

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

Cours n°6 et 7 : Approches théoriques du traumatisme psychique

- Approches biologique et neurocognitive du trauma :

L'approche biologique du traumatisme psychique se concentre sur les **modifications physiologiques** induites par un événement traumatique, notamment **dans le cerveau et le système nerveux**. Elle met en évidence des changements dans la réaction de stress (**axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien**), le fonctionnement du **système limbique** et l'activité des **neurotransmetteurs**. Ces réactions peuvent se traduire par des symptômes comme l'hyperréactivité, la dissociation ou des changements persistants dans **le cerveau**.

L'approche neurocognitive du traumatisme psychique étudie les changements cérébraux et cognitifs causés par un événement traumatique, où le circuit de la peur (notamment **l'amygdale**) peut s'activer de manière excessive, tandis que le **cortex préfrontal** (responsable de l'analyse rationnelle) est désactivé. Et **l'hippocampe** peut être endommagé par l'hyperactivation de l'axe du stress (**cortisol, noradrénaline**), perturbant ainsi la mémoire. Elle se fonde sur l'idée que la mémoire traumatique se fixe, rendant le souvenir envahissant.

- Approche psychanalytique du trauma :

Freud élabore alors sa **neurotica** qu'il abandonnera en **1897**.

Pendant de nombreuses années, Freud considéra la névrose traumatique d'**Oppenheim** comme **une forme d'hystérie**, reprenant les hypothèses de **Janet** et les notions de **choc émotionnel, effraction du psychisme, corps étranger et phénomène de dissociation du conscient**.

Dans les névroses traumatiques, le danger est extérieur, alors que dans les névroses de transfert, il est interne. Les « barrières psychiques » du sujet, non préparées lors du trauma, sont franchies. Le traumatisme non seulement fait effraction au travers du psychisme, mais y demeure ensuite comme un corps étranger, provoquant de vains efforts d'assimilation ou d'expulsion. Puis survient la Première Guerre mondiale qui va en raison de la catastrophe qu'elle constitue et de la mort omniprésente, bouleverser les élaborations freudiennes, faisant place à la théorie des pulsions. En 1920, dans son essai *Au-delà du principe de plaisir*, il développe sa théorie du traumatisme en tant qu'effraction de la couche superficielle protectrice du psychisme ou « pare-excitation ». Il définit le traumatisme comme : « *Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet* ». Il utilise l'image de la « vésicule vivante », système énergétique en constant remaniement, protégée en surface par le « pare-excitation », tentant d'expulser, de décharger ces stimulations devenues internes.

- Approche dite « athéorique » du trauma (classifications nosologiques actuelles) :

En 1980, l'Association américaine des psychiatres (APA) ajoute le stress post-traumatique (*Post-traumatic Stress Disorder* ou PTSD) à la **troisième édition** de son modèle de classification nosologique, le DSM. La Classification internationale des troubles mentaux et du comportement 10^e édition (CIM-10) fait état d'un syndrome en tout point semblable. C'est **en 1992 que la CIM 10** introduit pour la première fois l'état de stress post-traumatique dans sa nosographie.

La CIM 11 (2022) écrit à ce propos : Les troubles spécifiquement associés au stress sont directement associés à l'exposition à un événement stressant ou traumatique, ou à une série de tels événements ou d'expériences négatives. Pour chacun des troubles de ce groupe, un facteur de stress identifiable est un facteur causal nécessaire, mais pas suffisant. Même si les individus exposés à un facteur de stress identifié ne développeront pas tous un trouble, les troubles de ce groupe ne seraient pas survenus sans la présence du facteur de stress.

Le DSM 5 TR (2023) écrit à ce propos : Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. La détresse psychologique qui suit l'exposition à un événement traumatique ou stressant est très variable. Du fait de cette variabilité d'expression de la détresse clinique succédant à l'exposition à des événements de catastrophe ou aversifs, les troubles ont été regroupés dans une catégorie à part : les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.

Ces manuels (DSM et CIM) se voulant athéoriques et descriptifs s'étaient sur des critères diagnostiques rigoureux. **L'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique** (= rôle étiologique) (voir cours n°5).

- **Approche cognitivo-comportementale du trauma (TCC) :**

L'approche comportementale stipule que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitivo-comportemental et affectivo-émotionnel. **L'approche du conditionnement** du traumatisme psychique repose sur l'idée que des **stimuli** (externes ou internes) liés à l'événement traumatique sont associés à la peur intense ressentie, devenant ainsi des déclencheurs de réactions anxieuses. Ce processus de conditionnement explique pourquoi des éléments anodins peuvent provoquer des symptômes comme le stress post-traumatique (TSPT). **L'approche behavioriste du traumatisme psychique** considère le trouble comme un **apprentissage dysfonctionnel** dû à un **conditionnement environnemental**, où les symptômes (comme l'évitement) sont des comportements appris pour réagir à un stimulus traumatique.

Dans l'approche cognitive, le psychotraumatisme est lié à **un traitement non approprié de l'information**. Le modèle cognitif met l'accent sur **l'interprétation de l'événement traumatique** par la victime. Lors d'une situation potentiellement traumatisante, **les schémas de base** d'invulnérabilité, de sécurité, de prévisibilité et de contrôlabilité peuvent être bouleversés et devenir **dysfonctionnels**. Sur le plan cognitif, on observe chez les patients atteints de stress post-traumatique, un ensemble **de croyances irrationnelles**, qui constituent des **distorsions cognitives**. Lorsque l'individu a vécu un événement potentiellement traumatisant, il y a un risque que **les processus cognitifs génèrent des pensées automatiques inadaptées** de culpabilité, d'incontrôlabilité, etc.

- **Approche phénoménologique du trauma :**

L'école française du trauma est représentée surtout par Crocq, Lebigot et Barrois. Les considérations sur la **confrontation avec le réel de la mort** renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (**le réel de la mort** veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort). La mort, est selon Freud irreprésentable et le traumatisme va avoir des incidences sur le sens de la vie du sujet. En effet, dans l'optique phénoménologique, il convient de réintroduire la question du sens et du non-sens. Le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience ou un court-circuit du signifiant, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens, et il est surtout aperception du néant mystérieux et redouté. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, une catastrophe intime singulière qui conduit l'homme dans le tragique et qui laissera une impression de changement radical de la personnalité (aliénation traumatique), une altération profonde de la temporalité, et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses (le non-sens). Pour la phénoménologie, la pathologie du trauma est une pathologie de l'effroi et le traumatisme équivaut à une plongée dans l'originaire.