



LE PSYCHOTRAUMATISME : VERS UNE TENTATIVE DE DÉFINITION GÉNÉRALE

Lauriane Pérez

Psychologue Clinicienne

Article disponible en ligne :

<https://www.associationepsylon.com/articles>

Pour citer cet article :

Lauriane Pérez (2018), *Le psychotraumatisme : vers une tentative de définition générale*, from www.associationepsylon.com/articles

LE PSYCHOTRAUMATISME : VERS UNE TENTATIVE DE DÉFINITION GÉNÉRALE

Lauriane Pérez

Psychologue Clinicienne

Le traumatisme est une notion à la fois précise et complexe que nous voyons sans cesse évoluer que ce soit sur le plan scientifique, clinique ou dans les représentations communes. Nous tenterons ici une définition générale du traumatisme psychique en prenant en compte les différentes théorisations qui en ont été faites depuis que l'on s'y intéresse jusqu'à aujourd'hui.

Dans le langage commun, il est courant de repérer que nous ne différencions pas, quand nous parlons de traumatisme, l'événement en lui-même et les conséquences psychiques et/ou physiques qui en découlent. En effet, il nous semble important de noter qu'un événement potentiellement traumatisant ne crée pas forcément de traumatisme ni sur le plan physique, ni sur le plan psychique et que cette confusion ne doit nous servir, à nous professionnels du soin, que comme un signal d'alarme dans un cadre préventif de repérage de troubles potentiels.

I. Concept de psychotraumatisme

Schématiquement, sur le plan clinique, nous parlons de psychotraumatisme pour évoquer les conséquences psychiques d'un événement externe ou interne, direct ou indirect, qui a confronté la personne avec la réalité de la mort (Barrois). Il se caractérise par trois grands types de manifestations : reviviscences du traumatisme (rêves ou souvenirs intrusifs), hypervigilance et évitement de ce qui peut éveiller les reviviscences.

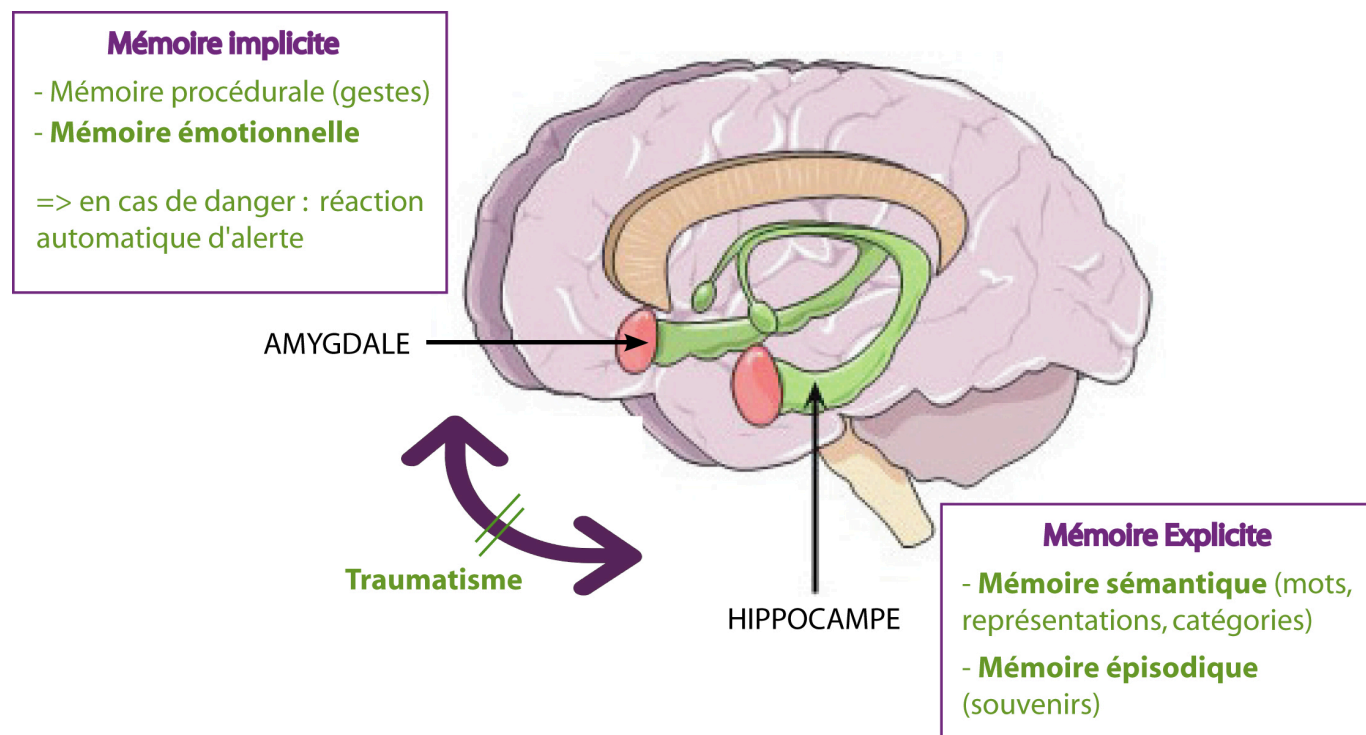
Historiquement, Freud évoque d'abord le traumatisme dans le cadre de sa théorisation de la *neurotica* : la séduction sexuelle traumatique de l'enfant par un adulte comme origine de la névrose (en particulier l'hystérie). Il a ensuite fait évoluer cette théorie en remplaçant le traumatisme par un fantasme comme source de névrotisation. La 1ère guerre mondiale a permis aux médecins psychanalystes de l'époque d'être confrontés à des traumatisés de guerre les poussant ainsi vers de nouvelles conceptualisations. Parmi eux, Ferenczi est celui qui a le plus contribué à sa théorisation scientifique mais également clinique (en évoquant notamment l'importance d'une écoute active et empathique dans un tel cadre thérapeutique). Les apports de ces deux auteurs ont permis de différencier les névroses de transfert (liées au fantasme et au refoulement) des névroses traumatiques (marquées par un choc dans le réel et de l'hypermnésie). Aujourd'hui, avec les classifications psychiatriques type DSM ou CIM10, on différencie également traumatisme complexe (correspondant peu ou prou à la définition de la névrose traumatique) et le syndrome de stress post-traumatique (altérant la personnalité de manière plus transitoire que dans le cadre de traumatisme complexe souvent associé à d'autres troubles de type psychosomatiques, anxio-dépressifs, psychotiques ou addictifs).

II. Mécanismes psychiques et neuropsychologiques de traumatisation

Dans un cadre de vie dit "classique", nous fonctionnons sans être en vigilance constante grâce à trois convictions importantes (Crocq): certitude de sa propre invulnérabilité/immortalité (avec un déni de la mort plus ou moins important), la croyance en un environnement protecteur et l'assurance que les autres sont forcément secourables. L'événement potentiellement traumatique va confronter la personne à l'inefficacité de ces convictions. Ces certitudes reposent, entre autres, sur des schémas de pensées incluant une catégorisation de l'environnement ou d'une situation associée à un mode de réaction approprié. Les schémas de pensées se construisent tout au long de la vie grâce aux processus de mémorisation.

La mémoire à long terme se compose d'une mémoire explicite/consciente (plutôt gérée par l'hippocampe au niveau du cerveau) et d'une mémoire implicite/inconsciente (plutôt gérée par l'amygdale). En

mémoire explicite, on différencie mémoire sémantique (mémoire des mots, des représentations, des catégories) et mémoire épisodique ou autobiographique (souvenirs vécus). De son côté, la mémoire implicite recoupe la mémoire procédurale (apprentissage de gestes comme "faire du vélo") et la mémoire émotionnelle. Les circuits de mémorisation et de remémoration activent toutes ces parts de la mémoire intriquées les unes aux autres. La charge émotionnelle (par le biais de l'adrénaline et des corticoïdes générés par le cerveau) favorise la mise en mémoire, la restitution mais également la prise de décision.



Dans une situation potentiellement dangereuse, on repère un double mécanisme impliquant une réponse automatique émotionnelle puis, dans un second temps, une réponse adaptée au contexte impliquant les souvenirs. Quand l'organisme se sent en danger, l'amygdale génère de l'adrénaline qui met l'organisme en hypervigilance (avec augmentation du rythme cardiaque qui alimente tous les muscles en cas de nécessité de réagir rapidement et hypersensorialité). On peut parfois observer des réactions automatiques de sursaut, de fuite ou d'attaque. Le reste du cerveau se met ensuite en action pour chercher en mémoire à long terme d'autres situations analogues ce qui permettra de baisser la charge émotionnelle, l'adrénaline et trouver une réaction ajustée.

Or, en cas d'événement traumatique, nous sommes justement dans le cas de situations qui débordent notre capacité de pensée et de représentation. Il est alors impossible à la personne de trouver en mémoire une situation analogue. De plus, même si nous savons consciemment que nous allons mourir, nous n'en avons aucune véritable représentation ni consciente, ni inconsciente (Freud). Le traumatisme vient alors pénétrer brutalement l'appareil psychique, détruisant au passage les mécanismes de défense, le pare-excitation (laissant la personne sans protection, sans filtre avec son environnement) et une part de son identité. Le traumatisme devient comme un corps étranger que l'organisme psychique doit détruire ou incorporer. Le temps et toute l'énergie psychique (libido) seront cristallisés sur lui.

Du fait de la non-concordance avec une situation analogue dans la mémoire à long terme, l'état d'alerte lancé par l'amygdale ne s'éteint pas. Elle maintient la personne dans un état d'hypervigilance constant (comme pour la préparer à un nouveau traumatisme) que la personne tente de réduire par des comportements d'évitement de tout ce qui peut contribuer au retour à la conscience de l'événement traumatique. Or, un flux continu d'adrénaline et de cortisol est toxique pour le cerveau. Dans un mécanisme d'auto-protection, celui-ci va faire disjoncter le processus via de l'endorphine (et de la ketamine-like) ce qui crée un état analgésique (que certains tentent de retrouver via des comportements à risque ou une consommation de drogue ou d'alcool). Néanmoins, l'amygdale tourne en boucle dans son coin, isolée du reste du cortex et notamment de l'hippocampe qui ne reçoit plus la charge

émotionnelle habituellement associée aux sensations et représentations. Sur le plan clinique, on observe alors un clivage de la personnalité voire une véritable dissociation. La personne peut avoir la sensation de vivre les choses à distance comme si elle était déconnectée de son propre corps (dépersonnalisation) sans manifestations émotionnelles. Un clivage de type corps / esprit peut apparaître avec un corps "malade" qui va préserver l'appareil psychique de souffrances affectives.

L'hippocampe peut parfois tenter de stopper l'amygdale, un conflit entre ces deux structures cérébrales peut alors s'installer aboutissant parfois à la destruction des dendrites (ce qui permet la transmission entre neurones) qui se manifeste par des souvenirs morcelés, sans lien possible les uns avec les autres. En effet, nous repérons bien que cette notion de clivage est très présente en de psychotraumatisme. Celui-ci est vécu comme une véritable rupture dans l'existence, dans le mode de fonctionnement, dans les valeurs, dans l'identité, dans les souvenirs (entraînant parfois une paradoxale alternance entre amnésie et hypermnésie), dans la vision du monde. Tout se passe comme si la personnalité avait été brisée en mille morceaux qui ne s'emboîtent plus les uns aux autres laissant ainsi une sensation de perte de sens. Les reviviscences mnésiques de l'événement semblent être liées à la fois à une activation en boucle de l'amygdale qui cherche à garder la personne dans une anticipation constante, et une tentative de reliaison. En effet, il est intéressant de repérer que c'est bien en reliant tous les souvenirs, les faits avec les émotions, le traumatisme au reste de la vie, que la personne commencera à se sentir mieux (Charahoui).

Que ce soit sur le plan physique (et notamment cervical) ou psychologique, le traumatisme semble être avant tout caractérisé par le clivage, ce morcellement de l'histoire de vie, de l'identité et du sentiment de continuité qui fige la personne dans le temps infini du trauma. Le travail à effectuer (qu'il se fasse de manière autonome ou avec l'aide d'un professionnel) paraît donc se situer non pas du côté de l'oubli mais plutôt du côté du deuil (selon la conceptualisation de Mélanie Klein), de la réparation de soi, de son histoire, du sentiment de continuité dans le temps, de son enveloppe psychique protectrice et de sa vision du monde qui n'est ni totalement idyllique, ni totalement monstrueux mais un peu des deux.

Bibliographie utilisée:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013) *DSM -V*
BARROIS, C. (1998). *Les névroses traumatiques*.
CHAHRAOUI, K. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*.
CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*.
FREUD, S. , BREUER, J. (1895) *Études sur l'hystérie*.
FREUD, S., (1920) *Au delà du principe de plaisir*.
FERENCZI, S. (1934). *Le traumatisme* .
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM10)*
TARQUINIO, C. ; MONTEL, S. (2014). *Les psycho-traumatismes*.