

Les psychotraumatismes

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



P S Y C H O S U P

Cyril Tarquinio
Sébastien Montel

Les psychotraumatismes

DUNOD

Illustration de couverture Franco Novati

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, Paris, 2014
ISBN 978-2-10-070520-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À ma femme Pascale Tarquinio. Fine clinicienne, elle a su porter
un regard critique et constructif sur l'ensemble des textes.*

*Merci à mes enfants Charlotte, Camille et Clément,
que j'aime par-dessus tout.*

*À Nina Telatin, qui ne pourra pas cette fois mettre ce livre sur sa table
de chevet à côté des autres. Elle c'est sûr, faisait l'effort de me lire.
C'était une source de fierté pour elle, et pour moi une reconnaissance,
celle du quotidien, dont parfois on aime s'alimenter,
surtout quand le temps est incertain et la vie trop brutale.*

C'est à elle que je dédie ce livre.

À ma grand-mère.

Cyril Tarquinio

*À toute ma famille qui m'a toujours soutenu. En premier lieu,
mes parents Jean-Loup et Fabienne.*

*La petite Enola la dernière née de la famille
dont la joie de vivre est extraordinaire.*

*Au Professeur Tarquinio avec qui j'ai eu un immense plaisir
à écrire ce livre. Les échanges intellectuels autour
de son écriture m'ont vraiment enrichi!*

Sébastien Montel

Table des matières

Préface	XI
Introduction	1
CHAPITRE 1 DU PSYCHOTRAUMATISME À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	21
1. Introduction	23
2. Approches multiples du psychotraumatisme	23
2.1 L'approche psychodynamique	23
2.2 L'approche comportementale et cognitive	27
2.3 L'approche dite « athéorique » des classifications nosologiques actuelles	32
2.4 Typologie du processus de psychotraumatisation	35
3. Conclusion	36
4. Bibliographie	38
CHAPITRE 2 PSYCHOTRAUMATISME ET CULTURE	41
1. Introduction	43
2. De la dimension universelle du stress post-traumatique ?	43
2.1 De la culture en général	43
2.2 Culture et psychotraumatisme	45
3. Dimensions culturelles et sociales du psychotraumatisme	47
4. Conclusion	52
5. Bibliographie	53
CHAPITRE 3 LE TRAUMATISME COMPLEXE	57
1. Introduction	59
2. Le contexte d'émergence du trauma complexe	59

3. La symptomatologie du traumatisme complexe	61
4. Répétitions des épisodes traumatiques, période de vie et trauma complexe	68
5. Comportements prototypiques du trauma complexe	69
6. Conclusion	72
7. Bibliographie	74
CHAPITRE 4 DISSOCIATION ET TROUBLES DISSOCIATIFS DANS LE PSYCHOTRAUMATISME	77
1. Introduction	79
2. La dissociation selon Janet	80
3. La dissociation chez Freud	84
4. Le DSM et la dissociation	85
5. État de stress aigu, dissociation péritraumatique et ESPT	89
6. Le modèle structurel de la dissociation de la personnalité	90
7. Conclusion	92
8. Bibliographie	95
CHAPITRE 5 DU TRAUMATISME ET DU DEUIL	97
1. Introduction	99
2. Le deuil normal	100
3. Du deuil et du trauma	102
3.1 Les critères diagnostiques du deuil compliqué	102
3.2 Les critères diagnostiques du deuil traumatique	103
3.3 Le deuil post-traumatique	105
4. Les facteurs favorisant le deuil traumatique	106
4.1 Le lien de parenté avec le défunt	107
4.2 Se préparer au départ du défunt	107

4.3 Quelques caractéristiques de la personne endeuillée	108
4.4 Les styles d'attachement	109
4.5 La rumination	111
5. Conclusion	112
6. Bibliographie	114
CHAPITRE 6 PSYCHOTRAUMATISME ET PATHOLOGIES ADDICTIVES	119
1. Introduction	121
2. Phénoménologie et épidémiologie	121
3. Évaluation, diagnostic et pronostic	124
4. La place du processus de traumatisation chez les patients addicts	126
5. Psychotraumatisme et addiction : éléments de prise en charge	129
6. Conclusion	132
7. Bibliographie	134
CHAPITRE 7 PSYCHOTRAUMATISME, DÉVELOPPEMENT POST-TRAUMATIQUE ET CHANGEMENT DE VALEUR	139
1. Introduction	141
2. Le développement post-traumatique	142
2.1 Présentation générale du concept	142
2.2 Précisions sur le concept de développement post-traumatique	145
2.3 Relation avec l'état de stress post-traumatique (ESPT)	147
3. Modification des valeurs et adaptation aux événements traumatiques	148
3.1 L'événement traumatique : un événement spécifique	149
3.2 Situation extrême et changement de valeur	151
4. Conclusion	153
5. Bibliographie	155

CHAPITRE 8	PSYCHOTRAUMATISME ET ÉPILEPSIE :	
	LE CONCEPT DE CRISES PSYCHOGÈNES NON ÉPILEPTIQUES	159
1. Introduction		161
2. Les crises psychogènes non épileptiques de long en large		162
3. Expression symptomatique et difficultés diagnostiques		167
4. CPNE et psychotraumatisme : quel lien ?		168
5. Conclusion		171
6. Bibliographie		174
CHAPITRE 9	PSYCHOTRAUMATISME ET PSYCHOSE : QUEL LIEN ?	179
1. Introduction		181
2. État des lieux et épidémiologie		181
3. Difficultés diagnostiques		185
4. La place du processus de traumatisation chez les psychotiques		186
5. Conclusion		191
6. Bibliographie		193
CHAPITRE 10	NEUROSCIENCES, FONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL ET TRAUMATISATION	197
1. Introduction		199
2. La mémoire traumatique		200
3. Neurobiologie du traumatisme psychique		206
4. Traitements et modifications cérébrales		209
5. Conclusion		213
6. Bibliographie		214

Préface

L'ouvrage de Cyril Tarquinio et Sébastien Montel n'est pas « un ouvrage de plus » sur le trauma. Bien sûr, il en fait d'abord le point en collectant les acquis et en exposant les diverses théories. Mais, il ne s'attarde pas sur ces préalables ; il nous invite d'emblée à découvrir et explorer toutes les surfaces et les dimensions d'un champ considéré jusqu'à présent comme extérieur au trauma, un domaine méconnu ou occulté ; il ouvre des perspectives ; il incite à la réflexion.

La longue introduction est à elle seule une mise au point historique, clinique, pathogénique et sémantique du concept de traumatisme psychique, avec un aperçu de ses avatars. Le trauma, à la réalité duquel Freud ne renoncera jamais, disant à la fin de sa vie (*Abrégé de psychanalyse*, 1938) que les névroses traumatiques constituent une exception au sein du groupe des névroses et « que leurs relations avec le facteur infantile ont toujours échappé à nos investigations », est reconnu comme une expérience aiguë de débordement des défenses du psychisme, sur le mode de la déréalisation, avec arrêt de la pensée, frayeur, horreur, sentiment d'impuissance, désorientation, voire dépersonnalisation. Et il donne lieu ensuite à une vaste gamme de tableaux cliniques dont l'expression sémiologique peut déborder le cadre restreint établi par le dogme américain du PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*).

Se dégageant du long hégémonisme de la psychanalyse, tout en reconnaissant ses acquis classiques en matière de trauma, qu'il s'agisse des travaux de Freud, d'Abraham, de Ferenczi et de Kardiner, ou des réflexions novatrices de psychiatres militaires tel Lebigot sur le trauma comme confrontation inopinée avec le réel de la mort, les auteurs saluent la prise de distance permise par l'optique phénoménologique (Crocq, Barrois). Et, surtout, ils étendent le champ de nos connaissances sur le trauma : considérations sur les variantes induites par la culture (tant dans sa condition biologique de diathèse que dans ses déterminants psychosociaux), apports des recherches et des pratiques cognitivo-comportementalistes, mise à jour des avancées théoriques et pratiques offertes par les neurosciences.

Sur le plan clinique, les auteurs examinent le syndrome de reviviscence, ou de répétition, pathognomonique de la sémiologie psychotraumatique. Il se manifeste dans les reviviscences diurnes et les cauchemars nocturnes, dans les tableaux cliniques des syndromes psychotraumatiques différés et tardifs – état de stress post-traumatique ou névrose traumatique – une

fois passée la courte période immédiate des premières heures et la période post-immédiate qui s'étend du 2^e au 30^e jour. Il relève d'une hypermnésie obstinée du désagréable; et c'est à son sujet que Freud s'interrogera en 1920 sur ce mystère qu'est la «compulsion de répétition». Simmel (1918) le dénommait syndrome du *grammophoneplatz* (comme la même bribe de phrase répétée à l'infini par un phonographe dont l'aiguille bute sans cesse sur le sillon d'un disque rayé); et Pierre Janet disait que rien ne sert au patient de vouloir le fuir en partant au loin, car «le chagrin monte en coupe et voyage avec lui». Mais, au sujet du rêve traumatique, les auteurs rappellent le différend qui opposait Ferenczi à Freud: Ferenczi reconnaissait au rêve une fonction «traumatolytique», invitation à se dégager de la passivité pour faire évoluer le traumatisme jusqu'à sa résolution. Au sujet de cette clinique de la répétition, les auteurs s'interrogent à juste titre sur l'action de la trace mnésique laissée au sein du psychisme par un événement potentiellement traumatique (car un même événement peut donner lieu à trauma chez un sujet et non chez un autre): il arrive que cette trace n'exerce ses effets psychotraumatiques que si elle est rappelée plus tard par un deuxième événement, ou si elle est revisitée par un psychisme qui a évolué. Voici ce que leur réflexion nous inspire. Freud avait parlé d'«après-coup», et Sartre de «vérité sursitaire». Nous méfiant avec Bergson de l'«illusion rétrospective du vrai», qui nous fait croire que le vrai d'aujourd'hui a toujours été vrai, nous pouvons répéter ce que nous avons écrit en 1985 et 1999, à savoir que l'après-coup ne saurait être en aucun cas le conte de la Belle-au-Bois Dormant, avec un potentiel pathogène inchangé et intact au sortir d'un silencieux sommeil, sans tenir compte de ce qui peut le remodeler ensuite.

Les auteurs se sont penchés sur une autre extension du concept de trauma, qui est la notion de «trauma complexe» (chapitre 3). Cette notion est le fruit de travaux convergents de divers auteurs américains, dont Léonor Terr (les traumas du type II résultant de la répétition d'une agression, répétition attendue mais sans échappatoire ni possibilité de défense), Judith Herman (répétition d'une situation de victimisation prolongée avec traumas intenses et fréquents) et de E. Roth *et al.* (répétition de psychotraumatismes depuis l'enfance). Elle est à rapprocher du diagnostic de DESNOS (*Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified*). Les tableaux cliniques décrits comprennent tous l'altération de la perception de soi, l'altération de la conscience et l'altération des affects, la dépression, l'impression de ne pas être compris, le renversement des valeurs, la perturbation de la relation à autrui, et éventuellement le changement de personnalité avec repli sur soi. On relève aussi une sympathie paradoxale pour l'agresseur, des conduites auto ou hétéro-agressives et

des conduites à risque. Roth insiste en outre sur la fréquence des somatisations. De telles considérations soulignent la faille du système DSM qui impose des critères trop rigoureux à l'établissement du diagnostic de PTSD, laissant de côté des PTSD « incomplets » et des PTSD « atypiques », et ignorant des pans entiers du vaste tableau clinique que le diagnostic de névrose traumatique avait su inventorier (dont les somatisations et les troubles des conduites). Nous pensons personnellement, nous qui examinons des sujets traumatisés depuis plus de cinquante ans, que ces Américains sont des cliniciens désordonnés, croyant découvrir une sémiologie que leurs confrères européens (qu'ils dédaignent de lire) ont décrite bien avant eux, juxtaposant en vrac des symptômes sans les grouper ni les analyser, et proposant de manière irréfléchie de nouvelles entités cliniques approximatives pour pallier leurs lacunes.

Des extensions similaires du champ du trauma sont consacrées dans ce livre aux pathologies addictives (chapitre 6), aux crises psychogènes non épileptiques (chapitre 8) et au deuil traumatique (chapitre 5). Les conduites addictives chez les personnes traumatisées (alcool, drogue, ou les deux) ont été observées dès les années 1980 chez des vétérans du Vietnam, comme elles avaient été observées chez les anciens combattants d'Indochine et d'Algérie par les psychiatres militaires français. Beaucoup de recherches et d'études ont été entreprises à leur sujet, dans les domaines bioneurologique et comportemental en particulier, mais elles semblent piétiner. Et les auteurs soulignent à juste titre les difficultés rencontrées par les thérapeutes pour arracher ces patients à leur addiction. La question clé est de savoir ce qui, dans le mécanisme du trauma, pousse ces individus à se droguer et à en devenir dépendants. Pour nous, par la compensation d'oralité, l'addiction est plus qu'une « pathologie associée » : elle fait partie, ou peut faire partie, intégrante de la sémiologie psychotraumatique. Que des « crises psychogènes non épileptiques » (CPNE, Reuber) s'avèrent d'authentiques syndromes psychotraumatiques, parfois après l'échec d'un long traitement anticonvulsif, cela relève d'une erreur initiale de diagnostic et d'une exploration insuffisante de leurs circonstances d'apparition. Mais est-on fondé à en faire un diagnostic à part, ou ne devrait-on pas plutôt les identifier comme une forme clinique convulsive et dissociative du PTSD ou de la névrose traumatique ? Quoi qu'il en soit, admirons les deux auteurs qui ont mené à leur sujet une enquête bibliographique approfondie. Nous les suivrons sans réserve, en revanche, pour reconnaître que le deuil en soi n'est pas pathologique. Seules certaines réactions de deuil peuvent relever de la pathologie, telles les classiques mélancolies et manies de deuil. Certains confrères américains (Prigerson, Horowitz) voudraient faire

admettre la catégorie particulière de « deuil traumatique » ou au moins de « deuil compliqué » ; encore faudrait-il s'entendre sur la portée de ces vocables. Pour nous, le deuil traumatique est le deuil d'une personne qui, ayant été présente dans l'événement, y a elle-même été traumatisée et qui, en outre, y a perdu un parent ou un proche. Si, par contre, elle a été choquée, à distance, en apprenant la mort accidentelle de ce parent sans qu'elle-même ait été présente dans cet accident, son deuil ne saurait être « traumatique », faute de trauma authentique, c'est-à-dire de confrontation sensorielle avec le réel de la mort.

Plus intéressant, et fondamental, nous paraît le problème « trauma et psychose » (chapitre 9). Il existe indubitablement des cas cliniques de personnes traumatisées où des symptômes psychotiques, dissociatifs ou délirants occupent le devant de la scène, occultant les symptômes psychotraumatiques spécifiques (tels que reviviscences et état d'alerte). Par ailleurs, on sait que les psychiatres américains de la Seconde Guerre mondiale dénommaient volontiers « schizophrénie des trois jours » ce que la tradition clinique européenne reconnaît comme « bouffée délirante aiguë » ou « polymorphe ». On peut aussi se poser la question de savoir quel sera le tableau clinique d'un patient déjà psychotique ou « border line » qui subit ensuite un psychotraumatisme. Et les auteurs se posent à juste titre la question : le stress exacerbe-t-il les symptômes psychotraumatiques ? Le recours à notre savoir neurobiologique et cognitivo-comportementaliste enrichit, certes, nos considérations, mais ne peut répondre à nos interrogations. En 1913, Jaspers avait identifié – dans l'optique d'une psychopathologie phénoménologique – des « psychoses réactionnelles », ou plus exactement des « réactions anormales à l'événement vécu », dont certaines correspondaient en réalité à des syndromes psychotraumatiques. La question fondamentale est en fait : l'instant traumatique initial est-il un moment psychotique ? C'est ce que Ferenczi affirmait, en 1932, déclarant : « la première réaction au choc est toujours une psychose passagère impliquant une rupture avec la réalité... et l'amnésie qui suivra traduit un clivage psychotique d'une partie de la personnalité qui va vivre en secret et s'efforcer de trouver d'autres issues que celles des symptômes névrotiques ».

Et cela nous renvoie à l'incontournable question de la dissociation, que les auteurs rencontrent dans leur parcours (chapitre 4). Ils nous rappellent à juste titre qu'à l'époque des personnalités multiples de Charcot et d'Azam, Pierre Janet avait pointé du doigt cette dissociation de la conscience caractéristique de l'hystérie traumatique : une partie du subconscient attachée à l'événement, se comportant comme un corps étranger non assimilé, provoque des phénomènes « automatiques »

et inadaptés (d'où le titre de sa thèse de doctorat es lettres de 1889 *L'Automatisme psychologique*), tels que des sursauts, visions ou impulsions, tandis que le reste de la conscience continue de fonctionner de manière circonstanciée et adaptée. Janet parlera de décomposition, de dissolution, de désagrégation et de perte de la capacité de synthèse avant de trouver le mot juste de dissociation. Quelques années plus tard, Freud, reconnaissant ses emprunts à Janet, reprend à son compte la « dissociation du conscient » et propose le terme platonicien de « réminiscence » là où Janet parlait d'« idée fixe », terme malencontreux puisque ces ré-évo-cations intrusives sont essentiellement sensorielles ou motrices et n'ont rien de cognitif. Quant à Ferenczi (1932), il voit que le surgissement de ce processus de dissociation correspond à une défense d'urgence : « seule l'autodestruction de notre cohésion psychique peut nous délivrer de l'angoisse, faisant naître la désorientation, soupape à la destruction totale et offrant une forme nouvelle d'accomplissement du désir à partir des fragments ». Kardiner (1941) reprendra ces idées, proches de celles de Janet, voyant dans le trauma « une fragmentation de la conscience, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde ». En fait, il y a lieu de distinguer la dissociation qui sous-tend les tableaux cliniques différés-chroniques de l'état de stress post-traumatique (et de la névrose traumatique), de la dissociation jaillie de l'instant traumatique, véritable éclatement de toutes les capacités du moi. Le DSM ne s'est pas penché sur cette phase immédiate, contrairement à la CIM-10 qui identifie une « réaction aigüe à un facteur de stress » (F43.0), dont les symptômes disparaissent « en quelques heures tout au plus » ; le DSM-IV stipule toutefois (critère A.2) que la réaction qui donne lieu à PTSD s'est traduite par une peur intense et un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Certains cliniciens américains, dont Marmar (1997) regrouperont tous les symptômes immédiats de déréalisation (trou noir, désorientation, sidération, dépersonnalisation, etc.) sous le vocable de « dissociation péri-traumatique ». Cela part d'une bonne intention, mais c'est inexact, car la dissociation n'est pas « autour » (péri) du trauma mais en plein dedans. C'est pourquoi nous avons proposé le terme plus judicieux de « dissociation *per*-traumatique » (Crocq, 2012).

Le parcours des auteurs passe (chapitre 7) par des considérations sur le devenir des personnes traumatisées. Ce chapitre eût pu être leur dernier chapitre, avant la conclusion, car il délivre un message d'espoir à tous les traumatisés. Ces derniers sont-ils condamnés à subir toute leur vie le poids de leur trauma, qui leur aura ainsi ménagé des « destins compromis », comme je l'ai constaté en 1966 et 1997 et réaffirmé en 2006, ou disposent-ils de possibilités pour s'en dégager ? Les auteurs

penchent vers cette deuxième option, en se référant à des travaux américains récents sur le développement post-traumatique (*growth*, Helgerson ; *stress related growth*, Park) et les changements de valeur (Fischer). Il est certain que, par delà l'effondrement narcissique qu'il provoque, le trauma réalise une « dislocation des croyances » et un bouleversement des valeurs du sujet. Mais, face aux reviviscences intrusives, et à leur propre détresse, les sujets traumatisés peuvent s'efforcer d'intégrer l'événement comme un chaînon de leur histoire de vie, au lieu de le considérer comme un point de rupture dans cette histoire. Il s'agit alors de réorganiser les modes de fonctionnement du moi, de modifier sa structure d'accueil des événements par un processus d'« accommodation », de remettre en question ses propres schémas fondateurs, d'établir de nouveaux rapports avec le monde et de définir de nouvelles valeurs, qui sont à la fois des croyances et des jugements sur les buts de la vie, et l'expression même de ces buts ; bref, de procéder à une « recomposition du moi ». « Stratégies de survie », « mécanismes d'adaptation », « processus de résilience », tous ces instruments de la guérison passent en fait par ce que j'ai appelé « l'élaboration résiliente » (2003, 2012), ou la reconquête du sens, là où le trauma n'avait laissé que le chaos insensé.

Saluons, pour conclure notre préface, la détermination originale des auteurs qui ont choisi de réactualiser le vieux concept de psychotrauma dans une perspective élargie, et qui ont étayé leur cheminement par des recherches bibliographiques quasi encyclopédiques.

Louis CROCQ

Psychiatre, médecin général, psychiatre des armées,
professeur associé honoraire à l'Université Paris-Descartes,
fondateur du CUMP

Pour aller plus loin



BARROIS C. (1988). *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

CROCQ L., LEFEBVRE P., BAZOT M. (1966). Recherche sur l'expérience vécue névrotique et sa signification dans le langage sous narco-analyse. Au sujet de 50 observations de névrose traumatique, *LXIV^e Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française*, Grenoble, septembre, compte rendus, Paris, Masson, p. 273-281.

CROCQ L. (1985). « Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre », in J. Guyotat, P. Fédida, *Événement et psychopathologie*, Villeurbanne, SIMEP Ed., p. 111-120.

CROCQ L. (1997). « The emotional consequences of war 50 years on », in L. Hunt, M. Marshall, C. Rowlings, *Past Trauma in Late Life*, Londres, Jessica Kingley Pub., chap. 4, p. 39-48.

CROCQ L. (2003). « Névrose traumatique et élaboration résiliente », in E. Bassino et P. Bessoles, *Victime-agresseur, tome 3, Traumatisme et résilience; lien psychique, lien social*. Nîmes, Éditions du Champ Social, p. 17-34

CROCQ L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris, Odile Jacob.

FERENCZI S. (1932). « Réflexions sur le traumatisme », trad. fr. in *Œuvres Complètes*, Paris, Payot, 1982, tome IV, p. 139-147.

JASPERS K. (1919). *Psychopathologie générale*, trad. fr., Paris, Alcan, Paris, 1933.

KARDINER A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*, Washington, Psychosomatic Medicine Monograph II-III, National research Council.

SIMMEL E. (1918). *Kriegs-Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien*, Munchen-Leipzig, Otto Nemnich.

Introduction

Considérations générales

La question du trauma est sans doute aussi ancienne que l'humanité. Depuis que l'homme existe, il est en permanence confronté à la souffrance des autres ainsi qu'à la sienne. Chidiac et Crocq (2010) retrouvent des traces de l'idée de psychotraumatisme jusque dans des récits légendaires aussi anciens que l'épopée sumérienne de Gilgamesh (2000 av. J.-C.) ou dans l'*Illiade* d'Homère (900 av. J.-C.). Dans l'Antiquité, les textes d'Hérodote aussi racontaient les histoires des batailles les plus sanglantes et surtout celles de leurs soldats. On peut ainsi trouver des descriptions cliniques de ces derniers et de leur souffrance morale, qui sans ambiguïté relève du traumatisme psychique et du syndrome de répétition du trauma. Même le roi Charles IX confia à Ambroise Paré après le massacre de la Saint-Barthélemy la présence récurrente de rêves traumatiques en lien avec les horreurs perpétrées cette nuit-là. À partir du XVII^e siècle, c'est surtout grâce aux médecins militaires que la notion de névrose traumatique va se développer, jusqu'à Oppenheim qui, en 1888, introduisit pour la première fois le terme de « névrose traumatique ». Ses victimes étaient comme obsédées par le souvenir de l'accident (ici accident de chemin de fer), de la même manière qu'ils étaient sujets à des crises d'anxiété réactionnelle dès que quelque chose ou quelqu'un pouvait leur rappeler cet événement traumatique. En outre, ils manifestaient des cauchemars en lien avec ces accidents, qui s'accompagnaient de fortes émotions qui les perturbaient. C'est également à Kraepelin (1889), que l'on doit le terme de « névrose d'effroi » ou *Schreckneurose*. Il constate qu'il suffit d'avoir été le spectateur d'un accident pour développer une névrose traumatique, sans pour autant écarter totalement la possibilité de facteurs lésionnels en cas de choc direct. Il précisa d'ailleurs que tous les malades présentaient toujours une même série de symptômes et qu'il ne s'agissait en rien d'une atteinte organique mais bien d'un traumatisme psychique. Il insistait aussi sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, et qu'il suffisait pour cela d'en avoir été le spectateur.

Mais c'est avec la naissance de la psychanalyse que le traumatisme prit toute son importance. On peut même le considérer comme le premier concept freudien. Il fut particulièrement élaboré dans *Études sur l'Hystérie* (Freud et Breuer, 1895), même si par la suite comme nous allons l'envisager, il a subi de nombreuses évolutions. Leurs auteurs n'écrivaient-ils pas « Au point de vue théorique (les résultats) montrent que le facteur

accidentel est, bien au-delà de ce que l'on pensait, déterminant dans la pathologie de l'hystérie». Qu'il s'agisse de Freud ou de Breuer, tous deux envisagent alors une relation de cause à effet entre la dimension traumatique des événements et l'hystérique, allant même jusqu'à envisager pour cela l'existence d'un traumatisme inaugural, même si celui-ci est à rechercher au plus profond de l'histoire du sujet, puisqu'il peut s'agir d'«Événements survenus dans l'enfance qui ont provoqué au cours de toutes les années suivantes un phénomène pathologique plus ou moins grave» (Freud et Breuer, 1895).

À l'origine était le traumatisme ! Que les événements soient massifs ou relatifs, peu importe ! Ce qui compte c'est qu'ils atteignent et débordent les limites du sujet. Et si les facteurs déclenchants peuvent être anodins ou massifs, leurs manifestations symptomatiques peuvent être variées, multifformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours. L'idée est importante, car il s'agit de considérer que l'expression symptomatique du psychotraumatisme peut prendre des formes inattendues, ce qui est aux antipodes des conceptions modernes où l'on a érigé le modèle de l'état de stress post-traumatique (ou ESPT) en canon.

Freud précisera sa pensée quant au processus de traumatisation lorsqu'en octobre 1895, il écrit : «Nous ne manquons jamais de découvrir [dans l'hystérie] qu'un souvenir refoulé ne s'est transformé qu'après coup en traumatisme». Et plus loin de préciser que «l'hystérie a une étiologie sexuelle prépubertaire liée à l'effroi et au dégoût, et non pas au plaisir comme dans la névrose obsessionnelle». Freud met en avant le caractère décisif de la puberté, parce qu'alors, pour lui, la question du traumatisme reste fondamentalement liée à la sexualité. Dans *De l'esquisse d'une psychologie scientifique* (1895) il rapporte le très connu cas d'Emma Eckstein qu'il a analysée et qui illustre parfaitement sa position.

«Emma est hantée par l'idée qu'elle ne doit pas entrer seule dans une boutique. Elle en rend responsable un fait remontant à sa treizième année (peu avant la puberté). Ayant pénétré dans une boutique, elle aperçut les deux vendeurs (elle se souvient seulement de l'un d'eux) qui s'esclaffaient. Prise de panique, elle sortit précipitamment. De là, l'idée que les deux hommes s'étaient moqués de sa toilette et que l'un d'eux avait exercé sur elle une attraction sexuelle. (...) Cette impression aurait dû depuis longtemps s'effacer (...). Ainsi, le souvenir resurgi n'explique ni l'obsession ni la détermination du symptôme. L'analyse met en lumière un autre souvenir qui, dit-elle, n'était nullement présent à son esprit au moment de la scène [précédente]. À l'âge de 8 ans, elle était entrée deux fois dans une boutique pour y acheter des friandises et le marchand avait porté