

***LA CLINIQUE DE LA NEVROSE TRAUMATIQUE
DANS SON RAPPORT
A L'EVENEMENT***

né puo coi morti albergo aver chi vive
(et les vivants ne peuvent demeurer avec les morts - Orfeo-Monteverdi)

Le Médecin Chef des Services LEBIGOT F.
Professeur Agrégé du Val-De-Grâce
Chef du Service de Psychiatrie
Hôpital d'Instruction des Armées PERCY
92141CLAMART CEDEX

La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement

F. LEBIGOT - HIA PERCY - 92 CLAMART

Résumé :

La névrose traumatique confronte le sujet aux effets de l'effroi dans le psychisme, réactivés à chaque manifestation du syndrome de répétition. Le premier d'entre eux est l'incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique d'une figuration de la mort de soi, et la perte de " l'illusion d'immortalité ". Le moment traumatique est aussi un moment d'exclusion où le langage s'est absenté, un moment d'indicible déréliction qui se traduit par des sentiments durables de honte et d'abandon. Enfin, cette confrontation fugace au néant à la faveur de l'effraction réalise une transgression que le sujet va porter comme une faute.

Ces phénomènes sont à l'origine des diverses manifestations psychopathologiques rencontrées dans cette affection, et permettent un premier niveau de compréhension des souffrances exprimées. Ils donnent aussi de précieuses indications sur les modes d'intervention psychothérapique aux différents temps évolutifs de la névrose.

Mots Clés : état de stress post-traumatique, clinique, psychopathologie, psychothérapie.

**Clinical Study of traumatic neurosis
in relation with the traumatic event.**

F. LEBIGOT - HIA PERCY - 92 CLAMART

Summary :

The traumatic neurosis confronts the subject to the effects of dread in the psyche, that worsen everytime the syndrome of repetition displays. First of them is the embedment into the psychic apparatus of a oneself as dead picture, and the loss of “the immortality illusion”. The traumatic moment is an exclusion moment too in which the language disappeared, an unspeakable moment of dereliction creating feelings of shame and abandonment. At last this transient confrontation to nothingness under cover of dread realizes a transgression that the subject will bear as a fault.

The various psychopathological manifestations of the traumatic neurosis originate from these phenomena, that enable a first understanding level for the expressed suffering. They also give unseful indications about the ways of psychotherapeutic interventions according to the evolution of the disease.

Key words : Port traumatic stress disorder, clinic, psychopathology, psychotherapy.

La névrose traumatique est la seule affection psychiatrique qui, prenant son départ d'un accident d'origine externe dans la vie du malade [1], tire ses particularités de la nature même des effets intrapsychiques immédiats de cet accident.

Ainsi, contrairement à ce que peut laisser entendre sa dénomination actuelle d'“ état de stress post-traumatique ” (C.I.M. 10), elle diffère fondamentalement des pathologies dites souvent réactionnelles (névrotiques ou psychotiques) où l'événement déclenchant ne détermine pas la forme que prendront les symptômes.

Nous examinerons ici ce lien d'identité entre les bouleversements strictement contemporains de l'effraction traumatique dans l'appareil psychique et les différentes modalités de la souffrance psycho-traumatique.

Le syndrome de répétition nous en fournit l'illustration la plus immédiatement accessible et nous en étudierons les caractéristiques dans un premier chapitre. Puis nous verrons les effets durables et continus du traumatisme, tels qu'ils sont vécus par les patients et déterminent une gamme étendue de troubles psychopathologiques, à savoir : la fin de l'illusion d'immortalité, des sentiments de honte, d'exclusion et d'abandon, enfin une culpabilité pas toujours consciente mais dont le rôle est central dans l'évolution de la névrose.

Pour finir nous dirons un mot de la prise en charge thérapeutique, en tant que cette clinique peut l'éclairer aux différents temps où elle s'exerce.

I - Le moment du traumatisme et sa répétition

Notre rapport habituel au réel est fait de sensations et de perceptions qui trouvent au fur et à mesure dans l'Inconscient des représentations prêtes à les accueillir, liées elles-mêmes à d'autres représentations. L'instant présent sera toujours perçu à la lumière d'un passé et pris dans un réseau d'interprétations et de significations. Les témoins d'un même événement en feront des récits différents et chacun de ces récits évoluera avec le temps. Les liens entre les représentations déforment les souvenirs et les constituent comme tels, dans le passé.

Il n'en va pas de même avec un événement traumatique. Celui-ci, dans les manifestations de la répétition, est toujours revécu au temps présent et ne subit aucune transformation. Il n'a pas trouvé dans l'Inconscient de représentation pour l'accueillir, le lier, le modifier. Chacun sait qu'il va mourir, dit FREUD [2], mais nul n'y croit vraiment. Ce qui veut dire qu'il n'y a pas dans l'Inconscient de représentation de soi comme mort (nous vivons tous comme si nous étions immortels). Or c'est bien cette perception là qui s'est imposée dans l'instant du traumatisme.

Les premiers moments de la vie de chaque homme lui offrent des expériences de néantisation. Avec l'entrée dans le langage, s'effectue peu à peu un premier refoulement, appelé primaire ou originaire, qui rend ces expériences inaccessibles et donc irréprésentables. Dans l'Inconscient, c'est la castration, la perte de quelque chose de supposé essentiel qui viendra à cette place. Figuration d'une néantisation, l'image traumatique n'aura pas de lieu d'accueil dans cet appareil psychique construit sur le socle étanche du refoulement originaire. Elle sera un "corps étranger interne" (FREUD) inaccessible au travail du principe de plaisir. Elle aura le pouvoir de reparaître intacte aussi bien à l'occasion du sommeil que de la vie éveillée. Outre l'effroi, ce "blanc" de l'émotion qu'elle déclenche à chacune de ses manifestations, elle inscrit au cœur du sujet la certitude de sa fin imminente.

Quelques remarques tirées de la clinique peuvent être faites ici.

1 - Ce qui fait retour dans le syndrome de répétition c'est une image réelle. Aussi ne peut-elle être que la reproduction d'une perception, sensitive ou sensorielle. D. GONIN parle du trauma comme du " triomphe dévastateur de la sensation à l'état brut " [3]. Contrairement à ce qui est écrit parfois, un récit, si dramatique soit-il pour celui qui l'entend, ne peut jamais faire trauma. Pas plus qu'une image virtuelle (cinéma, télévision). Des cauchemars " répétitifs ", fruits de mécanismes complexes d'identification, ont été rapportés aussi chez des enfants de déportés. Dans tous ces cas, rares d'ailleurs, l'imagerie mentale résulte d'une construction fantasmatique, à partir d'un matériel imaginaire et symbolique. L'abord thérapeutique en sera très différent. Il s'agit là du seul vrai diagnostic différentiel de la névrose traumatique.

2 - Souvent grâce à une relation transférentielle mais pas toujours, l'événement initial peut dans les cauchemars être infiltré progressivement d'éléments issus des représentations du sujet. Celles-ci sont parvenues à établir des liens avec l'image traumatique, jusqu'à parfois la "naturaliser", la métaphoriser entièrement [4]. Ce processus est évidemment ce à quoi doit tendre tout travail psychothérapeutique.

3 - Quoique non dévoilé, seulement présenté, le réel dont il est question ici exerce un pouvoir de fascination sur les hommes : les attroupements lors des accidents de la voie publique, l'audimat de certaines séquences télévisées, la pérennisation des guerres le montrent assez. La souffrance qu'elles causent n'empêchent pas les images traumatiques d'avoir un tel pouvoir sur celui qui les produit. Avec le temps, il lui sera de moins en moins facile de s'en défaire. C'est un aspect déterminant quant à l'évolution de la maladie et à son abord thérapeutique [5].

4 - Mais ces images qui fascinent sont aussi persécutrices et confèrent ce halo de persécution à toute la névrose, plus ou moins accentué selon les structures. L'effroi de la néantisation, dans la solitude la plus radicale, génère un sentiment d'injustice, voire "d'écrasement par un pouvoir absolu arbitraire"[1]. Pointent ici des aspects que nous n'aborderons pas, qui relèvent du chapitre évolutif, et qui concernent entre autres les relations difficiles avec l'entourage et les avatars parfois dramatiques du processus de reconnaissance et de réparation. En anticipant un peu sur la suite, on voit déjà que les sentiments de culpabilité auront à cet égard une fonction pacificatrice : "qu'ai-je fait pour mériter ça" interrogent les patients qui refusent de s'identifier totalement au statut de victime.

II Effets durables et continus du traumatisme et de sa répétition.

1. La perte de l'illusion d'immortalité

Elle est le corollaire de l'incrustation dans l'appareil psychique d'une image du réel de la mort. La vie bouleversée des patients permet de toucher du doigt combien cette illusion est nécessaire, et l'incompréhension qu'ils rencontrent dans leur entourage le mieux disposé à leur égard combien elle est fondamentale. "Vulnerant omnes, ultima neceat", toutes les heures blessent, la dernière tue,

avertissaient les cadrans solaires romains. Eux sont toujours dans l' "ultima", comme le montrent leurs réactions de sursaut. Leur angoisse vient de là d'abord, ainsi que leur crainte du sommeil, certaines phobies, leurs affections psychosomatiques les plus graves. L'abus de drogues et d'alcool est le moyen qu'ils peuvent choisir pour combattre cette frayeur de la mort imminente, qu'ils savent pourtant irrationnelle mais qui n'en est pas moins insurmontable. Enfin, le coup porté au narcissisme par la fin de l'illusion d'immortalité provoque parfois des états dépressifs sévères. Claude BARROIS parle à ce propos de "perte de soi-même" en tant qu'"objet narcissique très particulier, qui n'englobe pas seulement le narcissisme de la valeur : le contenu, les idéaux etc., mais aussi le narcissisme du contenant : la confiance et la sécurité dans les enveloppes psychiques et le Moi-Peau" [1].

En rapport avec l'événement traumatique, certaines situations, certains faits sont ressentis comme plus menaçant que d'autres. Des malades se terrent définitivement chez eux, volets clos, aux aguets dans la pénombre. Venir en consultation peut être un exploit : "il suffit que je me prépare à venir vous voir pour qu'aussitôt je sois certaine qu'il y aura une bombe à l'hôpital" dit cette patiente, frappée dans un lieu public.

Le sentiment de n'être plus "comme avant" exprimé avec tant de force, touche à ce changement qu'a opéré la présence de la mort dans l'appareil psychique. Certains vont plus loin : ils se vivent comme "en sursis", ou comme des "morts-vivants", des zombies qui ne parviennent plus à investir la réalité.

2. La honte

Une des caractéristiques du moment de l'effraction traumatique, lourd de conséquences, est qu'il exclut le sujet de la communauté des hommes. Pendant un bref instant, celui-ci a été déshabité par le langage, aucune représentation, aucun mot ne s'est présenté pour dire l'expérience qu'il traversait. Le sentiment qui, rétrospectivement, passé le rien de l'effroi, correspond à ce moment est la honte : "j'ai été réduit à l'état de bête" exprimera ce blessé rescapé d'un attentat. En effet, quitter fut-ce pour une fraction de seconde la demeure du langage équivaut à désertier l'humain, à n'être plus que chose ou animal.

Souvent, la honte est dite en terme d'abandon. Ce sentiment peut être si fort qu'il sera qualifié, comme le trauma lui même, d'indicible. Dans certains cas il sera mis au premier plan de l'expérience, lorsque l'effroi se prolonge et que le contexte est celui d'une réelle solitude : rue déserte où le sujet a été agressé, cabine téléphonique en panne où tel autre va passer la nuit, soldat isolé de sa compagnie dans le djebel etc.....

Le syndrome de répétition, renouvelant à chaque fois la coupure d'avec la communauté des hommes, va entretenir voire aggraver ces sentiments : “ je suis comme un animal qui se nourrirait de ses excréments ” commente ce patient dont toutes les nuits sont peuplées de cauchemars.

D'une manière générale, ce que profile la honte c'est un destin d'exclu. Plus le temps passe , plus le sujet va se sentir un être à part et un peu répugnant. Car il y a un aspect “ souillure ” dans le traumatisme psychique, qui est pris en compte dans les thérapies traditionnelles africaines [6].

Ce jeune militaire français avait été au cours d'une opération de “ maintien de la paix ” le spectateur médusé d'une scène de carnage épouvantable. Revenu plus tard à la vie civile, le symptôme qui le gênait le plus était qu'il ne pouvait aller dans aucun lieu où il y avait du monde, ni surtout dans les transports en commun où les passagers se font face. Il finit par réaliser que ce dont il avait peur, c'était de croiser un regard anonyme qui lise dans ses yeux “ l'horreur qu'il y a à l'intérieur ”.

Outre une tendance à s'exclure du monde des humains, outre des phobies, la honte a sa part dans divers troubles des conduites : violences auto ou hétéroagressives, alcoolisme, retrait social en particulier.

3. La culpabilité.

Ce médecin expérimenté est amené à intervenir sur un crash aérien. Les autorités locales lui demandent de les accompagner à la morgue où sont déposés les restes des victimes. Sur une table de marbre noir est posée la tête d'une femme, un peu aplatie avec un oeil sorti de son orbite. A peine l'a-t-il aperçue qu'il tombe en arrêt, fasciné par ce spectacle : à ce moment là, dira-t-il plus tard, j'ai franchi une ligne rouge ”.

Ce franchissement, il le paiera d'angoisse d'abord, les premiers jours, puis d'un syndrome de répétition dans lequel cet oeil reviendra le visiter. Il avait vu ce qu'il ne fallait pas voir, et avait été regardé par " les restes de ce qui fut l'organisation vivante " [1].

L'expérience traumatique se présente toujours ainsi, comme le franchissement d'un interdit. Peu importe que le sujet ne l'ait pas voulu, désiré, recherché, il est en faute. En langage freudien, il y a dans cette effraction du refoulement primaire l'analogon d'un retour aux origines, vers le ventre maternel [7] [8].

Ce médecin a vite compris dans quoi il s'était fourvoyé, et qu'il lui fallait un passeur pour franchir à rebours l'Acheron. Il fera l'obole d'un morceau de son corps. Un rêve marque la fin du syndrome de répétition, dans lequel il perd une de ses dents.

Un autre patient, jeune homme d'origine libanaise, a été le spectateur en pleine guerre civile à Beyrouth d'une scène particulièrement atroce. Sa psychothérapie se termine par un rêve dans lequel lui aussi paye sa dîme. Il est entouré de miliciens armés qui le menacent. Il leur tend son passeport français dont il attend une protection, mais il découvre au moment de se réveiller qu'il leur a donné son livret de caisse d'épargne [5].

La culpabilité peut n'être pas ressentie comme telle, ou être rationalisée de façon soit absurde, soit seulement crédible. Même la culpabilité du survivant, si largement rencontrée en toutes situations collectives (déportations, guerres, attentats) ne peut s'expliquer seulement par la réalisation d'un vœu de mort inconscient. Ni la " culpabilité " de n'en avoir pas fait assez pour les autres [9]. La faute est aussi plus fondamentale, liée à l'effraction elle-même et au syndrome de répétition dans lequel l'image réelle s'offre de nouveau à la contemplation horrifiée.

Sur le plan clinique, consciente ou inconsciente, la culpabilité va être à l'origine de nombreuses manifestations pathologiques. Elle est évidente, souvent associée à la honte, dans le déterminisme de troubles des conduites auto ou hétéroagressives. Certaines existences prennent, après un traumatisme psychique, un cours franchement masochiste et autodestructeur.

Mais c'est ordinairement surtout la dépression qui se nourrit du sentiment de faute, avec le renfort de la blessure narcissique évoquée plus haut et du vécu d'abandon. Elle pose un problème qui inspire de nombreuses recherches. Ne figurant pas comme telle au chapitre PTSD des dernières versions du DSM, elle est juste mentionnée comme possibilité dans l'ICD10. Les études épidémiologiques les plus récentes ont tendance à la traiter en termes de comorbidité, tout en s'interrogeant sur le fait qu'elle puisse apparaître avant le déclenchement du PTSD [10]. Il est à peu près admis dans la plupart des recherches que sa présence est quasi constante lorsque le syndrome de répétition s'installe pour des années, et même qu'elle est le meilleur facteur prédictif, et le plus précoce, de la chronicisation ultérieure du PTSD [11].

Ceci montre, à notre avis, qu'on ne peut pas séparer l'effraction traumatique de la culpabilité qu'elle génère, pas plus que la honte de l'effroi ou l'écroulement narcissique de la fin d'illusion d'immortalité. Pour nous en tenir à la culpabilité, il est évident que chaque cauchemar réalise une nouvelle transgression, plus accentuée encore du fait que, cette fois-ci, la contemplation de l'horreur n'est plus imposée de l'extérieur : " j'ai commencé à aller mieux quand j'ai compris que j'étais moi-même le producteur, le réalisateur et le metteur en scène de mes cauchemars " dit ce G.I. américain, ancien du Vietnam, poursuivi des années par des idées de suicide, et qui ne trouvait quelques instants de paix qu'allongé dans une tombe qu'il s'était creusée dans un sous-bois [12].

III Incidences sur le traitement

L'intérêt d'une prise en charge précoce, même très brève, est particulièrement sensible sur la dimension de honte et d'abandon. L'arrivée de secours psychologiques sur les lieux du drame manifeste le souhait de la communauté des vivants que la victime la rejoigne au plus vite. Elle restaure aussi le primat de la parole sur le manque de mots : il y a quelque chose à dire sur ce qui est arrivé et des interlocuteurs pour écouter et entendre.

Les " débriefings ", individuels ou collectifs, effectués les jours suivants, renforcent cette action par leur seule existence. Leur principe, qui est de susciter chez chacun un récit des faits et des émotions

et pensées qui se sont succédées avant, pendant et après l'expérience traumatique, permet de mobiliser autour de l'image incrustée les représentations de l'Inconscient. Dans l'espoir que s'établissent entre elles des connections. Parfois cela suffit à lancer le processus sur le bon rail et le sujet poursuit en dehors d'un cadre thérapeutique, à son insu, le travail d'élaboration. Parfois ce travail ne pourra s'effectuer que dans l'établissement d'une relation transférentielle, avec d'autant plus de chances de succès qu'il sera initié tôt, avant que la multiplication des phénomènes de répétition n'aggrave la situation.

Dès le début néanmoins, une manifestation apparemment pathologique doit être respectée par le thérapeute : l'expression d'une culpabilité. Certes elle est le produit de l'effraction, mais elle est aussi une tentative d'auto-guérison. Les psychothérapies menées sur le long terme montrent bien le rôle qu'elle peut être appelée à jouer. Le chemin à parcourir dessine une sorte de paradoxe moralement inadmissible mais qu'impose la logique de l'inconscient. La victime doit pouvoir se mettre en position d'accusée, d'une faute grave commise par elle-même (ou par "quelqu'un des siens") dont le trauma est la sanction. C'est la seule voie qui la conduira un jour, après l'aveu de fautes fantasmatiques oedipiennes, souvent dans des rêves, à retrouver ce que Paul RICOEUR appelle la "culpabilité métaphysique" : être homme, c'est "appartenir à une espèce globalement impliquée dans une histoire du mal" [13]. En termes psychanalytiques il s'agit de passer de l'angoisse de néantisation, liée au retour à l'indéterminé, à l'"angoisse de castration" qui permet à l'"infans" de devenir le sujet de son histoire.

Conclusion

On doit probablement à KRAEPELIN la meilleure dénomination de cet état post traumatique comme "névrose d'effroi". L'effroi, au moment de l'accident d'abord, puis itérativement lors des manifestations du syndrome de répétition révèle au sujet qu'il est construit autour de rien. Et il l'objectivise chaque fois un peu plus comme reste chû du monde des êtres parlants.

Toutefois, cette "rupture communautaire" [1] n'est pas en soi irrémédiable. Toujours possible,

le renouvellement de l'alliance fraternelle se fera par le paiement d'une dette. C'est une opération longue et compliquée mais que chacun a déjà effectuée une fois, lors de son entrée dans le langage, du passage du néant à la castration. Il faut du courage pour la renouveler, quand le statut de victime tend à faire de celle-ci " une personne débarrassée de ses dettes et de ses devoirs et ayant de façon infinie des droits sur les autres " [14].

Références Bibliographiques

- 1 – Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris : Ed Dunod, 1998.
- 2 – Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1964 : 255-267.
- 3 – Gonin D. Le rapport vie/mort et sa disjonction dans le processus de victimisation. In : 14ème Assises de l'INAVEM ; 3-5 Juin 1998 ; Villeurbanne.
- 4 – Lebigot F. Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques. *Nervure* 1999 ; 12(6).
- 5 – Lebigot F, Vallet D *et al.* La demande de soins dans les névroses traumatiques de guerre. *Ann Méd-Psycho* 1991 ; 149(2) : 131-149.
- 6 – Djassao G. Traitement de la dépression en Afrique Noire. La cure d'un couple en situation dépressive en milieu Nawada à Lomé (Togo). *Psychopathologie Africaine* 1994 ; 26 : 61-82.
- 7 – Daligand L. La thérapie des victimes au risque de la violence. *Les cahiers de l'Actif* 1998 ; n° 248/249 : 77-84.
- 8 – Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Méd-Psychol* 1997 ; 155(8) : 522-526.
- 9 – Kubany ES, Abveg FR *et al.* Development and validation of the sources of trauma related guilt survey - war - zone version. *J Traumatic Stress* April 1997.
- 10 – Bleich A, Koslowsky M *et al.* Post-traumatic stress disorder and depression : an analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 479-482.
- 11 – Freedman SA, Brandes D *et al.* Predictors of chronic post traumatic stress disorder. A prospective study. *Br J Psychiatry* 1999 ; 174 : 353-359.
- 12 – Andro JB. L'effroi des hommes [enregistrement vidéo]. Time - code Production, 1990.
- 13 - De Solemne M. Innocente culpabilité : dialogue avec Paul Ricoeur. Paris : Ed Devry. 1998.
- 14 – Morizot S, François I *et al.* Des pédophiles aux “ pédoprotecteurs ” : quelle place pour l'enfant ? *Ann Méd-Psychol* 1999 ; 157(10) : 726-730.

articolo comparso su

Revue Francophone du Stress e du Trauma tome 1 n°1 de la page 21 à 25 novembre 2000