

« *Le traumatisme en psychanalyse : quelques repères théoriques* »

Jean-Christophe OLLIVIER

Psychologue Clinicien

1.1. Le traumatisme : repères théoriques

La clinique du traumatisme est apparue à la fin du XIX^{ème} siècle à l'occasion de l'avènement du chemin de fer qui, avec son lot d'accidents, a fourni des sujets présentant des troubles liés au fait d'avoir vécu un événement à potentialité létale. En 1888, Oppenheim introduit le terme de névrose traumatique (De Vitton, 2012) pour décrire ces pathologies. Aujourd'hui, deux grands courants soutiennent les références théoriques relatives au traumatisme : d'une part, le courant américain, dont l'instrument majeur de diagnostic est le DSM, et d'autre part, le courant psychanalytique, très présent dans le milieu militaire (De Vitton, 2012). Nous présenterons dans la suite de notre travail ces deux courants.

1.1.1 2.1. Le DSM et l'Etat de Stress Post-Traumatique

Les DSM 5 définit le traumatisme comme « l'exposition à la mort (ou menace), à une blessure grave ou à des violences sexuelles ». Selon cette conception, l'effet traumatique peut intervenir de plusieurs façons : on peut être directement exposé, simplement témoin, apprendre qu'un ami ou de la famille a été exposé à un événement violent ou encore être exposé de manière répétée ou extrême à des événements traumatisants. Cette exposition, quel que soit le mode, peut générer un trouble de stress post-traumatique (TPST en français, ou PTSD en anglais). Le DSM présente plusieurs critères qui définissent les symptômes de l'ESPT par grandes familles. En synthèse, nous pouvons retenir les quatre grands types de symptômes suivants :

- l'intrusion : reviviscence de l'événement traumatique à travers des rêves ou des flashbacks,
- l'évitement de tout indice (interne ou externe), pensée ou situation susceptible de convoquer le vécu traumatique,
- l'hyperactivité neurovégétative ou hypervigilance, même en l'absence de danger effectif,
- des altérations cognitives et émotionnelles.

Mais Bessoles (2009) pointe qu'au-delà de l'aspect descriptif des symptômes, le DSM est un outil largement insuffisant pour connaître les processus et impacts structurels qu'un traumatisme entraîne chez le sujet qui les vit. Par ailleurs, Crocq (cité par Bessoles, 2009) considère que le fait de parler de « stress » post-traumatique tend à confondre abusivement une réaction physiologique, celle du stress, avec une notion psychique de traumatisme, qui, lui, correspond à l'envahissement débordant d'affects non assimilables par les structures psychiques du sujet.

1.1.2 2.2 Le traumatisme en psychanalyse : définitions

Freud, ainsi que beaucoup de psychanalystes de l'époque (Ferenczi, Abraham, Jones, Tausk, Simmel...) va s'intéresser à la névrose traumatique, et en particulier à la névrose de guerre, à l'occasion de la première guerre mondiale. Le Vème Congrès International de Psychanalyse, tenu les 28 et 29 novembre 1918 à Budapest aborde le thème des soins à fournir aux névrosés de guerre

(Trehel, 2011). Par la suite, de nombreux psychiatres militaires, d'orientation lacanienne, se sont intéressés au traumatisme de guerre.

Avant de présenter les différentes conceptions pathologiques des effets d'un traumatisme, examinons d'abord la définition d'un traumatisme selon Freud, puis l'école lacanienne.

Dans Laplanche et Pontalis, le trauma, ou traumatisme, est présenté comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». Freud, dans « Au-delà du principe de plaisir » (1920), conçoit l'organisme comme une vésicule vivante entourée d'une couche dévitalisée ayant pour fonction de protéger son milieu interne de l'afflux permanent d'excitations extérieures avec lesquelles il ne pourrait vivre. En effet, l'organisme ayant une capacité de liaison limitée, sans ce « filtre » il serait submergé d'excitations extérieures destructrices. Les organes sensoriels permettent de laisser passer un flux réduit d'excitations de l'extérieur vers l'intérieur, devenant ainsi assimilable par le système conscient. Nous voyons ainsi comment l'aspect économique des excitations est géré en temps normal. Le traumatisme est donc, pour Freud, un événement qui va fracturer massivement le pare-excitation et qui va apporter dans un temps limité une quantité d'excitation excessive que la psyché ne pourra pas élaborer ou liquider (Laplanche et Pontalis[1]). Il va en résulter un sur-

investissement a posteriori des systèmes effractés pour tenter de lier cette énergie et donc un désinvestissement correspondant des autres systèmes psychiques. Dans le cas d'un événement redouté et prévisible, l'angoisse permet de préparer le système-récepteur à l'événement et d'en limiter la portée en soutenant le pare-excitation. Mais lorsque l'événement est soudain, l'organisme est saisi d'effroi et l'excitation fait irruption dans le milieu interne sans la moindre préparation. Il est alors inassimilable. La compulsion de répétition (qui se manifeste à travers les reviviscences et les rêves) est alors une tentative d'élaboration qui vise un retour à un état antérieur d'homéostasie en liant au maximum l'afflux d'énergie libre apportée par l'événement. La répétition, dans ce cadre, ne correspond pas à la recherche d'un gain de plaisir, mais elle est sous la dominance de la pulsion de mort (pulsions de mort : « pulsions qui tendent à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique » Laplanche et Pontalis[2]).

La psychanalyse lacanienne conçoit la personnalité comme une structure façonnée par la traversée œdipienne et les enjeux pubertaires (Coq et Maléfan, 2016). La structure est définie comme le nouage du Symbolique, du Réel et de l'Imaginaire. Pour Lacan (dans le Séminaire « Le Transfert » cité par Coq et Maléfan, 2016) « le trauma, c'est ce que certains événements viennent situer à une certaine place dans la structure. Et, l'occupant, ils y prennent une valeur signifiante qui y est attachée chez un sujet déterminé. Voilà ce qui fait la valeur traumatique d'un événement ». Il s'agit donc de l'insertion forcée d'un corps étranger dans la structure interne du sujet. Le sujet devient dépositaire, à travers la « rencontre non-manquée » avec le réel de la mort qu'est l'événement traumatique, d'un savoir concernant la perte de son être. Et ce savoir vient heurter les chaînes signifiantes du sujet qui étaient les bases-mêmes de ses identifications. L'incrustation de l'événement traumatique, sans changer la structure du sujet ni sa personnalité, va lui demander un ré-aménagement structurel.

1.1.3 2.3. Névrose de guerre et hystérie

Dans « Deux types de névroses de guerre (hystérie) » (1916), Ferenczi montre tout d'abord que les troubles présentés par les traumatisés de guerre n'avaient aucune origine organique : « Mais j'ai dû admettre par la suite que l'absence de ces symptômes [...] et le tableau d'ensemble de chaque cas individuel, [...] constituaient de solides arguments contre la thèse de l'altération organique » (p.66). En établissant avec les blessés psychiques l'anamnèse de leurs troubles (astasia, abasie, dysfonctionnement musculaire atypique), Ferenczi s'est rendu compte que ces symptômes étaient, d'une certaine manière, fonctionnels et qu'ils avaient un sens au moment de la situation

traumatisante. Par exemple, une contraction musculaire permanente chez le patient pouvait correspondre à celle qu'il avait dû faire pour sortir d'une ornière au moment de l'explosion d'un obus, ou encore une abasie peut être vue comme un signe de refus d'avancer vers le danger... Ces symptômes sont donc proches de conversions hystériques et Ferenczi rapproche donc ces troubles d'une psychonévrose.

Dans la névrose hystérique, la pathologie se manifeste dans l'après-coup. (Lanouzière, dans *Les Névroses*, Chabert, 2013). La rencontre traumatique du sexuel, rencontre précoce, réelle ou fantasmée, constitue le traumatisme initial qui est refoulé. Puis, à l'occasion d'un second traumatisme, souvent plus léger mais ayant des traits associatifs avec le premier, des fantasmes inacceptables pour l'individu tentent de refaire surface. Les symptômes hystériques sont des moyens de satisfaction pulsionnelle masqués qui permettent de ne pas heurter de front les interdits surmoïques. Il y a donc lutte interne dans le moi entre les prétentions excessives (ou jugées inconsciemment comme telles) de la libido et les exigences du surmoi. Autrement dit, un fait externe initial (le traumatisme) est introjecté et devient une menace interne (les exigences pulsionnelles inadmissibles). Pour Freud (1919), dans le cas du traumatisme de guerre, le mécanisme est similaire. Le sujet lutte également contre une menace interne qui émerge à l'occasion d'un événement extérieur. Le sujet incorpore l'événement traumatique sous la forme d'un « moi guerrier » menaçant : « Il [le conflit] se joue entre l'ancien moi pacifique et le nouveau moi guerrier du soldat, et devient aigu dès que l'on montre au moi du temps de paix à quel point il court le risque de perdre la vie à la suite des audaces de son double parasitique tout récemment formé. On peut tout aussi bien dire que l'ancien moi se protège, par la fuite dans la névrose traumatique » (Freud, 1919, p.38). De cette lutte naissent les symptômes. Donc, à l'instar de la névrose hystérique, selon cette conception freudienne, le traumatisme génère un conflit intrapsychique qui donne naissance aux symptômes. La similitude entre névrose hystérique et névrose de guerre est ainsi établie, mais cette comparaison ne rend pas totalement compte des spécificités de la névrose de guerre. En 1919, dans « *Psychanalyse des névroses de guerre* », Ferenczi confirme que les névroses de guerre appartiennent au groupe des névroses dont l'origine se trouve dans les enjeux de la sexualité génitale, mais constate quelque chose d'encore plus régressif qui concerne « le narcissisme, l'amour de soi, tout comme dans la démence précoce et la paranoïa » (p.126). Il établit un lien avec des pathologies psychotiques. Freud également, dans « *Au-delà du principe de plaisir* » note que, si les névroses de guerre sont effectivement à rapprocher de l'hystérie, elles en débordent par un versant hypocondriaque et mélancolique qui perturbe plus gravement les fonctions psychiques de l'individu. Pour Ham et Cabassut (2006), la névrose traumatique n'a rien à voir, a priori, avec les névroses de transfert (hystériques, phobiques et obsessionnelles). En effet, ces dernières sont expressément liées au traumatisme de la rencontre avec le sexuel qui est, selon les termes mêmes de ces auteurs, « totalement étranger au trauma de la mort ». Le seul point commun est qu'il existe, dans les deux cas, une incapacité d'élaborer une représentation symbolique de l'événement traumatique : « le réel de la mort et celui du sexuel ne peuvent se dire, car le soleil, comme la mort, ne se regardent pas en face ». Enfin Assoun (2009, cité par Duchet, 2018) dira, pour consommer la séparation entre les deux types de névrose, que la névrose de guerre est une « arme nosographique contre la théorie du trauma sexuel ».

Mais, au-delà de la question de la classification nosographique de la névrose de guerre, les trois auteurs du recueil « *Sur les névroses de guerre* », Freud, Ferenczi et Abraham, soulignent que les traumatismes de guerre provoquent une « lésion du moi », une blessure narcissique et que cela entraîne un « retrait des investissements objectaux de la libido, autrement dit la disparition de la capacité d'aimer un autre que soi-même » (Ferenczi, 1916, dans « *Sur les névroses de guerre* », p.94). Ils notent également un désinvestissement de l'objet d'amour qui s'accompagne souvent d'un affaiblissement de la puissance

sexuelle.

1.1.4 2.4. Le traumatisme psychique en psychanalyse : entre événement réel et fait psychique

Dans son « Journal clinique » (1932), Ferenczi établit, d'après l'étude d'une patiente ayant subi trois assauts sexuels (R.N, p.59 à 62) qu'un événement traumatique a la capacité de cliver la personnalité. Ce clivage réalise une séparation entre personnalité psychotique qui, privée de sa capacité de représentation, a tendance à l'hallucination réparatrice, et une partie non-psychotique qui est en surface adaptée à la réalité (Bokanowski, 2016). Le clivage peut même générer plusieurs fragments pouvant aboutir à une atomisation psychique. Dans la pensée férenczienne, le traumatisme est susceptible d'entraîner clivage, fragmentation et atomisation de la psyché. Ils participent d'un mécanisme de défense contre le traumatisme. Et c'est à partir de ces fragments que l'individu va pouvoir reformer un « nouveau moi » (Ferenczi, 1932, p.224).

Si Coq et Maléfan (2015) mentionnent l'auto-clivage narcissique, signalé par Ferenczi, comme mécanisme de défense lors de l'instant traumatique, qui se manifeste par la « sortie hors du corps », ils évoquent également un autre mode de protection du sujet qui est le repli autistique. Il s'agit d'un agrippement temporaire de la psyché à un élément particulier de l'environnement qui va prendre toute la place sur la scène psychique. En évoquant ces deux mécanismes, ils rapprochent les conséquences immédiates d'un traumatisme de manifestations psychotiques. Et ces manifestations peuvent s'enkyster, comme le souligne Barrois (cité par Coq et Maléfan, 2015) car, le clivage protecteur qui permet d'éjecter désirs et affectivité au moment du traumatisme fait qu'il est difficile de récupérer ces capacités émotionnelles par la suite. Néanmoins, si Coq et Maléfan partagent le point de vue de Ferenczi sur certains mécanismes de défense, ils ne considèrent pas que la personnalité ou la structure d'un sujet soit changée. Pour eux, une incrustation du traumatisme dans la structure va, certes, en faire bouger les lignes de force (les identifications précédentes), mais ne va pas générer une atomisation psychique. Le sujet restera lui-même, mais il se peut qu'il change de vie (cas de l'hôtesse de l'air qui se reconvertisse dans l'humanitaire à la suite d'une prise d'otage en avion (Coq, Le Malefan, 2015)). Leur travaux amènent néanmoins la question, déjà posée par Tausk en son temps (Trehel, 2011), du type de pathologie engendré par le traumatisme : névrose ou psychose ?

Pour Barrois et Crocq, la névrose traumatique n'est ni une névrose, ni une psychose (Mazoyer, Ricard, Brulin, Mary, 2017). Mais d'autres auteurs contemporains proposent des modèles se référant soit à l'une soit à l'autre de ces pathologies, de manière parfois originale et novatrice, comme nous le verrons avec les travaux de Clara Duchet.

Philippe Bessoles (2009) propose, pour rendre compte des cas de traumatismes sévères, de se référer à la psychose traumatique. En effet, il énonce que la référence à la névrose n'est pas appropriée dans la mesure où il ne s'agit nullement d'un refoulement qui concernerait l'événement traumatique, mais plutôt une non-inscription psychique, de l'ordre de la forclusion. Par ailleurs, la sémiologie des traumatismes sévères fait penser à des mécanismes psychotiques, quand bien même l'organisation initiale du sujet serait sur le versant névrotique. Elle est composée d'épisodes délirants, de confusions mentales, de phases de déréalisation et de vécus agoniques. Bessoles souligne également l'incapacité du le sujet à mettre le traumatisme à distance, réalisant ainsi comme une fusion entre la victime et le traumatisme. La sensation de menace omniprésente conduit à une forme de délire paranoïaque. Les angoisses sont des angoisses archaïques d'anéantissement. Enfin, le traumatisme attaque l'image du corps et génère des désordres somatotopiques (pouvant rappeler le syndrome de Cotard, par exemple). La psychose traumatique se caractérise, selon Bessoles, par une « fissuration du Moi-peau » (concept d'Anzieu), par une « rupture du contrat narcissique » qui ébranle la confiance en soi, en l'altérité et le rapport au langage,

et par la création d'une « néo-réalité persécutrice et phobique ». Autant de caractéristiques qui permettent de classer cette pathologie du côté de la psychose.

1.1.5 2.5. La névrose traumatisée

Une autre approche du traumatisme en général, intéressante pour l'étude des traumatismes de guerre, est celle de Clara Duchet (2011, 2015, 2018). Elle développe une théorie originale qui permet de prendre en compte, dans la clinique du traumatisme, l'histoire infantile du sujet. En effet, la question de la prédisposition à la névrose traumatique a toujours été un sujet de préoccupation des psychanalystes. Ferenczi, en 1919, note le fait suivant : « Les avis sont partagés quant à la prédisposition aux névroses de guerre. La plupart des auteurs s'accordent à dire [...] que la majeure partie des névrosés sont dès l'origine des névropathes et des psychopathes, le choc intervenant simplement comme facteur déclenchant » (p.117). Cependant, Freud (cité par Duchet, 2011) écrira en 1938 qu'« Il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques [...] constituent une exception ; toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos interrogations ». La névrose traumatique se retrouve alors dans le champs des pathologies actuelles, c'est-à-dire qu'elle serait simplement due à l'intensité de l'horreur à laquelle le sujet est confronté dans présent et non aux aléas de sa vie infantile. Cependant, comment alors comprendre que, de deux individus soumis à un même événement potentiellement traumatogène, l'un développera une pathologie post-traumatique et pas l'autre ? C'est à ce niveau que les problématiques sexuelles infantiles interviennent. En effet, d'une certaine manière, le traumatisme aurait pour fonction de venir anéantir une problématique sexuelle infantile non résolue, autrement dit une névrose, elle viendrait y faire écran. La rencontre avec l'événement traumatique, avec le « réel de la mort », confronte l'individu à de l'irreprésentable dans le sens où, même si intellectuellement on peut concevoir la mort, puisqu'on la côtoie fréquemment (perte d'un animal domestique, informations télévisées, perte d'un proche,...) personne ne peut expérimenter, ni se représenter, sa propre mort. Le traumatisme nous confronte à de l'inélaborable, de l'irreprésentable. L'individu est donc renvoyé à une période « originaire » (Lebigot, dans Duchet, 2015) de son existence où il n'avait pas accès au langage ni aux représentations. Le retour à cette phase archaïque, antérieure à la phase œdipienne, permet d'écraser chez le sujet toute problématique sexuelle, en particulier celles auxquelles le sujet ne veut (bien sûr inconsciemment) pas se confronter. Nous trouvons donc là, un modèle d'explication de la raison pour laquelle nous ne sommes pas égaux devant un événement traumatique car, comme l'énonce Duchet, « ne rencontre pas le réel de la mort qui veut ! ». Tout se passe comme si certains restaient fixés à cette période anté-œdipienne afin d'éluder la question de la sexualité qui faisait problème chez eux avant la survenue de l'événement traumatogène. La névrose traumatique serait donc selon cette hypothèse, une « névrose traumatisée », c'est-à-dire une névrose pré-existante, dont l'expression serait anéantie par le traumatisme. Par ce biais, Clara Duchet propose une théorie de la névrose traumatique qui transcende les débats entre étiologie interne et externe, entre origine infantile et pathologie actuelle. Un événement présent et externe vient, selon sa conception, faire résonner, par sa violence et sa soudaineté, des problématiques infantiles et des constructions internes du sujet. Sur un registre un peu différent, cette collusion entre actuel et refoulé est d'ailleurs également soulignée par Yann Auxéméry (2013) quand il considère que certains sujets névrosés pourraient se mettre eux-mêmes dans des situations à potentiel traumatique dans le but inconscient de donner, à l'aide d'un nouveau traumatisme, du sens à un traumatisme antérieur resté inélaboré. Avec la théorie de la névrose traumatisée, Clara Duchet propose une théorie « unifiée » du traumatisme, à la fois parce qu'elle prend en compte le sujet dans son historicité propre, mais également parce qu'elle réconcilie différents courants de pensée à propos de la névrose traumatique.

Bibliographie

- Abraham, K. (1919). Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. Dans Freud, S. ; Ferenczi, S. ; Abraham, K. Sur les névroses de guerre. Paris : Payot & Rivages, 2010.
- Auxéméry, Y. (2013). L'exposition traumatique du sujet dit « névrosé » : destinée ou rencontre fortuite ? Aller au-devant et au-delà de l'évènement traumatique : de la confrontation traumatique désertifiée par le langage à la voie psychothérapeutique. L'évolution psychiatrique n°78.
- Auxéméry, Y. (2015). Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. L'Encéphale n°41.
- Bessoles, P. (2009). Traumatisme sévère et psychose post-traumatique. L'évolution psychiatrique n°77. Elsevier Masson, 2012.
- Bokanowski, T. (2016). Clivage, fragmentation, agonie psychique : la « pensée clinique » de Sandor Ferenczi. Le Coq-héron n°224.
- Cabassut, J ; Ham, M. (2006). Entre névrose traumatique et fantasme : la question du père. Cahiers de psychologie clinique n°26.
- Coq, J.M. ; Le Malefan, P. (2015). L'instant du traumatisme. Annales Médico- Psychologiques n°173.
- Coq, J.M. ; Le Malefan, P. (2016). Événements à potentialité traumatique et changement de ou dans la personnalité. Annales Médico- Psychologiques n°174.
- De Vitton, I. (2012). Psychotraumatologie. Apport de la Psychiatrie Militaire et de la Psychiatrie Civile. Thèse. Site DUMAS : consulté le 29 octobre 2019 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00758775>.
- Duchet, C. (2011). Névrose traumatique ou névrose traumatisée ? A propos d'une ancienne résistante de la seconde guerre mondiale. Le Carnet Psy 2011/6 n°155.
- Duchet, C. (2015). Au-delà de la névrose traumatique... Vers une théorie unifiée du trauma ? L'évolution psychiatrique n°80. Elsevier Masson.
- Duchet, C. (2018). Cliniques du traumatisme. Du collectif au singulier, les trois temps du soin. Paris : Dunod, 2018.
- Ferenczi, S. (1916). Deux types de névroses de guerre (hystérie). Dans Freud, S. ; Ferenczi, S. ; Abraham, K. Sur les névroses de guerre. Paris : Payot & Rivages, 2010.
- Ferenczi, S. (1919). Psychanalyse des névroses de guerre. Dans Freud, S. ; Ferenczi, S. ; Abraham, K. Sur les névroses de guerre. Paris : Payot & Rivages, 2010.
- Ferenczi, S. (1932). Journal clinique. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2014. Freud, S. (1919). De la psychanalyse des névroses de guerre. Dans Freud, S. ; Ferenczi, S. ; Abraham, K. Sur les névroses de guerre. Paris : Payot & Rivages, 2010.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir (J. Laplanche et J.B. Pontalis, trad. 1981). Paris : Payot & Rivages, 2010.
- Lanouzière, J. (2008). Hystérie et féminité. Dans Chabert, C., Les Névrozes. Paris : Dunod, 2ème édition, 2013.
- Lançon, P. (2019). Le Lambeau. Gallimard, nrf, 2019.
- Mazoyer, A.V. ; Ricard, A. ; Brulin, L. ; Mary, A. (2017). Répercussions psychiques du traumatisme de guerre sur la relation affective et amoureuse. Bulletin de psychologie n°549.
- Pulsion de Mort. (1967). Dans Laplanche, J ; Pontalis, J.B, Vocabulaire de la psychanalyse (p.371). Paris : Presse Universitaire de France, 5ème édition, 2007.
- Roullière-Le Lidec, C.; Rouhard, E. ; Crocq, L. (2016). La continuité des soins pour les militaires atteints de syndrome de stress post-traumatique : projet d'un centre de référence interministériel. Annales Médico-Psychologiques n°174.
- Traumatisme. (1967). Dans Laplanche, J. ; Pontalis, J.B., Vocabulaire de la psychanalyse (p.499). Paris : Presse Universitaire de France, 5ème édition, 2007.
- Trehel, G. (2011). Victor Tausk (1879-1919) : une théorisation sur les psychoses de guerre. Perspectives Psy 2011/2 Vol.50.
- [1]Laplanche et Pontalis : Vocabulaire de la psychanalyse, Traumatisme, p.500
- [2]Laplanche et Pontalis : Vocabulaire de la psychanalyse, Pulsions de mort, p. 371