



HISTOIRE DU TRAUMA

Pr. Louis CROCQ

Médecin-Général (Cadre de Réserve), psychiatre des armées,
Professeur associé honoraire à l'Université René Descartes (Paris, France)

On peut distinguer quatre périodes dans l'histoire de la pathologie traumatique.

I – La période des précurseurs : de l'Antiquité à 1880, récits légendaires, rêves de bataille, « vent du boulet » et « cœur du soldat ».

On trouve des expériences d'effroi face à la mort et des rêves traumatiques dans les récits légendaires de l'Antiquité, tels *l'Epopée de Gilgamesh* (Sumer, 2200 av JC) et *l'Illiade* d'Homère (900 av. JC). L'historien Hérodote (450 av JC) rapporte un cas de cécité survenue après effroi en pleine bataille de Marathon. Hippocrate (420 av JC) et Xénophon (dans *l'Anabase*, 401 av JC) à Athènes, puis Lucrèce à Rome (*De natura rerum*, 55 av. JC), et Froissard au Moyen Age (*Chroniques*, 1388) mentionnent des rêves de bataille chez des guerriers.

En 1572, au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy, le jeune roi Charles IX se plaint d'être harcelé par des cauchemars et la vision effrayante des cadavres sanglants, et il montre à son entourage ses cheveux hérissés sous l'effet de d'horreur. Et le poète Agrippa d'Aubigné, lui-même miraculeusement rescapé d'un combat en 1577, reprend ce thème (« mes cheveux étonnés hérissent en ma tête ») dans son poème de 9000 vers *Les tragiques* qui relate son témoignage. Quelques décennies plus tard, vers 1590, deux pièces de Shakespeare (*Roméo et Juliette*, *Henry IV*) font état de rêves de bataille. En 1654, le philosophe Pascal manque d'être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés et il présente ensuite tous les symptômes de ce qui sera décrit plus tard sous le nom de névrose traumatique (rapporté par Pinel).

Les événements de la Révolution Française et les guerres de l'Empire ont fourni à Pinel ample moisson de cas cliniques consécutifs à des frayeurs, qu'il classe (1808) selon la sémiologie dominante parmi les idiotismes, les manies et mélancolies ou les « *névroses de la circulation et de la respiration* », préfiguration des névroses traumatiques à sémiologie cardio-respiratoire. Mais ce sont les médecins des armées napoléoniennes - Larrey, Percy, Desgenettes - qui vont dénommer « *syndrome du vent du boulet* » les états confuso-stuporeux des combattants commotionnés par le boulet qui les a frôlés.

Dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859), Briquet rapporte un cas de conversion hystérique chez un insurgé qui a failli être fusillé en juin 1848 à Paris. Enfin, pendant la guerre de Sécession Américaine (1861-65), Jacob Mendez Da Costa décrit le « *cœur du soldat* », sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur ; et Silas Weir Mitchell observe de nombreux cas d'hystérie post-émotionnelle chez les combattants.

II – La courte période des fondateurs (1880-1900) : autour des *Leçons cliniques* de Charcot, la découverte de l'inconscient traumatique.

L'avènement des chemins de fer apporte son cortège d'accidents spectaculaires et de frayeurs, avec leurs séquelles psychiques, que Charcot commente dans ses célèbres *Leçons cliniques* à la Salpêtrière (1884-1889). C'est alors que l'Allemand Oppenheim propose (1888) d'accorder à ces tableaux cliniques l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique « *névrose traumatique* », caractérisée par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars de reviviscence, les phobies électives et la labilité émotionnelle. Charcot récuse cette autonomie, arguant qu'il s'agit d'hystéro-neurasthénie ; mais, après sa mort (1893), la névrose traumatique aura droit de cité dans le monde des cliniciens, et des auteurs comme Jean Crocq (1896) en Belgique, Kraepelin (1894) et Kraft-Ebing (1898) en Allemagne la mentionneront explicitement.

En 1889, Pierre Janet, dans sa thèse de doctorat ès lettres sur *L'automatisme psychologique*, présente vingt cas d'hystérie ou de neurasthénie traumatiques et attribue leur pathogénie à la dissociation de la conscience : la souvenance traumatique brute (images, perceptions) faisant bande à part dans un recoin de la conscience et inspirant des reviviscences « automatiques », archaïques et inadaptées, tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Quatre années plus tard (1893), Freud, dans sa *Communication préliminaire*, nomme cette souvenance traumatique du terme judicieux de *réminiscence* et assigne à la thérapie la fonction de *catharsis*, (par référence à la tragédie grecque) puisqu'il s'agit non seulement de décharger les affects restés coincés en faisant revivre l'événement sous hypnose, mais encore de faire établir des associations à son sujet, ce qui permet de transformer la réminiscence brute et incompréhensible en souvenir construit et sensé, et donc apaisant.

III – La période des continuateurs (1900-1980) : du *shell shock* à la névrose de guerre.

Lors de la guerre des Boers (1900-1902), on signale des confusions mentales et des conversions hystériques après émotion violente éprouvée au combat. Il en est de même pour la guerre russo-japonaise (1904-1905), au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, crée (en 1908) le terme de « *névrose de guerre* », simple variété étiologique de la névrose traumatique d'Oppenheim.

Lorsque la 1^{ère} guerre mondiale éclata, les états confuso-stuporeux observés lors des durs combats du début de la guerre et dénommés *hypnose des batailles* (Milian, 1915), firent place – alors que le front était stabilisé et que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient soumis à des pilonnages d'artillerie abrutissants – à l'obusite (ou *shell-shock* pour les Anglais, ou *granatshockwirkung* pour les Allemands), à qui on attribua d'abord une pathogénie commotionnelle, avant de constater que ses tableaux cliniques étaient grevés de nombreux symptômes anxieux, neurasthéniques ou hystériques, post-émotionnels, d'où les vocables de *névrose et psychonévrose de guerre*. Des analystes aux armées (Ferenczi, Abraham, Simmel) insistèrent sur la signification symbolique des symptômes conversifs, l'effondrement de la libido narcissique, la régression infantile, et les perturbations de la personnalité après impact du trauma (« ensevelissement de la personnalité »). Méditant sur les névroses de guerre, Freud, dans son essai *Au-delà du principe de plaisir* (1920), élabora sa théorie du trauma comme effraction de la couche superficielle protectrice (« pare-excitation ») du psychisme et effet de corps étranger, provoquant de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation. Sur le plan thérapeutique, après l'échec de la méthode de persuasion renforcée de conditionnement aversif par excitation faradique (les patients rechutant à peine débarrassés de leurs conversions), la *psychiatrie de l'avant* fut préconisée à la fin de la guerre ; et l'Américain Thomas Salmon en édicta les cinq principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité du traitement et centralité du système inspiré par une seule doctrine.

Une fois encore, les leçons des guerres précédentes furent oubliées lorsque éclata en 1939 la seconde guerre mondiale, et les blessés psychiques furent évacués et traités vers l'arrière. Ce n'est qu'à partir du 26 avril 1943 que la circulaire Bradley (pour les armées alliées) réinstaura la psychiatrie de l'avant et préconisa l'emploi du diagnostic d'*exhaustion* (épuiement) de préférence à celui de *war neurosis*. Sur le plan clinique, on observa moins de conversions hystériques et davantage de syndromes anxieux et de troubles psychosomatiques. Sur le plan pathogénique, on incrimina la violence et la durée des combats et on admit que chaque homme avait son point de rupture (*break point*). Le psychanalyste Kardiner (1941 et 1947) élabora pour sa part l'hypothèse d'une perturbation traumatique du moi (l'*ego*) effectif (chargé de l'adaptation), typique des névroses de guerre, à la différence des perturbations de l'*ego* affectif qui seraient en jeu dans les névroses de transfert. Sur le plan thérapeutique, on eut recours aux méthodes cathartiques étayées sur l'hypnose ou la narco-analyse au penthotal et, surtout, à des programmes complexes et progressifs de traitement et de réhabilitation, échelonnés de l'hôpital de campagne au centre de réentraînement. Enfin, la seconde guerre mondiale se termina par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis et les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki. En France, Targowla décrivit en 1954 un *syndrome asthénique des déportés* (équivalent de la névrose traumatique), qu'Eitinger crut redécouvrir dix ans plus tard sous le nom de KZ syndrome (*konzentrationslager syndrome*). Lifton, quant à lui (1960), s'attachait à faire ressortir les spécificités cliniques des rescapés de la bombe atomique : impression d'être marqués à jamais par leur expérience d'enfer et vécu d'exclusion né des risques frappant leur descendance.

Les guerres de l'après guerre (guerres post-coloniales et autres conflits) n'ont pas apporté d'éléments nouveaux notables à l'histoire du trauma.

IV - La période des novateurs (de 1980 à aujourd'hui) : le *Post-Traumatic Stress Disorder* et son dépassement.

La guerre du Viêt-Nam, menée par les Américains de 1964 à 1973, a produit à grande échelle une pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma et où des conduites addictives viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des *post-Vietnam syndromes* (Shatan, 1971) observés après le retour en métropole (700.000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Viêt-Nam), conduit les auteurs de la nouvelle nosographie psychiatrique américaine *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue d'où elle avait disparu en 1968, mais en la dénommant *Post Traumatic Stress Disorder*, ou *PTSD*, car le DSM récusait le terme de névrose, entaché à ses yeux de résonance étiologiques.

L'hégémonisme de la langue anglaise y aidant, le vocable de *Post-Traumatic Stress Disorder* a connu un immense succès dans le monde des cliniciens, y compris en Europe. Deux révisions successives (*DSM-III-R* en 1987 et *DSM-IV* en 1994) ont toutefois rapproché ses critères de ceux de la névrose traumatique ; et la *Classification Internationale des Troubles Mentaux*, dans sa dixième révision dite *CIM-10* en 1992, a avalisé le terme de *PTSD*, en le distinguant toutefois de la « réaction aiguë à un facteur de stress » (pour la pathologie immédiate des premières heures) et de la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (qui correspond aux névroses traumatiques véritables avec altération profonde de la personnalité). Le diagnostic de *PTSD* s'est étendu aux cas déterminés par la violence quotidienne, les accidents et les catastrophes et a donné lieu à de nombreuses publications et à la constitution de sociétés scientifiques spécialisées, dont l'*ISTSS (International Society of Traumatic Stress Studies, 1985)* et l'*ALFEST (Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Trauma, 1991)*. Insistant sur le phénomène de trauma psychique, les cliniciens francophones (Andréoli, Crocq, Lebigot), s'accordent à proposer le vocable générique de « *syndrome psycho-traumatique* » (immédiat ou différé, éphémère ou durable, modéré ou sévère) pour désigner l'ensemble de ces tableaux cliniques. Sur le plan étio-pathogénique, de nombreux travaux ont été effectués sur les facteurs et les mécanismes neurobiologiques du stress et, dans d'autres perspectives (psychodynamique et phénoménologique), sur les mécanismes psychopathologiques du trauma, comme confrontation inopinée avec le réel de la mort et court-circuit du système signifiant, et même renvoi culpabilisant à l'univers de l'originaire (Lebigot).

Références bibliographiques

- ABRAHAM K. (1918), Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre, trad. fr. in *OEuvres complètes*, Paris, Payot, tome II, p. 172-180.
- AGRIPPA D'AUBIGNE (1616), *Les Tragiques*, rééd., Paris, Garnier Flammarion, 1968, 1 vol.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^{ème} éd. (D.S.M. III), Washington, Am. Psych. Ass., 1 vol.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^{ème} éd. revue (D.S.M.III.R), Washington, Am. Psych. Ass., 1 vol.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^{ème} éd. (D.S.M.IV), Washington, Am. Psych. Ass., 1 vol.
- BRIQUET P. (1859), *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, J.B. Baillière et fils, 2 vol.
- CHARCOT J.M. (1890), *Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Polyclinique 1887-1888. Notes de cours. Tome I* et "*Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Polyclinique 1888-1889. Notes de cours. Tome II*", Paris, Bureaux du Progrès Médical, 2 vol.
- CROCQ J. (1896), *Les névroses traumatiques. Etude pathogénique et clinique*, Bruxelles, H. Lamertin, 1 vol.
- CROCQ L. - *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob, Paris, 1999.
- DA COSTA J.M. (1871), "On irritable heart : a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequence, *Am. JI of Medical Science*, 16, p. 17-52.
- DE CLERCQ M., LEBIGOT F. – *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris, 2001. (contient un gros chapitre sur l'historique)
- ETH S., PYNOOS R.- *Post-traumatic stress disorder in children*. American Psychiatric Press. New York, 1985.
- EVERLY G., LATING J. – *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. Plenum Press, New York, 1995.
- FERENCZI S. (1918), Psychanalyse des névroses de guerre, trad. fr. in *OEuvres complètes*, Paris, Payot, 1974, tome III, p. 26-43.
- FREUD S., BREUER J. (1895), *Etudes sur l'hystérie*, précédées de "*Communication préliminaire*"(1893), trad. fr, Paris, P.U.F., 1953, 1 vol.
- FREUD S. (1920 b), "Au-delà du principe du plaisir" trad. fr. in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967, p. 7-81.
- JANET P. (1889), *L'automatisme psychologique*, Paris, Alcan, Paris, 1 vol.
- KARDINER A. (1941), *The Traumatic Neuroses of War*, Washington, Psychosomatic Medicine Monograph II-III, National research Council, 1 vol.
- LIFTON J.R. (1967), *Survivors of Hiroshima*, New York, Random House, 1 vol.
- LUCRECE (55 av. J.C.), *De la nature (De natura rerum)*, trad. fr., Paris, Garnier, 1964, 1 vol., 243 p.
- MILIAN G. (1915), L'hypnose des batailles, *Paris Médical*, 2 jan., p. 265-270.

OPPENHEIM H. (1888), *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, V. von August Hirschwald ed., 1892 (2ème édition), 1 vol.

SALMON T. W. (1917), War neuroses (shell-shock), Lectures, illustrated with motion picture films, prepared by Direction of the Surgeon General for use in the Medical Officers Training Camps, N.Y. National Comm. Mental Hygiene, *Mil. Surg.*, déc., 41, p. 674-93.

SHATAN C.F. (1972), "Post-Vietnam syndrome, *The New York Times*, 6 mai.

SIMMEL E. (1918), *Kriegs-Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien*, Munchen-Leipzig, Otto Nemnich, 1 vol.

TARGOWLA R. (1954) La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire, Rapport de psychiatrie, Congrès International *La pathologie des déportés*, Paris, 4-5 Octobre 1954, compte rendus, Paris, RMF, p. 177-189.

VAN DER KOLK B., MAC FARLANE A., WEISAETH L. – *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press, New York, 1996.

WILLIAMS T. – *Post-traumatic stress disorders : a handbook for clinicians*. Disabled American Veterans, Cincinnati, 1987.

