajectoire de la psychotraumatologie.

De nouvelles entrées font donc leur apparition. Le lecteur trouvera ainsi sans surprise un chapitre sur les attentats. Alors que le Centre du psychotrauma, par lequel tous les auteurs de la première édition étaient passés, a été fondé pour prendre en charge les victimes des attentats de 1995, en 2008 nous n'avions pas estimé nécessaire d'aborder ce sujet spécifique. Il me semble même qu'aucun de nous n'y avait pensé... L'histoire nous a rattrapés.

D'autres sujets font leur apparition. Ainsi le volet « Psychothérapie » s'enrichit d'un chapitre sur l'intégration du cycle de la vie (ICV), pratique psychothérapeutique récemment développée en France. D'autres approches trouvent également leur place dans cette troisième édition, comme les thérapies humanistes ou celle du rescripting : retour aux fondamentaux de la psychothérapie d'un côté, et focus sur un « classique » méconnu de thérapie comportementale de l'autre.

Le hasard de certaines rencontres et les intérêts spécifiques de certains d'entre nous apportent à cette troisième édition des sujets étonnamment peu traités dans d'autres ouvrages. Un chapitre traite ainsi des effets de la justice transitionnelle sur les populations ayant survécu à des violences de masse, un autre des traumatismes de la période préverbale ou encore des hallucinations post-traumatiques, et un dernier des troubles sexuels. Le lecteur s'étonnera peut-être de ne pas trouver de chapitre intitulé « Résilience » : qu'il se réfère donc vite au chapitre « Processus de résistance et de dépassement » pour comprendre l'angle par lequel nous avons choisi de traiter une thématique plus polémique qu'il n'y paraît !

Lors de son émouvant discours pour la réception du prix Nobel de la paix en 2018, « l'homme qui répare les femmes », le Dr Denis Mukwege, a dit « *ce ne sont pas seulement les auteurs de violences qui sont responsables de leurs crimes, mais aussi ceux qui choisissent de détourner le regard* ». Alors que la société occidentale dans son ensemble semble enfin ouvrir un œil sur les violences sexistes, sexuelles, conjugales, il est plus que temps que la communauté « psy » en fasse de même. Nous sommes convaincus que la connaissance en psychotraumatologie est un préalable indispensable à la pratique psychiatrique et psychothérapeutique, quel que soit le domaine d'intervention du thérapeute.

Un thérapeute travaillant au côté des victimes peut, plus que d'autres, être affecté personnellement. Comprendre ce que l'on observe, se sentir « équipé » pour faire face aux patients les plus éprouvés, se sentir appartenir à un réseau de praticiens... sont autant de facteurs de protection que chacun d'entre nous se doit de développer et d'entretenir pour prévenir le trauma vicariant et donner du sens à la souffrance dont nous sommes les témoins. Depuis sa première édition, l'Aide-mémoire a pour vocation d'y apporter sa petite contribution.

Enfin, je souhaiterais conclure, comme en 2008, avec l'ensemble des collaborateurs de cet ouvrage, en rappelant que ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans l'expérience acquise auprès des enfants, des femmes et des hommes qui nous consultent et qui chaque jour nous étonnent par leur courage et leur dignité. Merci à eux.

Marianne Kédia

Sommaire

Avant-propos V

PREMIÈRE PARTIE

FONDEMENTS

1	Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie	2
2	Pierre Janet	17
3	Sándor Ferenczi	23
4	Viktor Frankl : l'analyse existentielle et la logothérapie	30
5	Mémoire traumatique	44
6	Sacrifice et idéologie sacrificielle	59
7	Victimologie	63

DEUXIÈME PARTIE

TYPES DE TRAUMATISMES

8	Accidents collectifs et catastrophes	70
----------	--------------------------------------	----

9	Accidents de la route	75
10	Agressions sexuelles	79
11	Attentats	96
12	Harcèlement	102
13	Attachement	109
14	Traumatismes psychiques des 1 000 premiers jours de vie	120
15	Maltraitance infantile	136
16	Violences conjugales	150
17	Réfugiés	160
18	Prises d'otages	172

TROISIÈME PARTIE

PSYCHOPATHOLOGIE

19	Évaluations cliniques en psychotraumatologie	187
20	Trouble de stress aigu : du DSM-IV au DSM-5	208
21	Trouble de stress post-traumatique	217
22	Trouble de stress post-traumatique chez l'enfant	224
23	Trauma complexe	241
24	Dissociation	253
25	Troubles dissociatifs	268
26	Comorbidité	280
27	Suicide	288
28	Addictions	291

29	Troubles du comportement alimentaire	299
30	Cauchemars et troubles du sommeil	305
31	Alexithymie	324
32	Personnalité	331
33	Hallucinations	340
34	Troubles sexuels	352
35	Processus de résistance et de dépassement des traumatismes	359

QUATRIÈME PARTIE

THÉRAPIES

36	Cadre thérapeutique	375
37	Travail en réseau	380
38	Gestion des crises	385
39	Justice transitionnelle	390
40	Traitements pharmacologiques	402
41	Hypnose	410
42	Psychanalyse	421
43	Approches humanistes	430
44	Thérapies comportementales et cognitives	440
45	Intervention précoce ou débriefing	458
46	Rescripting ou rescénarisation des souvenirs	466
47	Thérapie familiale	478
48	EMDR : du protocole à une thérapie intégrative	483

49	Groupes de parole et thérapies de groupe	498
50	Psychothérapie Intégration du Cycle de la Vie	504
51	Trauma vicariant	513
	<i>Liste des auteurs</i>	523
	<i>Index</i>	527

Première partie

Fondements

1	Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie .	2
2	Pierre Janet.....	17
3	Sándor Ferenczi.....	23
4	Viktor Frankl : l'analyse existentielle et la logothérapie.....	30
5	Mémoire traumatique.....	44
6	Sacrifice et idéologie sacrificielle.....	59
7	Victimologie.....	63

1

HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DU TRAUMA EN PSYCHIATRIE

Marianne Kédia, Baptiste Alleaume

ÉTUDIER l'histoire de la prise en charge du trauma en psychiatrie permet d'observer la difficulté de cette discipline à faire face à l'idée que la réalité peut durablement et profondément altérer le psychisme et la biologie des sujets. Cela permet également de mettre en relief la profonde influence exercée par le contexte social, historique et souvent politique, sur les conceptualisations du trauma.

Prémisses

Les premières études scientifiques sur le traumatisme remontent à la fin du XIX^e siècle et portent alors souvent sur les victimes d'accidents de chemin de fer. D'emblée, la question de l'étiologie des troubles se pose : est-elle organique ou psychologique ? Est-ce l'événement lui-même ou son interprétation qui provoque les symptômes ? Certains individus présentent-ils des vulnérabilités ?

Herman Oppenheim (1889) est le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». Prenant une position organiciste, il estime notamment que les symptômes traumatiques sont le produit de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Il observe la fréquence des problèmes cardio-vasculaires chez les sujets traumatisés, en particulier les soldats. Ainsi Oppenheim initie une longue tradition d'association des symptômes post-traumatiques avec les « névroses cardiaques » : on parle alors de « cœurs irritables » ou de « cœurs de soldats » (Myers, 1870 ; Da Costa, 1871). En raison de ces attributions organiques, les autorités ne cherchent pas à comprendre pourquoi un soldat autrefois valeureux s'effondre brusquement et se montre « lâche » ou peu fiable : le médecin n'a pas à diagnostiquer de faille personnelle chez le soldat qui conserve ainsi un semblant d'honneur.

Mais bien vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais Charles Samuel Myers, observent que le *shell shock* (ou « choc des tranchées » qui sera appelé « obusite » en France) se manifeste chez des soldats qui n'ont jamais été blessés physiquement. Myers (1915) affirme dès lors que les perturbations émotionnelles seules suffisent à expliquer l'apparition des symptômes. Il rejette ainsi la théorie exclusivement organiciste. Comme beaucoup de ceux qui l'ont suivi, Myers rapproche donc la névrose de guerre de l'hystérie¹.

Trauma et hystérie

Dans le même ordre d'idées et à une époque où la psychiatrie française exerce une forte influence internationale, Briquet en 1859 fait déjà le lien entre hystérie et trauma infantile : il décrit 501 cas d'hystérie et estime que dans 76 % des cas, c'est un traumatisme qui est à l'origine du trouble (rapporté par Crocq et de Verbizier, 1989).

Jean-Martin Charcot (1887) de son côté parle de « choc nerveux » traumatique qui plonge le patient dans un état second comparable

1. Dans l'ensemble du livre, le terme « hystérie » est utilisé pour renvoyer au diagnostic du XIX^e siècle. Un terme à l'étymologie extrêmement sexiste et aujourd'hui complètement dépassé, que les auteurs de ce livre n'utiliseront que dans une perspective historique.

à l'hypnose^{*1} : il est donc le premier à souligner l'importance des manifestations dissociatives et propose à Pierre Janet de poursuivre ses recherches sur le sujet.

Janet* (1889) développe alors une théorie proche de celle du neurologue américain James Putnam (1881). Selon Janet, le psychisme confronté à une situation terrifiante peut devenir temporairement incapable de gérer ce que l'on appellerait aujourd'hui ses « cognitions » préexistantes aux émotions associées à cette situation. Les souvenirs de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils en sont alors mis à l'écart, dissociés*, et échappent au contrôle volontaire. Le sujet est dissocié parce que ses capacités mentales sont affaiblies par de fortes émotions qui altèrent sa capacité à intégrer les contenus mentaux dans la conscience.

En 1906, Janet est invité par Putnam à l'inauguration des nouveaux locaux de la *Harvard Medical School*. Il y prononce une conférence ultérieurement publiée sous le nom de *The Major Symptoms of Hysteria* (1907). La théorie janétienne a un retentissement international considérable. De très nombreux auteurs poursuivront ce courant de pensée : Jean Piaget, Carl Jung, Charles Myers dont nous avons parlé, ou encore Ernest Hilgard. Ils considèrent la dissociation comme le processus pathogène principal donnant naissance aux symptômes traumatiques. Dès lors, ils privilégient la synthèse et l'intégration comme méthodes thérapeutiques.

Le courant janétien a été oublié durant de nombreuses décennies au bénéfice de la théorie freudienne. Depuis les années 1980 et sous l'influence de la recherche anglo-saxonne, l'œuvre de Janet et le rôle de la dissociation sont à nouveau considérés comme majeurs au niveau international.

Théories psychanalytiques _____

Contemporain de Janet, Freud intègre l'équipe de la Salpêtrière en 1885. Il admire beaucoup Charcot et est très influencé par ses idées. Ainsi,

1. Les étoiles indiquent qu'un chapitre est consacré à ce sujet.

entre 1892 et 1896, Freud suit le principe selon lequel le « subconscient » contient des événements d'une forte charge affective qui sont encodés dans un état de conscience modifié. Il explique, lui aussi, les attaques hystériques comme étant la réminiscence d'un état psychique antérieur, traumatique, et reconnaît l'influence de Janet. Freud et Breuer, dans *Les Études sur l'hystérie* (1895), avancent l'idée selon laquelle le moi réprimerait activement les souvenirs traumatiques douloureux. La dissociation serait donc le résultat d'un mécanisme de défense qui protège la conscience :

« Nos observations montrent qu'un traumatisme grave (comme celui d'une névrose traumatique), une répression pénible (celle de l'affect sexuel, par exemple) peuvent provoquer, même chez un sujet normal, une dissociation des groupes de représentations et c'est en cela que consisterait le mécanisme de l'hystérie psychiquement acquise » (*Études sur l'hystérie*, p. 9).

Puis dans *L'Étiologie de l'hystérie* (1896), il abandonne l'idée que la dissociation soit le concept central et privilégie la thèse des désirs réprimés comme origine de la névrose : ce ne sont pas que des souvenirs de faits réels qui sont écartés de la conscience, mais les désirs sexuels et agressifs de l'enfant qui menacent le moi et mobilisent des défenses qui les empêchent d'émerger à la conscience. À la différence de Janet, il explique que l'hystérie ne résulte pas d'un échec à faire l'intégration de nouvelles données aux expériences préexistantes, mais d'une répression active des pulsions sexuelles et agressives se concentrant autour du complexe d'Œdipe.

Freud a eu beaucoup de difficultés à réconcilier les notions de sexualité infantile refoulée et de trauma, la « théorie de la séduction » étant difficilement articulable avec celle du complexe d'Œdipe.

S'appuyant sur la deuxième théorie freudienne, la psychiatrie (française notamment) a alors eu tendance à ignorer les traumatismes réels au profit de la théorie du fantasme. Ainsi, de 1895 jusqu'aux années 1980, quasiment aucune étude sur les effets des traumatismes sexuels chez les enfants n'a été menée, à l'exception de l'œuvre majeure de Sándor Ferenczi*, célèbre disciple de Freud.

Sa théorie de la *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, présentée au congrès psychanalytique de 1932, montre le désespoir

de l'enfant confronté à un adulte qui utilise sa vulnérabilité et son besoin d'affection pour l'agresser sexuellement. Ferenczi introduit un concept majeur de la psychanalyse* : « l'identification à l'agresseur » qui serait un des principaux mécanismes de défense de l'enfant victime de sévices. La réponse de la communauté psychanalytique à cette conférence a semble-t-il été le rejet et l'article n'a été publié en anglais qu'en 1949, soit dix-sept ans après la première communication.

Le début du xx^e siècle est donc marqué par les études sur l'hystérie et la notion de suggestibilité qui y est associée. En France, ce sont deux autres élèves de Charcot qui marquent l'époque : Joseph Babinski et Georges Gilles de La Tourette. En 1905, quand Babinski reprend la tête de la Salpêtrière, l'étiologie traumatique chère à Charcot est rejetée et remplacée par les notions de simulation et de suggestibilité considérées comme caractéristiques du trouble hystérique.

En conséquence, au cours de la Première Guerre mondiale, de nombreux psychiatres français et allemands s'attacheront davantage à détecter les soldats simulateurs qu'à les soulager de leurs souffrances traumatiques. L'« hystérie de guerre » met ainsi en perspective la question de la volonté du patient : en Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles manquant de volonté (on parle même de *Willenskrankheit* ou « maladie de la volonté »).

Dès lors, la thérapie consiste à donner au patient l'envie de recouvrer la santé et ce, « grâce » à des exercices physiologiques tellement pénibles que certains soldats préféreraient encore retourner au front que d'être ainsi « soignés ». Comme le rapportent Crocq et Crocq (2000), la thérapie par décharges électriques, ou « faradisation », était alors utilisée pour soigner les tremblements, paralysies et autres troubles physiques. La Première Guerre mondiale voit aussi l'avènement de la « psychiatrie de l'avant » : les soldats en état de choc sont de moins en moins mis à l'abri à distance de la ligne de front pour être traités à proximité.

En Allemagne, dans un entre-deux-guerres au nazisme naissant, l'État décide de ne plus accorder de compensations financières aux soldats traumatisés, estimant que cela contribue à les maintenir dans cet état

pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées¹.

Sont à noter toutefois les travaux d'Abraham Kardiner (1941). Il a fait son analyse avec Freud et a commencé sa carrière en traitant des anciens combattants américains de la Première Guerre mondiale. Il souligne l'importance des réactions neurovégétatives d'hypervigilance. Selon lui, les manifestations pathologiques du traumatisme résultent en grande partie du fait que « le moi se consacre au travail spécifique d'assurer la sécurité de l'organisme et à se protéger lui-même des souvenirs du trauma ».

Après la Seconde Guerre mondiale _____

Il faut attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois, des recherches émergent sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement des soldats, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale (Belenky, 1987 ; Grinker & Spiegel, 1945).

Après la guerre, les sujets exposés à des événements traumatiques sont extrêmement nombreux, qu'il s'agisse d'anciens combattants, de civils, ou de survivants des camps de concentration. Les psychiatres américains décrivent, à l'instar de Kardiner, les réactions physiologiques de ces patients et cherchent des thérapies permettant de travailler sur les « souvenirs somatiques ». Ils ont donc recours à l'hypnose* et à la narcosynthèse (l'utilisation de narcotiques pour induire une transe) pour aider le patient à se rappeler l'événement et faciliter l'abréaction. Ils confirment ce qu'avait dit Janet : l'abréaction sans transformation, sans synthèse², n'est d'aucune aide.

En 1952, le tout premier *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) inclut le diagnostic de « *Gross Stress Reaction* » dans la

1. Voir l'excellent chapitre sur l'historique du trauma de van der Kolk, Weisaeth et van der Hart dans *Traumatic Stress*, 1996

2. Pour bien comprendre le concept de « synthèse », se référer au chapitre 2 : Pierre Janet.

catégorie des troubles de la personnalité situationnels et transitoires, pour décrire les réactions de personnes soumises à un stress émotionnel extrême résultant soit de situations de combat, soit de catastrophes civiles.

Des psychiatres tels que Walter Meninger découvrent l'intérêt des thérapies de groupe*. Henry Krystal (1968), psychanalyste, étudie les survivants de l'Holocauste et observe que leur réponse traumatique évolue d'un état d'anxiété massive à un blocage progressif des émotions et à des comportements d'inhibition. L'hyperactivation physiologique permanente conduit le patient traumatisé à ne plus saisir le sens des manifestations somatiques d'anxiété : ces remarques permettront le développement ultérieur du concept d'alexithymie*.

La recherche sur le trauma prend donc un deuxième souffle sous l'impulsion de chercheurs qui étaient souvent eux-mêmes des soldats (de la Seconde Guerre mondiale, puis du Vietnam) ou des survivants des camps. Par la suite, des cliniciens étudient une catégorie de sujets totalement négligés jusque-là : les femmes et les enfants.

La première étude sur le viol date ainsi de 1974 : Ann Burgess et Linda Holstrom décrivent « le syndrome traumatique du viol » qu'elles rapprochent de la névrose de guerre. À la même époque, d'autres auteurs s'intéressent aux enfants battus, et des groupes de parole* d'anciens combattants du Vietnam émergent dans toute l'Amérique. Lenore Terr (1979, 1983) se concentre sur les effets du trauma sur le développement psychique et propose une étude sur des enfants kidnappés dans un bus scolaire.

L'élaboration de la catégorie « PTSD » _____

Malgré cela, en 1980, le principal ouvrage de psychiatrie américain affirme toujours que moins d'une femme sur un million est victime d'inceste et que les effets de ce type de trauma ne sont pas particulièrement néfastes (Kaplan, Friedman & Sadock, 1980).

C'est pourquoi certains chercheurs très impliqués dans la prise en charge du trauma, et notamment Sarah Haley (elle-même victime d'inceste et fille d'un vétéran du Vietnam), doivent alors imposer la

création du « *Post-Traumatic Stress Disorder* » (PTSD, syndrome de stress post-traumatique¹) dans la troisième version du DSM (DSM-III, APA, 1980). Le « PTSD » synthétise tous les différents syndromes traumatiques relevés jusque-là : le « syndrome traumatique du viol », le « syndrome des femmes battues » et le « syndrome des vétérans du Vietnam ». Il est considéré par certains auteurs comme « l'un des rares diagnostics politiques » (Jones & Wessely, 2000), porté par des praticiens qui étaient d'anciens activistes anti-guerre, tels que Charles Figley ou Robert J. Lifton. Parallèlement, un groupe de chercheurs et de psychiatres crée les diagnostics de syndromes dissociatifs* pour le DSM-III, mais sans communication connue avec le groupe responsable du travail sur le trauma.

Dès lors, les recherches sur le stress post-traumatique sont de plus en plus nombreuses et aboutissent à la création d'une presse scientifique spécialisée très productive (*Journal of Traumatic Stress, Child Abuse and Neglect*, etc.).

Malgré ces importantes avancées, les particularités des transformations psychiques consécutives à des événements traumatiques répétés sont toujours mal appréhendées. En 1992, Judith Herman propose un diagnostic permettant de regrouper trois syndromes qu'elle estime être post-traumatiques : le trouble dissociatif de l'identité, le trouble de la personnalité borderline et le trouble de somatisation. Ce « trauma complexe* » est rebaptisé « DESNOS » (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) par le groupe de travail du DSM-IV, qui ne retiendra finalement pas ce diagnostic, le considérant simplement comme une forme grave de PTSD (Friedman & Resick, 2014).

Dans le même ordre d'idées, en 1994, une partie du comité de rédaction du DSM-IV tente de créer une catégorie entièrement dédiée au stress, mais elle n'est finalement pas retenue. Le PTSD est donc maintenu dans la catégorie des troubles anxieux, car, affirme Barlow (APA, 1980), bien que les syndromes inclus dans cette catégorie diffèrent par la nature et le rôle des stressseurs, c'est dans tous les cas l'anticipation anxieuse qui provoque le trouble. La seule innovation concernant le trauma dans le DSM-IV est donc la création de l'état ou trouble de stress aigu*,

1. Nous adopterons dans cet ouvrage l'acronyme anglophone de PTSD.

dans lequel la dimension dissociative du trauma est nettement plus prégnante. L'année suivante, Charles Figley, lui-même ancien combattant du Vietnam, propose le concept de fatigue de compassion* pour décrire les symptômes des professionnels du trauma.

En 2013, la cinquième version du DSM introduit finalement des changements importants dans la conceptualisation du trouble. Le PTSD passe ainsi de la catégorie « troubles anxieux », à une nouvelle catégorie appelée « troubles liés au traumatisme et au stress », comportant également les diagnostics de « trouble réactionnel de l'attachement », « trouble d'engagement social désinhibé », « trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié » et « trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié ». Cette nouvelle catégorie revient sur la distinction anxiété/stress et tient mieux compte des conséquences développementales du stress et du trauma, notamment à travers les diagnostics de PTSD et de trouble réactionnel de l'attachement. Si cette catégorie prend en compte les conséquences psychiatriques des négligences infantiles, en revanche, le diagnostic de trauma complexe n'y est toujours pas représenté, en dépit de son admission par une grande partie de la communauté scientifique et des praticiens. L'argument majeur vient de Patricia Resick et de ses collaborateurs (2012) qui estiment que le trauma complexe n'est pas un diagnostic suffisamment distinct du PTSD et qu'il présente trop de similitudes avec les troubles de la personnalité borderline et la dépression majeure. En 2018 en revanche, la Classification internationale des maladies (CIM-11), intègre le diagnostic de PTSD complexe* (CPTSD) dans le groupe des huit « troubles spécifiquement associés au stress ».

En France

Une analyse historique du développement de la psychotraumatologie en France permet d'en comprendre la spécificité mais aussi ses tiraillements actuels.

Il faut revenir pour cela à J.-M. Charcot qui, à partir de 1870, devient directeur du pavillon des convulsionnaires de la Pitié-Salpêtrière. Travaillant majoritairement auprès d'hystériques, il commence à donner un nombre rapidement grandissant de leçons sur ce trouble. L'objectif final de Charcot

à l'époque est d'établir une cartographie fonctionnelle de la moelle épinière (Bonduelle *et al.*, 1996). Émettant l'hypothèse que des blessures ou chocs physiques sont en lien avec les troubles neurologiques en question, Charcot bâtit une théorie de la diathèse du trouble hystérique. La diathèse est un postulat médical qui explique l'apparition et le maintien d'une pathologie par l'état constitutif de la personne malade, une sorte de terreau favorable où la maladie pourra émerger si des éléments environnementaux viennent y germer. Ainsi donc, pour Charcot, les grands cas d'hystérie qu'il présente en séance publique d'hypnose sont des personnes cumulant un terrain vulnérable et un certain nombre de *traumatismes* physiques (au sens chirurgical du terme), les symptômes neurologiques se réactivant lors des crises paroxystiques. Même dans des cas de situations traumatiques graves – tels les accidents de chemins de fer dont on a parlé ci-avant – Charcot n'y voit « souvent que de l'hystérie, rien que de l'hystérie » (Charcot, 1890).

Cet ancrage forcené dans une étiologie uniquement hystérique a été repris par Freud et par la psychanalyse qu'il a créée. Dans cette « querelle des névroses » (Pignol, 2011) opposant d'abord Charcot et Oppenheim puis Janet et Freud, la France délaisse les concepts janétiens de dissociation et d'automatismes psychologiques, pour s'emparer des théories freudiennes. Ainsi donc, c'est toute une école de pensée qui a eu – et qui a encore actuellement – à se débattre avec la notion d'événement traumatique réel. Aux confins des notions de simulation et de fantasme, plusieurs générations de professionnels français jusque dans les années 1970-1980 travaillent et élargissent l'héritage freudien. Certains auteurs pointent les victimes en série ou les personnes atteintes de « névrose de destinée » (Sizaret & Sizaret, 1974), dans la mesure où celles-ci chercheraient une certaine dose de jouissance ou de bénéfice à des victimisations répétitives. Dans le même temps, on sent dans l'Hexagone une résistance et même des critiques sur le DSM, présenté comme une anthologie athéorique de la psychopathologie émanant des États-Unis. Les reproches qui lui sont faits se résument en substance au fait qu'il n'est pas athéorique, empruntant des conceptions non seulement anglo-saxonnes (et donc à l'époque, plus intégratives, davantage pluridisciplinaires) mais aussi et surtout neurophysiologiques (la notion de stress est dominante et rattachée à des processus neuroendocriniens, ce qui est inexistant dans les milieux français).

Toutefois, les années 1980-1990 voient l'émergence d'une génération nouvelle de spécialistes du trauma en France, opérant un certain

renouveau et une actualisation nécessaire dans le domaine. Bien entendu, le primat du modèle psychodynamique reste fort mais la notion de trauma devient plus claire, plus concrète, plus clinique. En 1988, le psychanalyste C. Barrois est le fondateur de la psychotraumatologie, soutenu en cela par L. Bailly, G. Briole ou M. de Clercq (qui, à vrai dire, est de nationalité belge). L'article de Lebigot (2009) résume très bien la pensée de ce courant. Pour eux et à la suite du postulat de Freud, le psychisme peut être considéré comme une « vésicule vivante », c'est-à-dire une sorte de cellule vivante dont la frontière entre l'intérieur et l'extérieur est matérialisée par une membrane nommée « pare-excitation ». Dans ce contexte, le trauma représente l'effraction d'images traumatiques de l'événement, une véritable « rencontre avec le réel de la mort » (*ibid.*, p. 202). Bien qu'il évoque des conséquences liées au stress comme des « plaintes somatiques et maladies psychosomatiques » (p. 204), il est patent de voir que le trauma est considéré comme un trouble principalement psychologique : l'effroi et l'angoisse sont bien distincts cliniquement, le « syndrome de répétition » – désignant en vérité les phénomènes intrapsychiques de reviviscence – est considéré comme central, allant même jusqu'à y voir une « confusion de la nosographie américaine qui, dans le DSM-III, fait du traumatisme un stress » (*ibid.*, p. 202). Malgré des prises de positions avec le recul obsolètes, on ne peut toutefois pas nier que c'est par ces auteurs que la réponse sociale aux traumatismes s'organise et s'institutionnalise. Le psychiatre militaire Louis Crocq, déjà théoricien incontournable du « trauma à la française », préside la création des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), quelques jours après l'attentat terroriste du 25 juillet 1995. Le traumatisme psychique devient un objet d'étude plus sérieux, mieux défini et reconnu : des diplômes universitaires sont créés, des études nationales s'entreprennent, mêlant psychologie, médecine et épidémiologie, des importations de connaissances et de concepts venus de l'étranger viennent enrichir les travaux français, etc.

Dans les années 2000, ces apports étrangers sont l'objet de critiques ou de fascination. La pratique systématique du débriefing* s'est vu adresser des critiques dans la gestion de crise de terrain (De Soir, 2009). Mêlant la psychoéducation à des techniques comportementales*, on lui a reproché son efficacité thérapeutique : déclenchement parfois contestable au vu de l'événement, réexposition voire découverte de certains pans

de l'incident pendant la séance, possibilité de survictimisation. À contrario, les années 2000 ont consacré l'utilisation et la généralisation du concept de résilience*. Existait depuis la fin des années 1970 en Amérique du Nord, la résilience à la française est portée par des auteurs parmi lesquels B. Cyrulnik (éthologie/psychodynamique), M. Delage (psychologie systémique) ou encore J. Lecomte (psychologie positive). Même si le débat théorique sur sa définition et ses déterminants reste ouvert, la résilience a réussi à pénétrer le langage commun et a cela d'appréciable qu'il rappelle aux personnes en proie à un traumatisme l'importance déterminante des ressources propres au sujet.

Par ailleurs, de nouvelles pistes thérapeutiques venant de l'étranger prennent de l'ampleur en ce début de XXI^e siècle. Née à la fin des années 1980, la thérapie EMDR* (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) a su trouver une place en France, devenant même un des traitements préconisés par la Haute Autorité de santé (2007), avec la thérapie cognitivo-comportementale* et l'hypnose* (selon le tableau clinique). Ces préconisations viennent d'un souci de plus en plus fort en France d'éprouver et d'attester la fiabilité et l'efficacité des psychothérapies. Le rapport INSERM de 2004 va dans le sens de cette volonté de scientificité et de contrôle au sein du territoire national. Malgré la protestation de quelques individualités préservant de petits et obscurs groupuscules théoriques, les milieux universitaires et professionnels français constatent que les méthodes psychanalytiques pures sont de moindre effet en ce qui concerne les pathologies du spectre traumatique. À partir de là, l'adaptabilité selon la personne rencontrée, le besoin d'un regard intégratif sur le traumatisme psychique et une connaissance des multiples théories, outils et options thérapeutiques existants deviennent des préceptes fondamentaux dans toute bonne prise en charge en psychotraumatologie.

Enfin, les années 2010 sont particulières en France, dans la mesure où elles se sont avérées riches en événements traumatiques divers. Les attentats* terroristes de 2015 semblent avoir secoué aussi bien la population générale que la communauté des intervenants en santé mentale. Les réseaux sociaux induisent également de nouvelles surfaces de traumatisation, allant du cyberharcèlement à des méthodes de cybercriminalité plus précises (vol de données, cyberguerre à des niveaux nationaux). Le seul exemple de l'affaire Weinstein a vu

déferler un mouvement spontané, planétaire et d'une ampleur inégalée, où la dénonciation par le #metoo ou #balancetonporc a permis de constater que des milliers d'actes caractéristiques d'attouchements et/ou d'agressions sexuelles n'ont pas reçu l'écoute et le traitement normalement prévus.

L'historique plus spécifique à la France permet de voir à quel point l'évolution du contexte social, théorique, culturel, politique, détermine notre conception de ce qui est traumatique, de comment nous pouvons nous le représenter et de comment nous pouvons y remédier.

Conclusion

La façon dont le trauma a été conceptualisé à travers les âges est extrêmement dépendante des contextes culturels, sociaux, historiques et politiques. À chaque époque, de nouvelles découvertes et compréhensions ont enrichi notre connaissance et nos méthodes de prise en charge. Notre début de ^{xxi} siècle n'échappe pas à cette règle. Comme le relèvent très justement Didier Fassin et Richard Rechtman (2007), dans les jours qui ont suivi les attentats du 11 septembre 2001, neuf mille spécialistes de santé mentale (parmi lesquels sept cents psychiatres) ont été dépêchés à New York pour assurer la prise en charge des victimes et des témoins.

Notre société est passée d'un « régime de véridiction, dans lequel les symptômes du soldat blessé ou de l'ouvrier accidenté étaient systématiquement mis en doute, à un régime de véridiction où leur souffrance, devenue incontestée, vient attester d'une expérience qui suscite la sympathie et appelle une indemnisation » (Fassin & Rechtman, p. 16). Critiquée parfois, cette tendance permet pourtant de mieux mettre en lumière des thématiques sociales, qui non seulement perdurent malgré l'époque, mais aussi sont parmi les plus insidieuses et les plus risquées en termes psychopathologiques (violences genrées, phénomènes migratoires, maltraitements infantiles).

 *Janet, Ferenczi, Trouble de stress post-traumatique, Victimologie*

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (3^e éd.). Washington, DC: APA.
- Barrois, C. (1988). *Les Névroses traumatiques*. Paris: Gauthier Villars.
- Belenky, G. (1987). *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*. New York: Greenwood Press.
- Bonduelle, M., Gelfand, T. & Goetz, C. G. (1996). *Charcot, un grand médecin dans son siècle*. Paris : Michalon.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris : Ballière.
- Burgess, A. W., Holstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Charcot, J.-M. (1890). Œuvres complètes. Leçons sur les maladies du système nerveux, Dix-huitième leçon, tome III, p.255.
- Charcot, J.-M. (1886). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, vol. 3, Paris, Progrès Médical, A. Delahaye et E. Lecrosnier.
- Crocq, M.A. & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 47-55.
- Crocq, L. & de Verbizier, J. (1989). Le traumatisme psychologique dans l'œuvre de Pierre Janet. *Annales médico-psychologiques*, 147 (9), 983-987.
- Da Costa, J.M. (1871). On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, 61, 17-52.
- De Soir, E. (2009). Le debriefing psychologique est-il dangereux ? *Revue internationale de psychosociologie*, vol. xv (36).
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2007). *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.
- Ferenczi, S. (1932, 2004). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* suivi de *Le Rêve du nourrisson savant* et d'extraits du *Journal clinique*. Paris : Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- Freud, S., Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1896, 1973). L'étiologie de l'hystérie, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF.
- Friedman, M.J. & Resick, P.A. (2015). DSM-5 Criteria for PTSD. In: Friedman MJ., Keane T.M., Resick P.A., (Eds). *Handbook of PTSD: Science and practice* (2nd ed.), pp 21-37. New-York: Guilford.
- Grinker, R.R., Spiegel, J.P. (1945). *Men under Stress*, Philadelphia: Blakiston.
- Haley, S. (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry*, 30, 191-196.
- INSERM (dir.). (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm.
- Janet, P. (1889, 1998). *L'Automatisme psychologique*. Paris : Odile Jacob.





- Janet, P. (1907, 1965). *The Major Symptoms of Hysteria*, fac-similé de l'édition de 1920. New York: Flafner.
- Jones, E. & Wessely, S. (2006). Psychological trauma: a historical perspective. *History, Epidemiology, Treatment*, 5(7), 217-220.
- Kaplan, H., Freedman, A.M. & Sadock, B.J. (1980). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 2 vol.. Baltimore: Williams et Wilkins.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Hoeber.
- Krystal, H. (1968). *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press.
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma*, 9(4), 201-204.
- Myers, A.B.R. (1870). *On the Aetiology and Prevalence of Disease of the Heart among Soldiers*. Londres: J. Churchill.
- Myers, C.S. (1915). A contribution to the study of shell shock. *Lancet*, 316-320.
- Oppenheim, H. (1889). *Die traumatische Neurosen*. Berlin: Hirschwald.
- Pignol, P. (2011). *Le travail psychique de victime : essai de psycho-victimologie*. Psychologie. Université Rennes 2, 2011. NNT : 2011REN20043.
- Putnam, J. J. (1881). Recent investigations into patients of so-called concussion of the spine. *Boston Medical and Surgical Journal*, 109, 217.
- Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L. et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251.
- Sizaret, P. & Sizaret, C. (1974). Victimologie et névrose de destinée. *Annales médico-psychologiques*, 2 (4), 533-555.
- Terr, L. (1979). Children of Chowchilla : a study of psychic trauma ». *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 552-623.
- Terr, L. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma for years after a school-bus kidnapping ». *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Van der Kolk, B., Weisaeth, L., van der Hart, O. (1996). *History of Trauma in Psychiatry in Traumatic Stress*. New York: Guilford Press.

2

PIERRE JANET¹

Marianne Kédia

L'HOMME auquel on doit l'élaboration du concept de dissociation* est aujourd'hui un auteur incontournable dans le champ du psychotrauma. Plus largement, son œuvre complexe et essentielle est fondatrice de la psychologie comme discipline.

Il est bien entendu impossible de résumer la pensée janétienne en quelques pages. L'objectif de ce chapitre est donc d'en présenter les principaux fondements, appliqués au psychotrauma, et de modestement participer à la réhabilitation d'un penseur souvent méconnu en France, mais encensé par les plus grands chercheurs internationaux contemporains.

1. Remerciements au Dr Isabelle Saillot, présidente du réseau Pierre-Janet, pour sa relecture attentive.

Éléments biographiques

Pierre Janet est né en 1859 dans une famille d'intellectuels. Certains ont décrit sa carrière comme un « intéressant cas clinique, illustrant la subtilité des rivalités de pouvoir universitaires et professionnelles » (Gregory *et al.*, 1987).

Son oncle, le philosophe Paul Janet, a eu une grande influence sur lui et l'a encouragé à compléter ses études de philosophie (effectuées à l'École normale supérieure avec son camarade Henri Bergson) par l'étude de la science et de la médecine. Le maître à penser de Pierre Janet est Théodule Ribot, qui milite pour une séparation de la psychologie et de la philosophie et pour l'application des méthodes de la physiologie et des sciences naturelles aux manifestations de l'esprit. Après l'avoir remplacé quelques années, Janet occupera finalement la chaire de Ribot au Collège de France, de 1902 à 1934.

Jean-Martin Charcot remarque Pierre Janet dès 1885, lorsqu'il découvre son article sur la fameuse Léonie. Charcot dirige alors un grand nombre des recherches de Janet, lesquelles portent le plus souvent sur les états modifiés de conscience et la suggestion. En 1890, lorsque Janet termine sa première thèse de doctorat, Charcot le nomme directeur du nouveau laboratoire de psychologie expérimentale de la Salpêtrière. Mais le grand neurologue s'éteint prématurément en 1893, et la technique hypnotique, déjà très ébranlée par les théories de l'école de Nancy, tombe alors en disgrâce : Jules Dejerine, le nouveau directeur de La Salpêtrière, estime notamment que l'hypnose* est moralement répréhensible. En 1910, il raye d'un coup de plume l'existence du laboratoire de psychologie de Pierre Janet, et celui-ci trouve un accueil temporaire dans le service de neurologie du docteur Nageotte.

Parallèlement à ses cours au Collège de France et à ses consultations privées, Janet voyage alors beaucoup en Amérique du Nord et du Sud, où il est acclamé. Il recevra notamment le titre de docteur honorifique de l'université d'Harvard en 1936. Malgré cela, son œuvre a été oubliée pendant des années, sans doute éclipsée par celle de son contemporain plus controversé Sigmund Freud, qui s'est pourtant, au moins au début, énormément inspiré de son confrère français. De plus, Janet, afin de valoriser l'indépendance de la pensée, n'a jamais