



Les traumatismes psychiques aujourd'hui

Publié le 7 septembre 2022 par Michèle Bertrand



Le terme de traumatisme peut désigner des troubles dont les symptômes sont différents et la gravité inégale. Les traumatismes sexuels décrits par Freud sont très différents des symptômes relevés aujourd'hui chez les victimes d'abus sexuels. Le PTSD ne suffit plus à décrire les symptômes de victimes de guerre, enfin les situations extrêmes constituent le groupe des traumatismes les plus graves, les plus désorganisateur, aux confins de la psychose.

Abstract :

The term trauma can refer to disorders with different symptoms and unequal severity. The sexual trauma described by Freud is very different from the symptoms found today in victims of sexual abuse. PTSD is no longer enough to describe the symptoms of war victims, finally extreme situations





constitute the group of the most serious traumas, the most disorganizing, bordering on psychosis.

Le terme de traumatisme psychique recouvre différentes sortes de traumas d'inégale gravité, et dont les symptômes diffèrent. La gravité du trauma, et l'importance de la désorganisation psychique, dépendent pour une part de la violence de l'événement traumatique, et pour une autre part de la qualité et de la solidité des ressources psychiques.

Quand tout se passe bien, c'est-à-dire quand l'enfant (ou l'adulte) est en mesure de mobiliser en lui-même des ressources psychiques, la négociation du trauma donne lieu à des changements, des transformations psychiques. Ce seront les traits de caractère, des choix d'objet qui en seront la marque ultérieure. La psyché peut en être momentanément bouleversée, mais cela ne va pas nécessairement produire des symptômes pathologiques à long terme. C'est à cela que renvoie la notion de résilience. La capacité de chaque enfant à surmonter ces traumas dépend de ce qui lui a permis de développer des ressources psychiques ou au contraire l'en a privé. Ces ressources sont, entre autres, ce que Freud nomme pare-excitations, ou ce que Bion appelle la « rêverie maternelle » qui a permis à l'enfant de donner un sens à ce qu'il éprouvait, ou encore ce qu'Anzieu désigne par enveloppes psychiques. Toutes sont importantes pour soutenir les assises narcissiques du moi.

Cependant, il y a des situations si violentes que tout cela est mis à mal. Il y a une effraction étendue. Les ressources psychiques habituelles ne fonctionnent plus. Ce sont ces cas que nous évoquons habituellement comme traumatiques. Par ailleurs le trauma peut être collectif, comme dans les situations de guerre ou les attentats terroristes. La reconstitution des ressources psychiques peut aussi passer par le collectif groupal ou social.

Je voudrais aujourd'hui évoquer trois cas ayant potentiellement un impact traumatique à la fois psychique et social, et qui nécessitent une mise à jour de nos concepts : l'abus sexuel sur mineur, les situations de guerre ou de violence collective, enfin les situations extrêmes.

Les abus sexuels

Naguère, on a pu reprocher à Freud d'avoir, en abandonnant sa *Neurotica* (à savoir l'étiologie sexuelle réelle, et non fantasmée, des symptômes hystériques), nié





l'importance des abus sexuels. Or, il y a une différence entre les symptômes de l'hystérique et ceux des traumatismes générés par les abus sexuels. Quand les faits ont été ignorés, voire déniés, dans la famille, les enfants, abandonnés à eux-mêmes, ne peuvent s'en tirer sans que ces expériences aient laissé de profonds traumatismes, parce que le psychisme est confronté à la violence d'un réel impensable.

On le voit avec des adolescents ou adolescentes qui ont été victimes dans leur enfance d'abus sexuels. L'élaboration fantasmatique est pauvre, ils expriment parfois un sentiment de vide et d'ennui, qui est un symptôme de dépression, c'est aussi souvent dans les mauvais résultats scolaires que se manifeste leur mal-être, ainsi que dans les difficultés relationnelles, parfois dans des conduites addictives. Les jeunes hommes ou femmes qui ont subi des abus sexuels dans leur enfance et parfois pendant des années, ont souvent une mauvaise image d'eux-mêmes, ont du mal à se projeter dans l'avenir, à faire des projets. Ils manquent de repères pour dire ce qu'ils éprouvent, ils sont en pleine confusion des sentiments. Quand les institutions publiques prennent en charge ces adolescents dans des services d'action éducative, ils refusent souvent de parler de ce qui s'est passé, oblitèrent leurs souvenirs, parce qu'ils ne savent pas comment les traiter : ils disent qu'ils sont là, parce qu'ils ont fait une fugue, ou parce qu'ils ont de mauvais résultats scolaires. Ils se sentent persécutés par les interrogatoires, ils ont parfois un sentiment de culpabilité. Et souvent ils sont très ambivalents envers les éducateurs.

Une aide thérapeutique est nécessaire : j'ajouterais qu'il y a aussi une dimension thérapeutique dans l'intervention de la justice et du processus judiciaire en lui-même. Les adolescents victimes d'abus sexuels ont besoin de trois choses :

1° Tout d'abord d'être crus, que l'on reconnaisse qu'ils ont dit la vérité, car leurs paroles d'enfants ont souvent été l'objet d'un déni de la part de l'entourage.

2° En second lieu, certains parents, y compris l'abuseur, les accusent souvent d'avoir détruit la famille, et ils en éprouvent un sentiment de culpabilité. Alors, ils ont besoin que l'abuseur reconnaisse sa propre culpabilité.

3° Enfin, certains demandent à participer à l'ensemble du processus judiciaire, et non pas seulement à déposer, car si on les fait entrer au tribunal pour déposer et qu'ensuite on leur fait quitter la salle, même dans l'intention louable de leur éviter une situation pénible, ils ont le sentiment que les choses se passent en dehors d'eux, par-dessus leur tête, les réduisant à une passivité qui réactive le trauma.

Le magistrat Denis Salas indique les réquisits de la réparation : « Réparer, c'est d'abord nommer l'acte, le crime ou le délit. Seule une telle nomination permet d'arrêter



l'engrenage des passages à l'acte, où un acte succède à un autre acte, dans le mimétisme de la violence »[1].

La réparation c'est aussi accepter l'épreuve du procès pénal, « seul lieu où il peut y avoir une relation transitive et directe entre la victime et l'auteur »[2] La réparation, c'est enfin la sanction. On sait à quel point le moment du jugement final est attendu par les victimes. Ce jugement est un dire public qui énonce une sanction et ouvre une possibilité d'avenir. « Il est puni, je peux exister sans honte, dira une victime »[3]. Jusque dans le milieu des années 1980, on ne reconnaissait pas en France l'abus sexuel. La justice évoquait des « attentats à la pudeur », ou des « manœuvres équivoques ». La reconnaissance de tels attentats est relativement récente. L'impact encore plus récent de mouvements comme Me Too, les conclusions de la CISE, qui a révélé des abus sexuels en masse dans l'Église, ont sensibilisé la société à ces problèmes, et l'on peut espérer une prise en compte des abus sexuels plus précoce.

Les situations de guerre et les violences collectives

Les guerres modernes entraînent des destructions de masse, en raison de la puissance et de la sophistication des armes. Et l'on peut parler de traumatismes collectifs pour les populations qui les subissent.

La névrose de guerre, ainsi désignée pour la première fois en 1908 au Congrès de médecine interne de Berlin par le psychiatre allemand Honigman, élargit le champ de la névrose traumatique reliée à une situation de danger imminent. La première guerre mondiale, où les soldats dans les tranchées, étaient constamment pilonnés par l'artillerie, et voyaient mourir en masse leurs camarades, a fait d'innombrables traumatisés psychiques. Les écrits de romanciers comme Roland Dorgelès, Henri Barbusse, Erich-Maria Remarque, du côté allemand, ou ceux d'historiens comme Stéphane Audoin-Rouzeau, qui a interviewé les derniers survivants de cette guerre, montrent les épreuves auxquelles ils ont été confrontés, d'une telle violence que nombre d'entre eux n'ont jamais pu en parler, et se sont enfermés dans le silence.

Les expériences de confrontation à un danger de mort imminente, qui sont souvent des événements collectifs, comme les situations de guerre, peuvent amener des symptômes traumatiques, décrits sous le terme de syndrome de stress post-traumatique (PTSD).





L'effroi qui saisit et paralyse la personne qui se voit sur le point de mourir est extrêmement désorganisateur. Sur le moment, cette personne perd tous ses moyens de penser et d'agir. C'est à la fois une paralysie motrice et une sidération psychique. Une fois le danger écarté, la personne revit constamment l'événement traumatique, notamment dans des cauchemars. Par la suite, se manifeste un moyen de défense spécifique : le développement massif d'angoisse, qui joue le rôle de préparation et de pare-excitations, pour prémunir le psychisme de la reviviscence du trauma.

Cependant, il faut aussi prendre en considération d'autres symptômes, moins souvent mis en évidence, comme la bouffée délirante. Françoise Dolto raconte quelque part que certaines femmes de sa génération firent soudain une bouffée délirante en entendant pour la première fois les exercices de sirènes d'alerte, le premier mercredi du mois. Elles se précipitèrent dans la rue, en proie à une panique totale, hurlant de terreur et criant « Papa, papa ! ». On les hospitalisa, on leur donna à boire du lait, et le lendemain, tout rentra dans l'ordre. Ces femmes d'âge mûr étaient petites filles lors de la première guerre mondiale, où les sirènes annonçaient des bombardements imminents ; et la petite fille terrorisée avait brusquement resurgi, quelque cinquante ans plus tard, lorsque la sirène avait à nouveau retenti.

Plus près de nous, les personnes qui ont vécu sous les bombardements au Moyen Orient, rapportent aussi des cauchemars où ils revivent leur terreur de mourir, où ils entendent les cris des victimes, voient les corps déchiquetés, ressentent le souffle d'explosions. C'est très difficile pour elles de parler de ce qu'elles ont vécu, car la parole amène la reviviscence et avec elle l'effroi et la douleur, sur laquelle on ne peut rien dire. Mais en outre, nombre d'entre elles ont le sentiment que leurs paroles sont très en deçà de ce qu'elles ont vécu, qu'elles ne peuvent rendre compte de ce qui a été vécu : seuls ceux qui ont partagé cette situation traumatique peuvent les comprendre. Il y a alors un risque de sombrer dans la mélancolie, de se désintéresser de tout ce qui donne goût à la vie, un risque de déliaison mortifère « au-delà du principe de plaisir ». C'est donc un traumatisme grave, qui ne peut se négocier sans une aide psychothérapeutique. On rencontre encore chez les traumatisés des traits narcissiques, accès de rage, importance excessive accordée à la nourriture, demande d'être pris en charge comme des enfants. Certains se rigidifient dans une posture de victime.





Vivre l'extrême

Le XX^e siècle a vu apparaître une nouvelle forme de meurtre de masse, celle qui s'inscrit dans une logique d'extermination, et nous amène aux confins de la perte du sens et de la folie. La logique d'extermination est celle d'une idéologie totalitaire qui veut détruire tout un peuple, toute une ethnie, et non seulement le détruire, mais en nier le caractère de semblable, d'humain. Ce n'est pas parce que ce peuple est un ennemi qui menace l'existence d'un autre peuple, comme dans les situations de guerre. Ce peuple est mis en cause par son existence même. Ils sont par définition l'étranger, l'autre, le non-moi. Pour proclamer l'identité « aryenne », le nazisme déclara le peuple juif non humain. Les nazis essayaient de détruire l'humanité des prisonniers, ils essayaient de les réduire à une pure animalité, à un instinct de survie.

Le massacre des Tutsi au Rwanda relève de la même perversité. Les terroristes qui organisent des attentats contre des gens qu'ils ne connaissent même pas, voient en eux des « chiens de l'enfer », et non des humains. Pour eux, ceux qui ne partagent pas leurs croyances fanatiques, n'ont pas le droit d'exister. Effacer un peuple, lui dénier la qualité de semblable, refuser l'altérité, c'est introduire non pas seulement l'effroi de perdre la vie, mais la terreur d'être identifié comme ce qui doit être effacé du monde et de l'histoire.

Les expériences extrêmes, celles des génocides, des tortures, du terrorisme, présentent un certain nombre de points spécifiques :

Tout d'abord, leur caractère **paradoxal** : les valeurs et mécanismes d'adaptation anciens ne fonctionnent plus, et certains d'entre eux mettent en danger la vie qu'ils étaient censés protéger[4]. C'est ce qui se passe quand certains cherchent à détruire les hommes non pour ce qu'ils ont fait, mais pour ce qu'ils sont, ou encore quand on cherche à détruire en eux l'humanité, les valeurs de solidarité, le respect de soi.

Un deuxième trait est le **sentiment d'impasse**, souligné par R. Roussillon[5]. En général, quand une expérience vécue arrive à la limite du tolérable, une solution est de prendre la fuite. Dans les situations extrêmes, cela n'est pas possible. On ne s'évade pas des camps, on n'échappe pas à la torture, on ne se sauve pas facilement d'un attentat terroriste dans un lieu fermé. Le fait d'être sans recours produit un sentiment d'impasse subjective. Dans ces conditions, la vie psychique sous le régime du plaisir – déplaisir, la conflictualité psychique, qui caractérisent toutes deux l'organisation oedipienne, sont mises hors-jeu. A la place, le sujet est propulsé dans l'univers du



paradoxe, du double-bind, qui épuise toute possibilité de se sentir satisfait ou satisfaisant.

Tout cela constitue une **attaque contre les assises narcissiques**. Les expériences extrêmes détruisent la confiance en soi, le sentiment de soi. C'est aussi une rupture du contrat narcissique (Piera, Aulagnier), soit l'alliance inconsciente du « je » avec le « nous » (le groupe), alliance qui permet de maintenir les investissements et l'autoconservation. De tels événements ne sont pas pensables, ils ne peuvent pas recevoir de signification, et cela laisse le sujet en proie aux forces de déliaison et à la pulsion de mort.

D'où un quatrième trait : **la déliaison et la destructivité**. Les processus primaires régis par le principe de plaisir-déplaisir ne sont pas seulement mis provisoirement hors-jeu. C'est la possibilité même d'une logique du principe de plaisir qui devient problématique. L'invalidation de cette logique laisse le champ libre à la destructivité, et surtout à l'auto-destructivité. La situation extrême provoque un état de désespoir absolu, un sentiment de solitude et de dérégulation.

Ces « attaques contre les liens » (Bion) vont beaucoup plus loin qu'une perte de la dignité, même si une perte de la dignité figure parmi les atteintes narcissiques graves. Avec les situations extrêmes, on peut dire que la personne vit un état de dérégulation qui l'isole de condition humaine, une solitude qui la place hors du symbolique.

Comment le psychisme survit-il à ces expériences extrêmes ? Tout d'abord, on ne survit pas toujours. Certains se suicident, d'autres perdent le désir de vivre, ou sont atteints de maladies somatiques. Pour ceux qui survivent, il faut rappeler avec Roussillon que survivre n'est pas vivre, même si c'est ne pas mourir. Les survivants sont en proie à une agonie psychique, au sens étymologique du terme « agonie », c'est-à-dire « lutte » entre désir de vivre et auto-destructivité.

La survie psychique se traduit parfois par des symptômes de nature psychotique, (même si les personnes ne sont pas psychotiques) : des symptômes comme la déréalisation, la dépersonnalisation. L'être qui vit une douleur extrême est « hors de lui », ce dont témoignent symptomatiquement une absence de réactions émotionnelles, une sorte d'insensibilité. Être « hors de soi ne signifie pas ne pas être (non-être), mais « ne pas être là ». La situation extrême évoque ce que dit Ferenczi, « il semble que la première réaction à un choc soit toujours une psychose passagère, c'est-à-dire une rupture avec la réalité, avec des hallucinations négatives ou positives, (généralement à dominante de persécution)[6].

Le clivage du moi post-traumatique est un autre symptôme. Une partie de l'expérience



vécue est oblitérée. Elle devient inaccessible à la conscience, non par refoulement mais par dissociation. La partie clivée n'en laisse pas moins des traces : elle peut se traduire par l'apparition de symptômes somatiques, ou encore par des hallucinations ou des idées délirantes. Le moi n'en reste pas indemne. Dans cette stratégie de survie, le moi se coupe d'une partie de lui-même. Dans les situations extrêmes, la coupure est de l'ordre de la mutilation. Elle représente la nécessité de se couper d'une expérience subjective centrale, de neutraliser en soi ce qui est connecté avec la zone de douleur ou de « terreur sans nom » insupportable. C'est cela qui est paradoxal, sacrifier une partie de soi pour pouvoir continuer à être. C'est la mise hors-jeu du principe de plaisir au profit d'une logique de survie psychique.

Le travail thérapeutique avec les survivants

Comme on l'a dit, la clinique des situations extrêmes concerne non le registre du désir caractérisant les organisations oedipiennes, mais le conflit entre destructivité et Éros, pulsions de déliaison et pulsions de vie.

1° Une première question est de savoir jusqu'où il est pertinent de s'affronter à ce que le psychisme a mis en place, pour pouvoir survivre. Le patient craint par-dessus tout de devoir revivre ce qu'il a vécu, sans savoir ce qu'est le monstre tapi dans les ténèbres. On ne peut procéder de manière normative. Parfois, malgré une douleur manifeste, il n'y a pas de demande de soin psychique, tant le patient craint d'être détruit sans ce qui s'est mis en place. Il convient donc de comprendre comment est organisée sa stratégie de survie, et quelle en est la logique. Non seulement écouter, prêter l'oreille, mais aussi être attentif à tous les signes non verbaux, mimique, posture, gestes, ton de la voix qui sont aussi une façon (inconsciente) de communiquer avec le thérapeute. Ce qu'apporte alors l'analyste au patient, c'est la possibilité de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve ou craint d'éprouver. C'est une fonction d'étayage, c'est créer un cadre suffisamment stable et contenant.

2° En un second temps, si la personne s'est retirée d'une partie de son expérience pour pouvoir survivre, il y a des parties d'elle-même auxquelles elle n'a plus accès. C'est dans ces conditions qu'on peut voir s'établir un **transfert paradoxal**. Le patient fait vivre à l'analyste, par ses mises en actes, ce qu'il ne peut vivre lui-même : impuissance, désespoir, sentiment d'impasse, terreur. Le thérapeute peut alors prendre appui sur son contre-transfert pour verbaliser ce qu'il éprouve lui-même à ce moment, et cette forme de réflexivité par personne interposée peut, progressivement, amener le patient





à s'interroger aussi. Mais c'est un progrès à double tranchant, car le moment où le patient entrevoit cette part de lui-même qui a pu lui échapper, est aussi une douleur insupportable. Recommencer à s'éprouver dans la détresse et l'agonie, dans la déchéance, c'est une partie de soi si horrible qu'on la refuse. L'analyste apparaît alors comme menaçant et haïssable. Accepter cela et tenir bon est cependant la seule voie possible.

Il est clair, et ce sera ma conclusion, que la personne qui a vécu des expériences extrêmes ne peut en sortir seule. Elle a besoin de partager avec les autres une expérience collective, groupe de parole ou processus judiciaire, comme c'est le cas en ce moment pour les victimes d'attentats terroristes. Elle doit surtout passer par un travail thérapeutique long et douloureux, et l'empathie de l'analyste est nécessaire, ainsi que la capacité à supporter la violence des affects. Le patient a besoin de s'assurer que son analyste ne sera pas détruit, pour pouvoir recouvrer ce qui était resté dans une région inaccessible, pour pouvoir l'affronter sans craindre qu'une catastrophe se produise.

Pour citer cet article :

Michèle Bertrand, « [Les Traumatismes Psychiques aujourd'hui](#) », *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 41, Juin 2022.

Notes de bas de page :

[1] Les enfants dans la guerre et les violences civiles, sous la direction de M. Bertrand, Paris, Editions de L'Harmattan, 1997, p 154.

[2] Ibidem, p 155.

[3] Ibidem, p 156.

[4] Cf Bettelheim, B., 1963, *Le cœur conscient*, Gallimard, Paris

[5] Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique, in *La santé mentale en actes, Du clinique au politique*, sous la direction de J. Furtos et C. Laval, ERES Ramonville Saint- Agne, 2005

[6] Ferenczi, OC *Psychanalyse 4*, Paris Payot, 1982, p 94

