

Science et pseudo-sciences, 2011, n° 294, p. 6-17

<https://www.afis.org/L-impact-psychologique-des-traumatismes-et-son-traitement>

L'impact psychologique des traumatismes et son traitement

Jacques Van Rillaer

Professeur de psychologie émérite
à l'université de Louvain-la-Neuve

« *Que laisser de côté et que garder ? C'est tout le problème* »¹

La grande majorité des êtres humains et des animaux subissent au moins occasionnellement des situations fort stressantes ou traumatisantes. Les effets psychologiques de ces situations ont été relativement peu étudiés avant les années 1970. La principale impulsion à leur étude scientifique sont les troubles présentés par de nombreux vétérans de la guerre du Vietnam. Bien évidemment, des auteurs avaient déjà décrit des conséquences de traumatismes. Ainsi, en 1666 le chroniqueur anglais Samuel Pepys écrivait, six mois après avoir assisté au grand incendie de Londres : « *Il est étrange de songer que, jusqu'à ce jour, je ne puis passer une nuit sans grands effrois du feu ; et cette nuit même, je ne pus fermer l'œil avant deux heures du matin, ma pensée étant obsédée par le feu* »². Pepys cite là un des principaux effets d'un « état de stress aigu »³.

À la fin du XIX^e siècle, une controverse est née à la suite des demandes de dédommagement de la part de victimes d'accidents de chemin de fer, pour leurs troubles « nerveux ». Les experts, qui défendaient les chemins de fer, parlèrent de simulation, de théâtralisation, de « névrose de dédommagement » et de « névrose hystérique ». C'est à cette époque que le neurologue allemand Hermann Oppenheim proposa l'expression « névrose traumatique »⁴, remplacée aujourd'hui par « état de stress post-traumatique » (ESPT).

Rappelons que le mot « stress » signifie en anglais courant : tension, contrainte, accent tonique. Il a été utilisé en 1936 par le physiologiste canadien Hans Selye pour désigner « *la réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation* »⁵. Depuis les années 50, ce mot, au sens ainsi défini, a été abondamment utilisé. Selye a montré qu'une très large variété de stimuli (changement de la température externe, infection, menace, défi, traumatisme, bonne nouvelle, etc.) activent des

¹ Hugh Lofting. Citation utilisée par Karl Popper comme épigraphe de son livre *Unended Quest* (1974), trad., *La quête inachevée*, Calmann-Lévy, 1981.

² Cité par R. Daly, « Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder », *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143, p. 66.

³ Nous nous référons ici à une classification des troubles qui fait autorité dans l'ensemble de la communauté des psychiatres et psychologues d'orientation scientifique : le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, souvent cité « DSM ». Nous utilisons la 4^e édition, publiée en anglais en 1994 (éd. American Psychiatric Association), traduite en français aux éd. Masson en 1996.

⁴ *Die traumatische Neurosen*, Berlin, Hirschwald, 146 p.

⁵ H. Selye, *The stress of life*, McGraw-Hill, 1956 ; trad. de la 2^e éd. mise à jour, *Le stress de la vie*, Gallimard, 1975, p. XI.

processus physiologiques identiques (notamment une augmentation de la sécrétion d'adrénaline), des processus qui favorisent l'adaptation de l'individu et la survie de l'espèce. Toutefois, l'individu exposé plus ou moins longtemps à des agents nocifs finit par s'épuiser, puis subit des troubles de plus en plus graves qui peuvent mener à la mort.

Des événements très stressants ou traumatisants peuvent provoquer un « état de stress aigu ». Les critères requis actuellement⁶ pour ce diagnostic sont les suivants. La personne a été exposée à un événement qui a menacé son intégrité physique ou psychique, ou elle a été témoin d'un tel événement subi par une autre personne. Elle a éprouvé une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Durant l'événement ou peu après, la personne a présenté des symptômes dissociatifs (impression de déréalisation, de dépersonnalisation, d'être dans le brouillard ou détaché de la réalité). Ensuite, l'événement est revécu fréquemment sous forme de souvenirs pénibles ou de cauchemars. Des stimuli associés au traumatisme provoquent de l'angoisse et sont systématiquement évités. L'activation neurovégétative est intensifiée, ce qui se manifeste par des difficultés de concentration, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, etc. La personne éprouve des difficultés dans son fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

Environ 40 % des personnes présentant un état de stress aigu connaissent ensuite un ESPT. Celui-ci se définit par un ensemble de symptômes comparables à l'état de stress aigu, mais persistant au-delà de trois mois. À noter toutefois que, pour poser le diagnostic tel que défini dans le DSM-4, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être présents, mais on doit observer un émoussement de l'affectivité : la personne a le sentiment de devenir étrangère aux autres ; elle s'isole ; elle se trouve incapable d'éprouver des sentiments tendres ; ses intérêts pour des activités importantes se réduisent nettement ; elle a le sentiment que l'avenir est bouché. Dans certains cas, les troubles sont peu nombreux juste après la survenue du traumatisme, mais se manifestent après six mois ou encore plus tard. On parle alors d'un « ESPT à survenue différée ».

Il faut souligner que le fait de ne pas présenter tous les critères du diagnostic d'un état de stress aigu ou d'un ESPT ne signifie nullement une absence de souffrances. Dans une étude irlandaise sur des victimes de viol, 70 % de ces femmes présentaient le syndrome typique, mais environ 80 % des autres femmes souffraient de plusieurs troubles tels que des souvenirs intrusifs récurrents ou un appauvrissement de la vie affective⁷.

Dans les pays non en guerre, les causes les plus fréquentes d'ESPT sont des agressions et des accidents, en particulier es accidents de circulation. Environ la moitié des adultes victimes d'un grave accident de voiture souffre typiquement d'un ESPT⁸.

⁶ Le « DSM », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, est un manuel publié par l'Association américaine de Psychiatrie. Il présente une classification des troubles mentaux. Ce manuel évolue à travers le temps. L'équipe internationale des chercheurs qui l'élabore a publié une 1^{ère} version en 1952 et une 5^e en 2015. Progressivement, de nouvelles catégories apparaissent, tandis que d'autres sont définies autrement ou disparaissent (par exemple, les diagnostics « névrose », « hystérie », « homosexualité » ont été supprimés). L'« état de stress aigu » est apparu dans la 4^e édition (1994), l'« état de stress post-traumatique », dans la 3^e (1980).

⁷ I. T. Bownes et al., cité in : B. Rimé, *Le partage social des émotions*, PUF, 2005, p. 279.

⁸ B. Blanchard et al., « The psychophysiology of motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder », *Behavior Therapy*, 1994, 25 : 453-467.

Des bénéfices psychologiques de traumatismes ?

Un événement particulièrement stressant n'entraîne pas automatiquement un ESPT, ni même un état de stress aigu. Une revue de près de 150 études portant sur des personnes ayant vécu des situations très traumatisantes (emprisonnement, actes terroristes, graves brûlures, etc.) permet de conclure que de 30 à 84 % des personnes ne présentent pas un ESPT⁹.

Le célèbre coureur cycliste Lance Armstrong écrit, dans un ouvrage relatant l'expérience de sa maladie : « *Il y a deux Lance Armstrong : celui d'avant le cancer et celui d'après. [...] Le 2 octobre 1996, je suis sorti de chez moi comme une personne et je suis rentré comme une autre. [...] En vérité, le cancer est la meilleure chose qui me soit arrivée. Je ne sais pas pourquoi la maladie m'a atteint, mais je ne souhaite nullement l'oublier* »¹⁰.

Depuis environ quarante ans, de nombreux psychologues et psychiatres ont examiné les conséquences dévastatrices des traumatismes. C'est seulement depuis une vingtaine d'années que des chercheurs étudient méthodiquement les effets psychologiques bénéfiques d'expériences stressantes. Ils parlent de « croissance post-traumatique » ou, plus souvent, d'« effets avantageux » des événements traumatisants¹¹.

Une des premières recherches sur ce processus a porté sur 287 Américains ayant subi leur première crise cardiaque¹². Quelques semaines après cet événement traumatisant, environ 50 % des sujets ont fait état d'« effets avantageux », le plus souvent un changement de valeurs et de philosophie de vie. Gardant le contact avec l'ensemble de ces patients, les chercheurs ont constaté, huit ans plus tard, que dans le groupe de ceux qui avaient perçu des bénéfices psychologiques, il y avait, de façon significative, moins de récurrences d'accidents cardiaques et moins de décès. Ainsi, il apparaît que le fait de percevoir des conséquences bénéfiques d'un événement pénible peut avoir un effet positif sur le bien-être psychologique, mais également sur la santé physique.

Des résultats comparables ont été trouvés chez les patients atteints d'un cancer ou du sida¹³. Les patients qui énoncent des bienfaits psychologiques de leur maladie (acquiescer davantage de sagesse, accorder plus de prix à la vie, améliorer des relations affectives, etc.) bénéficient d'un meilleur rétablissement ou du ralentissement d'une évolution inéluctable. Parmi les corrélats physiologiques mis en évidence, on peut citer le degré d'activation du système nerveux autonome et de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien.

⁹ A. McFarlane & G. de Girolamo, « The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions », in : B. A. van der Kolk et al., *Traumatic stress*, Guilford, 1996, p. 129-154.

¹⁰ L. Armstrong, *It's not about the bike : My journey back to life*. New York, The Berkeley Publishing Group, 2000, p. 4. Armstrong a créé une fondation caritative destinée à aider des malades souffrant du cancer. Son leitmotiv est « *unity is strength, knowledge is power and attitude is everything* » (L'unité est une force, le savoir est un pouvoir et l'attitude c'est tout).

¹¹ Les recherches étant essentiellement anglo-saxonnes, nous donnons les expressions anglaises : « post-traumatic growth », « benefit finding ».

¹² G. Alleck, H. Tennen, S. Croog & S. Levine, « Causal attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack : An 8-year study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55 : 29-35.

¹³ Pour une revue d'une dizaine de recherches de ce type, voir J. Bower, J. Moskowitz & E. Epel, « Is benefit finding good for your health ? Pathways linking positive life changes after stress and physical health outcomes », *Current Directions in Psychological Science*, 2009, 18 : 337-341.

Les facteurs de l'impact psychologique des traumatismes

L'impact d'un événement stressant dépend à la fois de l'événement et de caractéristiques de la personne.

Un événement est d'autant plus traumatisant qu'il est plus menaçant pour l'intégrité physique ou psychologique. Ainsi, parmi les vétérans de la guerre du Golfe, ceux qui avaient participé à des combats meurtriers ont été nettement plus nombreux à souffrir de graves ESPT que ceux qui étaient restés à l'arrière¹⁴.

Des souffrances qui résultent d'une action humaine volontaire sont, en général, davantage traumatisantes que celles qui résultent d'une catastrophe naturelle. Les viols et les tortures sont, dans l'ensemble, beaucoup plus pathogènes que des ouragans ou des tremblements de terre.

Le sentiment d'implication personnelle dans l'apparition du stress ou d'un traumatisme est une variable essentielle. Les psychologues parlent du « lieu de contrôle » de l'événement¹⁵. Si une personne croit que l'apparition d'événements, qui la concernent, dépend d'elle, on parle de « lieu de contrôle interne ». Si elle pense que ces événements ne dépendent que de facteurs situationnels, on parle de « lieu de contrôle externe ».

Des chercheurs qui ont examiné des prisonniers, qui avaient été torturés en Turquie, ont constaté que le groupe des opposants politiques présentaient un taux d'ESPT nettement moins élevé que le groupe des torturés qui n'étaient pas engagés dans un combat contre le régime. Cette observation est d'autant plus remarquable que les activistes politiques avaient, dans l'ensemble, subi des tortures nettement plus cruelles¹⁶. La mise en évidence de cette variable permet de comprendre la proportion considérable d'ESPT parmi les vétérans du Vietnam, malgré la préparation militaire. Ces anciens combattants ont vécu des situations traumatisantes au cours d'une guerre qui n'avait pas beaucoup de sens pour eux. Ils n'avaient pas à défendre leur patrie. Ils savaient que bon nombre de leurs compatriotes s'opposaient à ce conflit. Ils n'étaient pas préoccupés d'héroïsme, mais seulement de leur propre survie dans un environnement particulièrement hostile. À leur retour au pays, ils n'ont pas été accueillis en héros¹⁷.

Les personnes qui, au cours de situations stressantes, ont eu l'impression qu'elles n'étaient qu'un pion sur un échiquier présentent par la suite davantage de troubles que celles qui se sentent en partie responsables de ce qu'elles ont enduré. Une variable proche de celle-là et tout aussi importante est le sentiment de pouvoir « contrôler » des situations stressantes à l'avenir. Des victimes de viol qui ont le sentiment qu'elles ont été imprudentes ou provocantes sont moins perturbées que celles qui ont été maîtrisées et violées par un ou des agresseurs entrés par effraction dans leur maison. Les premières pensent qu'elles pourront, à l'avenir, s'arranger pour que cela ne leur arrive plus. Les autres en viennent à se dire qu'on ne peut jamais être tout à fait en sécurité. Elles éprouvent une remise en

¹⁴ S. M. Southwick et al., « Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm », *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150: 1524-1528.

¹⁵ Le concept de « locus of control » a été promu par le psychologue américain Julian Rotter (« Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* », 1966, 80 : 1-28). Il a donné lieu à de nombreuses recherches.

¹⁶ M. Basoglu, M. Parker, O. Parker, E. Ozmen, I. Marks, D. Sahin & N. Sarimurat, « Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey », *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151 : 6-81.

¹⁷ Le taux élevé d'ESPT (plus de 30 %) parmi les hommes exposés aux combats tient sans doute aussi, pour une part, à la publicité faite au concept d'ESPT et à des vétérans qui ont exagéré leurs symptômes en vue d'un dédommagement financier (B. Frueh *et al.*, cité in : Rimé, *op. cit.*, p. 402).

question radicale de la croyance que rien de catastrophique ne peut nous arriver si l'on est honnête et prudent. Melvin Lerner¹⁸ et d'autres auteurs ont montré, à travers de nombreux exemples, que l'éclatement de la croyance en un monde (relativement) juste et prévisible peut avoir de graves conséquences psychologiques, en particulier un ESPT.

Le sentiment de pouvoir prévoir et contrôler à l'avenir des situations pénibles dépend, pour une large part, des expériences de contrôle de ce type de situations au cours des années antérieures. De nombreuses recherches, parmi lesquelles les plus connues sont celles de Martin Seligman¹⁹, montrent que des animaux et des êtres humains, qui ont subi plus ou moins régulièrement des situations très douloureuses sans pouvoir rien y changer, développent facilement des réactions d'anxiété, de détresse et de dépression. En revanche, les individus qui ont plus ou moins bien surmonté des épreuves pénibles acquièrent ce que Seligman a appelé « une immunisation comportementale ». Ils risquent moins de troubles psychologiques s'ils se trouvent ensuite confrontés à des situations traumatisantes. Ce processus permet de comprendre que, parmi 1600 vétérans du Vietnam, ceux qui étaient issus de familles instables ont présenté plus souvent que d'autres un ESPT²⁰. Il fait également comprendre que tout ce qui réduit le sentiment d'efficacité personnelle risque, à l'inverse, de faciliter le développement de troubles quand se produisent des situations stressantes. C'est le cas notamment lorsque une personne est épuisée ou psychologiquement perturbée.

Il ne fait guère de doute que les relations sociales modulent l'impact des traumatismes, le plus souvent dans un sens avantageux. Ce facteur joue dans beaucoup de cas, car une personne qui a éprouvé des émotions pénibles a tendance à les partager, qu'elle soit enfant ou vieillard, femme ou homme, occidental ou non²¹. Les relations interpersonnelles ont un effet salutaire lorsqu'elles fournissent des informations utiles, des modèles de réaction, des sources de distraction et de plaisir, une déculpabilisation et une (re)valorisation de soi, une façon plus positive d'envisager des faits, une restauration de la confiance dans le monde et dans autrui.

Les conversations n'ont cependant pas toujours un effet positif. Elles peuvent renforcer le ressentiment, le sentiment d'impuissance ou un état dépressif. C'est particulièrement le cas avec des proches qui cherchent à reconforter. Les psychologues désignent par « corumination » le fait de ressasser ensemble des frustrations, des griefs ou des traumatismes. Ce processus renforce l'affection, mais également les troubles affectifs, notamment de la dépressivité, surtout chez les femmes²². Il faut ici souligner que des pys fonctionnent selon cette logique : ils écoutent le patient sans l'aider à changer activement sa vision des choses, ils renforcent leur lien avec le patient au détriment des liens du patient avec les personnes jugées responsables de ses malheurs, un parent par exemple.

¹⁸ *The belief in an Just World : A fundamental delusion*, New York, Plenum Press, 1980, 232 p.

¹⁹ Les expériences présentées par Seligman dans son célèbre ouvrage *Helplessness. On depression, development, and death* (San Francisco, Freeman, 1975, 250 p.) se trouvent aujourd'hui dans bon nombre de manuels de psychologie. Pour un aperçu en français, voir J. Van Rillaer, « Martin Seligman. Du traitement de la dépression à l'apprentissage du bonheur », In C. Meyer et al., *Les nouveaux psy*, Paris, Les Arènes, 2008, p. 720-737.

²⁰ D. W. King, I. A. King, D. Foy & D. Gudanowski, « Prewar factors in combat related posttraumatic stress disorder », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64: 520-531.

²¹ Bernard Rimé a mené des expériences sur ce sujet et a rassemblé des études internationales sur ce processus. Voir son ouvrage *Le partage social des émotions*, PUF, 2005, 420 p.

²² A. J. Rose, « Co-rumination in the friendships of girls and boys », *Child Development*, 2002, 73 : 1830-184. — C. A. Calmes & J. Roberts, « Rumination in Interpersonal Relationships: Does Co-rumination Explain Gender Differences in Emotional Distress and Relationship Satisfaction Among College Students? », *Cognitive Therapy and Research*, 2008, 32 : 577-590.

Le principal outil dont disposent les êtres humains pour gérer et dépasser des souffrances est la capacité d'envisager une situation donnée sous un autre angle et lui donner un nouveau sens. Les psychologues appellent cela la « restructuration cognitive ».

Redire sans cesse l'angoisse, la tristesse ou la colère ou, tout à l'opposé, s'efforcer de ne plus y penser, c'est nuire, parfois gravement, à sa propre santé physique et mentale. De nombreuses recherches ont conclu dans le même sens. Citons, à titre d'exemple, l'étude menée à l'université de Waterloo (Canada) sur 77 femmes adultes qui avaient subi dans l'enfance, de façon répétée, l'inceste commis par le père²³. Les femmes qui avaient beaucoup parlé de cette expérience, mais en répétant toujours leur souffrance, étaient nettement plus malheureuses que celles qui avaient réussi à donner un sens nouveau aux sévices subis. Par exemple, une femme qui avait surmonté le traumatisme déclarait : « *J'ai appris au fil des ans que rien de pire ne pourra m'arriver que ce qui s'est passé alors. J'ai la conviction que maintenant plus rien ne pourrait me mettre par terre* ». La plupart des femmes qui avaient bien évolué avaient attribué le comportement du père à des circonstances externes : le veuvage, la maladie mentale de la mère, l'absence de relations sexuelles avec la mère, la misère sociale, les troubles mentaux du père, la confusion entre la tendresse et la sexualité.

On regroupe parfois sous le terme de « résilience » les processus qui favorisent un fonctionnement psychologique satisfaisant malgré des circonstances adverses. Il semble que ce soit Michaël Rutter, un pédopsychiatre anglais, qui ait été le premier à utiliser ce mot dans ce sens²⁴. (L'acception première est la résistance d'un corps solide à une force qui lui est appliquée). Rutter s'est intéressé aux variables personnelles et environnementales qui protègent les enfants ayant subi de graves carences affectives. Le concept de résilience a été popularisé en France par Boris Cyrulnik²⁵ et Jacques Lecomte²⁶.

Les traitements

L'élaboration de traitements *empiriquement validés* pour des troubles provoqués par des traumatismes est récente²⁷. Nous envisageons ici diverses procédures, qui sont à utiliser de façon synergique. En effet, comme pour la plupart des autres troubles psychologiques, il est souhaitable, voire indispensable, que le traitement soit multidimensionnel. C'est ce que font, en principe, les praticiens des thérapies comportementales et cognitives (TCC).

1. L'information

Une des premières choses à faire, pour une personne qui subit des troubles importants consécutifs à un traumatisme, est de l'informer sur la normalité de ses symptômes.

²³ R. L. Silver, C. Boon & M. Stones, « Searching for meaning of misfortune : Making sense of incest », *Journal of Social Issues*, 1983, 39 : p. 81-102.

²⁴ « Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders », *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147: 598-611.

²⁵ *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999, 240 p.

²⁶ *Guérir de son enfance*, Odile Jacob, 2004, 382 p., ouvrage dont nous recommandons la lecture (J.V.R.).

²⁷ Signalons deux importantes méta-analyses : Michelle Van Etten & Steven Taylor, « Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : A meta-analysis », *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1998, 5 : 126-144. — Kathryn Ponniah & Steven Hollon, « Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review », *Depression and Anxiety*, 2009, 26 : 1086-1109.

2. La remémoration

Les premières publications sur les traitements avaient trait à des traumatismes du passé. Dans les années 1860, Moriz Benedikt, alors chef du service de neurologie de la polyclinique générale de Vienne, a développé l'idée que les troubles mentaux et même certaines maladies physiques trouvent leur origine dans des « secrets pathogènes », tels que des traumatismes sexuels de l'enfance, des frustrations sexuelles, des passions contrariées, des ambitions déçues. Pour lui, le rôle du médecin était d'aider le patient à mettre au jour cette « seconde vie », cachée « à l'intérieur du moi »²⁸.

Freud s'est inspiré de Benedikt pour sa théorie des troubles mentaux²⁹. Selon lui, les « névroses » hystériques et obsessionnelles trouvent *toujours* leur origine dans des *expériences sexuelles de l'enfance*, réelles ou fantasmées, qui ont été *refoulées et oubliées*. La condition nécessaire et suffisante pour guérir est de se remémorer ces expériences. Lorsque le concept de « névrose de guerre » s'est imposé, à la suite des troubles observés chez des anciens combattants de la Première Guerre mondiale, Freud a déclaré, un an à peine après les hostilités, qu'il était trop tard pour les étudier ! Il écrivait : « *Avec la cessation des conditions de guerre, la plupart des affections névrotiques provoquées par la guerre disparurent elles aussi* »³⁰. Jusqu'à la fin de sa vie, il affirmera : « *L'entrée dans la maladie névrotique se rattache dans tous les cas au prologue de l'enfance. Peut-être la névrose que l'on appelle traumatique (à la suite d'un effroi d'une force extrême, de graves ébranlements somatiques tels qu'une collision ferroviaire, un ensevelissement, etc.) fait-elle ici exception ; ses relations à la condition infantile se sont jusqu'ici soustraites à l'investigation. Il est facile de justifier la préférence étiologique de la première période de l'enfance. [...] Les symptômes des névroses sont inmanquablement ou bien une satisfaction substitutive de telle ou telle tendance sexuelle ou bien des mesures pour faire obstacle à cette satisfaction ; ils sont en règle générale des compromis entre les deux, ainsi qu'il s'en produit entre des opposés, selon les lois en vigueur pour l'inconscient* »³¹.

Ces thèses n'ont guère été confirmées par la psychologie scientifique. En effet, des troubles peuvent être provoqués par des événements postérieurs à l'enfance. D'autre part, les événements *réellement* traumatisants (sexuels ou autres) ne s'oublient pas, du moins s'ils se produisent au-delà de trois ou quatre ans, âge requis pour le fonctionnement de la mémoire événementielle. (Les souvenirs de traumatismes peuvent toutefois, comme d'autres souvenirs, se transformer). Avec le temps, ils perdent généralement leur charge affective et cessent de perturber la vie quotidienne, mais ils restent en mémoire et favorisent des réactions d'alerte rapides dès que se présentent des stimuli qui les rappellent. C'est un processus essentiel pour la survie.

Faut-il inviter les personnes qui souffrent d'un ESPT à se rappeler leurs traumatismes ? Oui, dans une certaine mesure, disent les psychologues scientifiques. Les troubles ont tendance à persister si la personne évite rigidement tout ce qui peut déclencher des pensées intrusives en rapport avec des traumatismes ou si, au contraire, elle ressasse continuellement ces expériences et en fait des récits

²⁸ Pour des détails, voir Henri Ellenberger, « Moriz Benedikt, ou le destin tragique d'un pionnier de l'inconscient (1835-1920) », in : *Médecines de l'âme. Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*, Fayard, p. 123-142.

²⁹ Freud connaissait bien Benedikt, un ami de celui qui fut un temps son mentor, Joseph Breuer. C'est Benedikt qui recommanda Freud à Charcot pour qu'il puisse faire un stage à la Salpêtrière en 1885. Freud l'a cité plusieurs fois au début de sa carrière, avant qu'il ne se pose comme le Darwin de la psychologie.

³⁰ « Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen » (1919), *Gesammelte Werke*, XII, p. 321. Trad., « Sur la psychanalyse des névroses de guerre », *Œuvres complètes*, PUF, XV, p. 219.

³¹ *Abrégé de psychanalyse* (1940), trad., *Œuvres complètes*, PUF, XX, p. 279s.

théâtraux. Il s'agit donc d'oser visualiser mentalement les événements traumatisants, durant des séances dites de « confrontation imaginaire »³².

Les résultats obtenus grâce aux TCC et à l'EMDR³³ tiennent principalement à l'« exposition » aux stimuli angoissants, exposition qui doit se faire *de façon graduée*, dans un *contexte sécurisant*, lorsque *la personne n'est plus en état de choc*.

Soulignons que la remémoration apparaît souvent comme un élément essentiel du traitement, mais qu'elle n'est pas en soi suffisante. L'essentiel est de construire de nouvelles significations (voir *infra*).

3. La catharsis

L'idée des bienfaits de l'expression verbale de frustrations et de peurs est ancienne. Charles Darwin, par exemple, note dans son autobiographie à propos de son père, médecin : « *En raison de son aptitude à susciter la confiance, de nombreux patients, particulièrement des dames, consultaient mon père à tout propos, un peu comme un confesseur. Il me raconta qu'elles commençaient toujours par se plaindre vaguement de leur santé mais que son expérience lui faisait vite deviner de quoi il s'agissait réellement. Suggérant alors que leurs souffrances étaient de nature spirituelle et qu'il fallait qu'elles se déchargent de leurs chagrins, il n'était dès lors plus jamais fait mention de leurs problèmes physiques* »³⁴.

En 1880, Joseph Breuer, spécialiste de médecine interne, soigne une jeune femme pour une toux nerveuse et quelques troubles psychologiques. Pour la traiter, il reprend l'idée de Benedikt — l'importance de se remémorer des événements perturbants — et lui adjoint celle de la nécessité d'opérer la « *décharge (Entladung) des affects bloqués* ». Quinze ans plus tard, il publie avec Freud les *Etudes sur l'hystérie*, où il développe l'idée que les troubles mentaux — du moins ceux qu'à son époque on regroupait sous l'étiquette « hystérie » — sont des « conversions » d'émotions qui n'ont pu s'éliminer par la voie normale de l'action. Son traitement, qu'il baptise « méthode cathartique » (en grec, *catharsis*, signifie *purge, purification*), consiste à faire prendre conscience d'événements passés et à libérer les émotions qui y restaient attachées.

³² Les recherches de Mardi Horowitz (Université de Californie à San Francisco) font autorité sur cette question. Voir: *Stress Response Syndrome*. Aronson, 2^e éd., 1977, 400 p. — « Stress response syndrome and their treatment », In : L. Goldberger & S. Breznitz, Eds, *Handbook of stress*, Free Press-Macmillan, 1982, p. 711-32. Les recherches de l'équipe d'Edna Foa (Université de Pennsylvanie) font également autorité. Voir par exemple E. Foa, L. Zoellner, N. Feeny, E. Hembree & J. Alvarez-Conrad, « Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70 : 1022-1028.

³³ L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* consiste à faire évoquer par le patient les expériences pénibles pendant que le thérapeute lui fait suivre des yeux son doigt ou un objet, à façon à provoquer des mouvements oculaires rapides. Des recherches bien contrôlées font admettre des effets thérapeutiques de cette procédure, mais les discussions sont loin d'être closes sur son explication, du moins dans la communauté des psychologues scientifiques. Bon nombre de chercheurs concluent, avec Richard McNally (université Harvard) que ce qui marche dans l'EMDR n'est pas neuf — c'est essentiellement l'« exposition » en imagination — et que ce qui est neuf — les mouvements oculaires — n'a pas une efficacité spécifique. (« On eye movements and animal magnetism: A reply to Greewald's defense of EMDR », *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13 : 617-620). Voir Nicolas Gauvrit, « L'EMDR : la thérapie par le mouvement des yeux », *Science et pseudo-sciences*, 2008, 281 : 33-36.

³⁴ Ch. Darwin, *The Life and Letters of Charles Darwin*, 1887. Trad., *L'autobiographie*, Paris, Seuil, 2008, p. 31.

L'idée des bienfaits de l'expression des émotions par des mots, des cris ou des pleurs a fait le tour du monde. Toutefois, les bienfaits de l'expression verbale des émotions sont loin d'être aussi évidents que ceux du vomissement quand une nourriture toxique rend nauséeux. Les effets que permet la mise en mots d'émotions pénibles — que ce soit dans une conversation banale, par l'écriture ou dans une psychothérapie — dépend étroitement de la façon dont les informations sont traitées. Redire et encore redire, des traumatismes et des frustrations, c'est comme gratter sans cesse une peau eczémateuse, c'est s'enliser dans le passé. Bon nombre de psys, hélas, ne font que favoriser ce processus.

4. La réduction de l'hyperactivation neurovégétative

Une situation stressante induit une augmentation de l'activité du système nerveux autonome et de la production de certaines hormones, en particulier l'adrénaline. Dans le cas d'un ESPT, ce processus est chronique, ce qui favorise des troubles, notamment l'irritabilité, l'insomnie et l'épuisement. Diverses procédures permettent d'agir directement sur cette composante de l'ESPT. Avant tout, il importe d'éviter d'hyperventiler, c'est-à-dire d'adopter une respiration trop rapide par rapport aux dépenses musculaires. Il est aussi généralement utile d'apprendre une méthode de relaxation musculaire permettant de diminuer facilement le tonus, notamment en situation de stress. D'autre part, il est sage de ne pas abuser de substances psycho-activantes (caféine, nicotine, vitamines à haute dose, etc.). Enfin, il peut s'avérer judicieux d'user, *pendant un temps bien défini*, de médicaments anxiolytiques, de sorte que la réduction de l'activation neurovégétative facilite le travail proprement psychologique.

5. La restructuration cognitive

Le cœur du traitement réside dans la structuration du flux des pensées — qui s'appuie nécessairement sur des mots —, de façon à tirer des leçons, à donner une nouvelle signification aux événements et à s'engager dans des actions constructives.

Dans les cas de traumatismes importants, des croyances fondamentales doivent être revues. Il s'agit de développer une conception réaliste des dangers de l'existence, conception située entre « l'illusion du monde juste » et la nécessité d'être constamment sur le qui-vive. En un mot, il s'agit d'accepter la condition humaine et de renoncer à la volonté crispée de tout contrôler.

D'autre part, il est irréaliste de vouloir supprimer ou repousser les idées intrusives perturbantes. Ce mode de réaction génère des obsessions et des compulsions³⁵. Fort heureusement, nous disposons du pouvoir de rediriger notre attention sur des idées que nous avons nous-mêmes choisies. En opérant souvent ces réorientations du flux des pensées, vient un temps où les idées intrusives, les émotions excessives et les impulsions indésirables s'émeussent, et laissent la plus grande place aux pensées « gouvernées ».

6. Le support social

Nous avons déjà évoqué le rôle des relations sociales. La personne traumatisée devrait être réconfortée, recevoir des témoignages de compréhension, de soutien et d'affection.

Depuis quelques années, une procédure a connu une large publicité : le débriefing³⁶. Son intérêt tient essentiellement à la composante socio-affective du traitement des états de stress aigu. Il s'agit d'une intervention réalisée le plus tôt possible après l'événement traumatisant (incendie, accident de chemin

³⁵ Voir « Le trouble obsessionnel-compulsif », *Science et pseudo-sciences*, 2010, 292 : 7-14.

³⁶ Cet anglicisme a désigné d'abord le compte-rendu d'une opération, militaire par exemple, en vue d'en tirer des leçons pour le futur.

de fer, prise d'otage, tuerie, etc.). Le promoteur le plus connu est un pompier de New York, Jeffrey Mitchell, qui a proposé en 1983 un programme d'intervention, le « *Critical incident stress debriefing* ». Durant une séance de deux à trois heures, la victime est aidée à mettre en mots tout ce qu'elle vient de vivre, elle reçoit des informations sur les symptômes, normalement provoqués par le type de traumatisme qu'elle a subi, et reçoit des réponses à toutes ses questions (notamment les formes d'assistance futures). Des variantes de la procédure ont été développées par la suite. Certaines prévoient par exemple plusieurs séances³⁷.

Les recherches sur les effets des débriefings montrent que la méthode ne permet pas de prévenir le développement d'ESPT, mais qu'elle est appréciée par les participants³⁸. Des débriefings se sont avérés *néfastes* pour certaines personnes : la réévocation de l'expérience traumatisante a intensifié son impact pathogène. En définitive, il ne semble pas opportun de rejeter le principe d'une assistance psychologique rapide, mais il faut souligner ses limites et ses risques. Mené avec compétence, le débriefing classique donne aux participants le sentiment d'être reconnu, écouté, entouré, mais il ne dispense nullement d'autres interventions, en particulier la démarche de *restructuration cognitive* de divers éléments du traumatisme. Nous en avons parlé plus haut. Nous y revenons dans ce qui suit. Nous soulignons ici qu'il faut que la personne ne soit plus en état de choc avant de commencer le travail de restructuration cognitive.

7. L'acceptation

Des études auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques montrent que celles qui développent une véritable attitude d'acceptation de leur situation finissent par avoir une meilleure qualité de vie que celles qui se révoltent³⁹.

De façon générale, la volonté acharnée de « contrôler » totalement des troubles émotionnels, comme ceux qui apparaissent dans un état de stress aigu, conduit à les renforcer. L'observation de ce processus a conduit un psychologue américain, Steven Hayes (Université du Nevada, Reno), à élaborer une forme de TCC qu'il a appelée *Thérapie de l'Acceptation et de l'Engagement*. Son ouvrage le plus célèbre est paru en 1999 : *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*⁴⁰. Précisons que Hayes entend le mot « acceptation » au sens étymologique, *accipere*, c'est-

³⁷ D. Brom, R. Kleber & M. Hofman, « Victims of traffic accidents : incidence and prevention of post-traumatic stress disorder », *Journal of Clinical Psychology*, 1993, 49 : 131-139.

³⁸ Voir p.ex., E.B. Foa & E. Meadows, « Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder : A critical review », *Annual Review of Psychology*, 1997, 48 : 449-480. — S. Rose, J. Bisson, R. Churchill, S. Wessely, « Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 2. Art. N° CD000560. — A. Van Emmerick et al., « Single session debriefing after psychological trauma : A meta-analysis », *Lancet*, 2002, 360 : 766-771.

³⁹ Voir p.ex., L. M. McCracken, « Learning to live with the pain : acceptance of pain predicts adjustments in persons with chronic pain », *Pain*, 1998, 74 : 21-27. — I. Viane et al., « Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain : empirical evidence and reappraisal », *Pain*, 2003, 106 : 65-72. — Pour un ouvrage qui présente concrètement la façon de gérer des douleurs chroniques, voir J. Dahl & T. Lundgren, *Living beyond your pain. Using Acceptance and Commitment Therapy to ease chronic pain*, Oakland, New Harbinger Publications, 2006, 172 p.

⁴⁰ Guilford Press, 304 p. Pour une brève présentation en français, voir de Cédric Routier, « Steven Hayes : Comment l'acceptation et l'engagement deviennent thérapeutiques », in : C. Meyer et al. *Les nouveaux psys*, Les Arènes, 2008, p. 756-783 ; rééd. Marabout, 2010, p. 734-757.

à-dire recevoir, accueillir, admettre. Il ne prône pas une résignation passive. Sa conception est loin de se limiter à l'acceptation, mais cette attitude y occupe avec raison une place très importante.

8. L'engagement dans des actions

Un autre élément fondamental de la théorie de Hayes est l'engagement dans des actions, engagement réalisé en fonction de la hiérarchie des valeurs personnelles et malgré des limitations physiques et des troubles psychologiques. Ceci implique de réfléchir à ce qui compte *vraiment* pour soi et pour la personne qu'on voudrait devenir. Les réponses à ces questions ne sont pas simples.

Hayes propose de se situer par rapport à neuf domaines : les relations intimes, les relations familiales, les relations sociales, le travail, la formation, les loisirs, la spiritualité, l'engagement politique (*citizenship*), la santé et le bien-être physique.

Parmi ces domaines, celui des relations sociales est sans doute un des plus importants. C'est du moins l'avis de Rudolf Moos, un psychologue de l'université Stanford, qui a étudié les effets psychologiques des catastrophes. Il écrit : « *Une façon efficace d'assumer une situation inévitable est de prêter assistance à d'autres individus qui sont aux prises avec des crises ou des évolutions du même ordre. En procédant de la sorte, des personnes expérimentées lèguent leurs connaissances et renforcent leur propre estime. Certaines s'engagent énergiquement dans ce processus d'adaptation. Elles font des conférences, écrivent des livres ou se consacrent à des actions juridiques et politiques en vue de changer les attitudes du public (par exemple en développant des services de crise pour les victimes d'un viol ou en élaborant des programmes d'éducation spéciale pour les enfants handicapés)* »⁴¹.

Les ESPT laissent inévitablement des traces. Les progrès de la psychologie ont toutefois permis de mieux cibler les conduites à adopter pour réduire leur impact. En ce domaine comme en bien d'autres, la psychologie scientifique n'a pas inventé beaucoup de nouveautés, mais elle a permis de distinguer ce qui est à garder et ce qui est à laisser de côté.

Pour en savoir plus sur le traitement :

Brillon, P. (2006) *Se relever d'un traumatisme. Réapprendre à vivre et faire confiance*. Québec : Ed. Quebecor, 227 p.

Foa, Edna & Rothbaum, Olasov Barbara (1998)
Treating the trauma of rape. Cognitive-behavioral therapy for PTSD. Guilford.
Trad., *Traiter le traumatisme du viol*. Paris : Dunod, 288 p.

Sabouraud-Séguin, Aurore (2006) *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*. Odile Jacob, 2006, 179 p.

⁴¹ *Coping with life crises : An integrated approach*, Plenum Press, 1986, p. 17s.