

Niveau : L3. **Spécialité :** Psychologie clinique. **Matière :** Psychologie du traumatisme et victimologie. **Chargée de la matière :** M^{me} Benamsili-Haderbache Lamia.

Cours n°1 : Introduction à la psychotraumatologie

1- Préambule :

Les expositions aux événements traumatogènes (cas, par exemple, de maltraitances, d'agressions, de violences sexuelles, de guerres, d'attentats, d'actes terroristes, d'accidents, de maladies graves, de catastrophes naturelles) sont malheureusement fréquentes dans toutes les sociétés. **De telles expositions engendrent, entre autres, des conséquences psychologiques très variables et génèrent un nombre incalculable de psychotraumatismes.**

La psychotraumatologie est la science qui traite de ces conséquences et de leur prise en charge. La psychotraumatologie est l'étude des psychotraumatismes ; des processus et des facteurs qui précédent, accompagnent ou suivent un traumatisme psychique. Elle a pour objet l'étude de l'impact des événements traumatiques sur le psychisme et le corps. Elle vise à accompagner des sujets ayant vécu des événements violents. **La psychotraumatologie comme science** se consacre ainsi aux aspects psychobiologiques des traumas et à la prise en charge psychothérapeutique des victimes.

Le psychotraumatisme désigne les conséquences psychologiques d'un choc traumatique. **Le psychotraumatisme est un syndrome** qui se déclenche chez un individu exposé à un événement traumatique.

2- Bref historique sur la psychotraumatologie et le psychotraumatisme :

Le traumatisme psychique est une notion très ancienne dont on peut trouver les précurseurs dès l'Antiquité. La souffrance psychique due à la violence est aussi vieille que l'histoire des hommes ; et ce que la communauté scientifique internationale appelle aujourd'hui « névrose traumatique » ou « stress post-traumatique » est mentionné sous d'autres dénominations, ou évoqué dans des écrits anciens depuis des temps immémoriaux.

L'histoire du trauma est vieille comme **la violence** et l'angoisse des hommes. La question du trauma est sans doute aussi ancienne que l'humanité. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires (les mythes à partir de 2200 av.J.C). À côté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, notamment par Hérodote (450 av.J.C) (le cas Epizelos) et Hippocrate (vers 400 av.J.C) (Dans son Traité des songes) (Crocq, 2001, p.23).

Quelques siècles plus tard, Lucrèce (40 av.J.C) décrit dans son ouvrage (*De natura rerum*) des **rêves traumatiques**. Les **songes traumatiques** sont également rapportés dans la chanson de Roland (vers 1100 après J.C) qui offre une description réaliste des blessures infligées par les armes. Quatre siècles plus tard, on relate des **cauchemars somnambuliques** dans « les chroniques de Froissart » (1325-1400). On va retrouver les **rêves traumatiques** pendant les **guerres de Religion** (1572, 1577), où le jeune roi Charles IX confia à son médecin Ambroise Paré après le massacre de la Saint-Barthélemy la présence récurrente de rêves traumatiques en lien avec les horreurs perpétrées cette nuit-là (Crocq, 2001, pp.23-24).

Quelques décennies plus tard, vers 1600, trois pièces de Shakespeare attestent que **le cauchemar traumatique** était chose connue à l'époque, de même que **les reviviscences**

hallucinatoires diurnes, visuelles, auditives et même olfactives (Crocq & Bouchard, 2018, p.306).

Pour avoir failli être versé dans la Seine avec son carrosse au pont de Neuilly par ses chevaux emballés, en 1630, le philosophe Pascal a souffert de ce qu'on l'on pourrait appeler de nos jours « *une névrose traumatische* » (Philippe Pinel rapporte son observation) (Crocq, 2001).

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, dans les armées de l'Ancien Régime et dans toute l'Europe, la « *nostalgie* » faisait des ravages dans les esprits des jeunes soldats (Basques et Bretons) enrôlés de force, arrachés à leur village et dépérissant loin de leurs parents. Et, parmi ces cas de nostalgie, beaucoup étaient dus à la frayeur éprouvée au combat ou à la détresse d'avoir vu camarade ou pays fauché dans le rang par les boulets et la mitraille. Cette version du diagnostic de « *nostalgie* » sera longtemps maintenue dans la tradition militaire, jusqu'au milieu du XIX^e siècle (Crocq, 2001). **Les événements de la Révolution et de l'Empire** ont fourni à l'aliéniste Philippe Pinel ample matière à observation. Dans les deux éditions (1798-1808) de sa *nosographie philosophique*, il fait état de troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerre.

Desgenettes, Larrey, Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé « **vent du boulet** » les états stuporeux aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près sans avoir été blessés (vers 1850). On voit également émerger d'autres propositions formulées par des médecins aux armées ; ce sont « *cœur du soldat* » ou « *cœur irritable* » et « *hystérie post-émotionnelle chez l'homme* » (Crocq, 2001).

Les guerres du milieu du XIX^e siècle se sont avérées particulièrement meurtrières et vulnérantes. C'est aussi à cette époque que certaines personnalités ont attiré l'attention sur les souffrances psychiques des blessés abandonnés sur les champs de bataille (à l'exemple du suisse Henri Dunant dans son récit un souvenir de Solferino en 1862 qui va émouvoir le public et servir de point de départ à la fondation de la Croix rouge) (Crocq, 2001).

De même, Jean Martin Charcot en France a opté pour l'hypothèse émotionnelle et parle de « *hystéro-traumatisme* ». En 1889, Pierre Janet avait soutenu sa thèse de doctorat sur *l'automatisme psychologique* présentant 21 cas de névrose dus pour la plupart à un traumatisme psychique. Sigmund Freud, entre 1892-1896, suit le principe postulant que les attaques hystériques sont dues à la réminiscence d'un état psychique antérieur et traumatique. Puis en 1896, il abandonne l'idée des traumas réels au profit de la théorie du fantasme. À partir de 1897, Freud s'était provisoirement désintéressé des névroses traumatiques et des névroses actuelles pour se consacrer aux seules névroses de transfert. Mais **les guerres** qui ont jalonné la première moitié du XX^e siècle ont à nouveau attiré l'attention sur les névroses traumatiques et relancé la réflexion théorique à leur sujet, Freud (à partir de 1920), Ferenczi, Abraham, Simmel, Kardiner et beaucoup d'autres ont été ainsi amenés à élaborer diverses théories du trauma. En effet, En 1916, Ferenczi est mobilisé et devient chef du service de neurologie de l'hôpital militaire Marie-Valeria. Cet endroit fut pour lui un champ d'expérimentation très riche qui fit grandement évoluer son approche du psychotraumatisme (Crocq, 2001).

C'est le psychiatre allemand Herman Oppenheim qui, à la fin du XIX^e siècle, a introduit le concept de « *traumatisme psychique* » dans la psychopathologie dans son ouvrage *Die*

Traumatische Neurosen (les névroses traumatiques) paru en 1888. L'ouvrage d'Oppenheim, illustré par 42 cas de névrose consécutifs à des accidents du travail ou des accidents de chemin de fer, crée le terme de « traumatisme psychologique » (Crocq, 2001).

C'est à Kraepelin (1889), que l'on doit le terme de « **névrose d'effroi** » (Crocq, 2001). Ensuite, la **guerre russo-japonaise** (1904-1905) fut l'occasion d'observer des états confusionnels consécutifs aux explosions d'obus, mais aussi des « **hystéries de guerre** » (Crocq, 2001). Le français Georges Milian parle d'« **hypnose de batailles** » (1915) (Crocq, 2001).

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 « **maladie de la volonté** »). 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 revient à les maintenir dans cet état pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées (Crocq, 2014).

Mais très vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais Charles Samuel Myers, observent le « **shell shock** » (*choc des tranchées/ obusite ou vent de l'obus* en France) qui se manifeste chez des soldats qui n'ont jamais été exposés directement aux tirs, Myers rejette alors la théorie exclusivement organiciste (Crocq, 2001).

Il faut attendre la **Seconde Guerre mondiale** pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma. On parlera alors de « **exhaustion** » (épuisement), d'« **anxiété flottante** », de « **réaction de combat** », de « **combat de fatigue** », de « **névrose de guerre** » et du « **syndrome du vieux sergent** » (Crocq, 2012).

La recherche sur le trauma reprend donc un deuxième souffle sous l'impulsion de chercheurs qui étaient souvent eux-mêmes des soldats 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 : Burgess et 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, des groupes de paroles d'anciens combattants du Vietnam émergent dans toute l'Amérique. Ainsi, les problèmes posés aux Etats-Unis par l'afflux des « **post Vietnam syndroms** » (**post-Vietnam syndrome**) ont relancé l'intérêt pour cette pathologie (Crocq, 2001).

Le système nosographique américain DSM récuse le terme de névrose. Aussi, dès **1952 (DSM I)**, il avait proposé le diagnostic de **Gross Stress Reaction (réaction majeure au stress)** pour désigner les états-psychotraumatiques (réaction temporaire des militaires). Puis, dans sa révision de **1968 (DSM II)**, il supprima ce diagnostic et refusa une place aux conséquences psychotraumatiques. Toutefois, le diagnostic « **réaction situationnelle** » est proposé sous la notion « **adjustment reaction to adult life** » (réactions d'adaptation à la vie adulte) (réaction toujours transitoire selon le DSM) (Crocq, 2001). **Après la guerre du Vietnam**, les psychiatres américains étudient à partir des années 1970 les séquelles psychiques observées chez les

vétérans et ces constations aboutissent en **1980**, dans la **3^e édition** du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III) de l'Association américaine de psychiatrie (APA), à la définition du **PTSD (post traumatic stress disorder)** ou **état de stress post traumatique (ESPT)**, ce dernier sera doté de critères diagnostiques rigoureux et sera classé dans la catégorie des *troubles anxieux* (Crocq, 2014). En **1994**, le **DSM-IV** remanie encore les critères du PTSD. Le DSM IV introduit également « le stress aigu » avec un élargissement du spectre traumatisant. Ceci est particulièrement bien formalisé dans la version révisée de **2000 (DSM-IV-TR)**. Dans le **DSM 5** paru en **2013**, on voit apparaître des modifications concernant les troubles post-traumatiques. L'association américaine octroie ainsi au PTSD toute l'attention qu'il mérite en consacrant un chapitre distinct nommé « Trauma and Stress Related Disorders » (troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress). Les troubles répertoriés dans ce chapitre sont les seuls au sein d DSM-5 à requérir l'identification d'un événement déclencheur extérieur. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatisant ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Le trauma est nommé « **trouble stress post-traumatique (TSPT)** » (Josse, 2019). Dans le **DSM 5 TR, paru en 2022**, une affection nouvelle, le **trouble du deuil prolongé**, a été introduite dans le corpus principal de la classification.

La dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (**CIM-10**) éditée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et parue en **1992**, a emboité le pas aux américains, et propose le diagnostic « d'état de stress post-traumatique » (calqué sur le PTSD américain) classé dans la catégorie « *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes* » (F 43.1). Par ailleurs, la **CIM 9** proposait déjà le diagnostic suivant « états réactionnels aigus à une situation très éprouvante » (308). Quant à la **CIM 11 (2022)**, le chapitre 6 « troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux » propose le diagnostic « *trouble stress post-traumatique* » (Josse, 2019).

En France, les recherches récentes sur les pathologies traumatisantes sont essentiellement menées par des psychiatres militaires, notamment Louis Crocq, Claude Barrois et François Lebigot. Ainsi, Barrois est considéré comme étant le fondateur de la psychotraumatologie en France en **1988**. Le plus souvent ces auteurs (Barrois, 1998 ; Lebigot, 2001 ; Crocq, 1999) se sont opposés à l'incontournable « *état de stress post-traumatique* », lui préférant celui de « *syndrome psychotraumatique* ». Cet avis est partagé par de nombreux cliniciens en Europe (Crocq, 2001).

3- Synthèse :

Dès l'origine de l'humanité, les victimes de criminalité, de guerres, d'accidents et de catastrophes naturelles ont été touchées par la souffrance traumatisante. Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ. Le traumatisme psychique commence à susciter l'intérêt du monde médical au début du **XIX^e siècle**. Les accidents ferroviaires de la seconde moitié du XIX^e siècle et les guerres du XX^e siècle le renforcent. Fin du XIX^e début du XX^e siècle, les scientifiques militaires et civils se penchent sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatisantes et initient les premières prises en charge psychothérapeutiques. **En 1980, l'American Psychiatric Association introduit le Post-Traumatic Stress.**