



STRESS ET TRAUMA

Pr. François Lebigot

Professeur, Psychiatre militaire, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Paris

Résumé

Contrairement à ce qui s'écrit souvent le traumatisme est un phénomène psychique très différent du stress. Le stress est une souffrance imposée de l'extérieur et cesse quand disparaît la contrainte, parfois au prix d'un travail d'élaboration (deuil par exemple). Le trauma est lui une souffrance venant de l'intérieur de l'appareil psychique dans lequel a pénétré et s'est s'incrassée une image de néantisation qui est destinée dans certain cas à demeurer là longtemps, voire toute la vie du sujet.

Dans les années qui ont suivi la II^{ème} Guerre Mondiale les psychiatres français qui connaissaient le traumatisme psychique et ses conséquences --des militaires pour la plupart-- ont été très étonnés que outre-atlantique le concept de névrose (parfaitement justifié ici du point de vue psychanalytique) soit remplacé par celui de stress, au nom d'un a-théorisme qui pensait rendre plus objective l'appréhension des phénomènes psychiques. Ainsi disparaissait la « névrose traumatique ». On se trouve donc aujourd'hui en France avec deux dénominations différentes, et qu'il va falloir interroger à l'aune de la clinique : la névrose traumatique, léguée par l'expérience clinique et psychopathologique des générations de psychiatres qui nous ont précédés, et le *Post-Traumatic Stress Disorder*, qui s'est construit par des études statistiques menées sur des cohortes de patients. Nous ne le ferons pas ici, l'ayant déjà fait largement ailleurs (1). Nous nous contenterons en nous servant des métaphores freudiennes de l'appareil psychique de montrer en quoi un trauma n'est pas un stress, même avec les particularités qui lui ont été accolées dans le DSM IV (stress avec horreur, *helplessness*, *peur intense*).

L'appareil psychique

Comment se représenter l'appareil psychique, et la façon dont le stress d'une part, le trauma d'autre part, vont l'affecter ? Nous utiliserons la métaphore économique de la vésicule vivante que nous propose Freud (2). C'est-à-dire un volume sphérique contenu dans une membrane, qu'il appelle le « pare-excitation », qui filtre les énergies qui viennent de l'extérieur, essentiellement les perceptions. Dans la sphère est contenu le fin et dense réseau des représentations, sur lequel circulent de petites quantités d'énergie. (Quand Freud a imaginé pour la première fois son schéma l'existence des

neurones n'était pas encore connue). Le pare-excitation a pour fonction de filtrer les énergies venant de l'extérieur et de repousser celles qui, dépassant une certaine puissance, peuvent perturber à l'intérieur la circulation des petites quantités d'énergie qui assurent le fonctionnement de l'appareil. Pour ce faire, la membrane est chargée d'énergie positive.

Le stress

Représentons nous la vésicule vivante comme un ballon gonflé. Le stress agit comme une menace à l'intégrité de l'appareil psychique en exerçant une pression (*to stress = presser*) sur l'enveloppe du pare-excitation. L'enveloppe se comporte comme un ballon sur lequel on enfonce le poing, elle plie et s'invagine, mais ne rompt pas. A l'intérieur de la vésicule vivante, la pression augmente et crée une souffrance psychique. Celle-ci s'exprime par de l'angoisse (ou de la peur) créant ainsi un renforcement de l'énergie positive à la surface du pare-excitation, qui augmente sa résistance à la pénétration. Une chose se lit dans cette figuration du stress, c'est que quand la menace, la pression, disparaît, la vésicule vivante, (le ballon), reprend sa forme initiale. Un souvenir douloureux de l'événement pourra demeurer dans l'appareil psychique, mais pris dans le réseau des représentations, il sera destiné à se modifier, évoluer. La charge anxieuse qui l'accompagne diminuera voire disparaîtra, et le souvenir lui-même peut subir un refoulement.

Le trauma

Il n'en va pas de même avec le trauma. Dans ce cas, ce qui va devenir l'image traumatique traverse le pare-excitation et s'incruste à l'intérieur de l'appareil psychique. C'est ce que Freud a appelé «l'effraction traumatique ». Ici, le pare-excitation est insuffisamment chargé en énergie positive. Le sujet est préoccupé ou détendu comme le passager du métro rentrant d'une journée de travail, ou le soldat lors d'un bivouac tranquille qui se sent protégé par les sentinelles. Il y a généralement un effet de surprise qui témoigne d'une disproportion entre les possibilités de filtrage du par-excitation et la violence de l'image traumatique.

L'appareil psychique recèle maintenant un « corps étranger » (Freud), très chargé en énergie, qui va apporter beaucoup de perturbations dans le fonctionnement de l'appareil, et qui est hétérogène aux représentations. Aussi celles-ci n'ont aucun pouvoir sur lui, et en particulier elles n'ont pas celui de le transformer en souvenir. L'image traumatique restera là telle quelle, au détail près, et n'incluant pas la dimension du temps, c'est-à-dire que lorsqu'elle reparaitra, dans un cauchemar par exemple, ce sera au temps présent, comme si l'événement était en train de se produire, même quelques fois des dizaines d'années après.

Trauma + Stress

Dans une grande majorité d'événements traumatogènes, il y a à la fois du trauma et du stress. Prenons le cas d'un attentat dans le métro. Il y a d'abord l'explosion et la boule de feu, il y a trauma,

le sujet rencontre sa mort, c'est-à-dire ici sa néantisation. Puis il sera tout de suite après confronté à la vision des tués, aux cris des blessés, à la fumée qui envahit le wagon, à l'attente des secours surtout s'il découvre qu'il est lui-même blessé, etc...Là apparaîtra le stress, adapté ou dépassé. Et c'est en état de stress qu'il se présentera aux premiers sauveteurs, et même parfois les jours suivants. Comme on le sait le syndrome de répétition pathognomonique du traumatisme ne se déclenche qu'avec un certain délai.

Mais avant de se manifester cliniquement l'image traumatique est généralement productrice d'angoisse qui vient s'ajouter à l'angoisse du stress. L'angoisse atteint ainsi de tels niveaux qu'elle provoque une déstructuration de la conscience d'une profondeur variable. Ce phénomène est décrit sous la dénomination de dissociation péri-traumatique (3). Il ne faudrait pas en déduire pour autant que l'angoisse, la peur encore moins, est l'affect du trauma. Dans l'échelle de dissociation péritraumatique de Marmar et al., le premier item décrit parfaitement ce que Freud appelait *schreck* traduit en français par: l'effroi, c'est-à-dire un vide complet de la pensée et une absence tout aussi totale d'affect. Schreck comme effroi sont des mots choisis arbitrairement car aucune langue ne possède un mot pour désigner une telle expérience. Le bref moment de l'effroi, qui correspond au temps de l'effraction traumatique, peut être suivi d'angoisse, mais dans certains cas il n'est suivi d'aucun affect, raison de plus pour distinguer le stress du trauma.

Pour finir nous voudrions citer un cas parmi d'autres où un trauma grave est passé inaperçu du sujet. C'est un jeune parachutiste français de 20 ans qui est envoyé avec 300 de ses camarades à Kigali pour récupérer les diplomates européens bloqués dans la capitale du Rwanda en proie à une folie meurtrière. Marchant dans une rue avec un camarade, ils passent devant un cadavre la tête fendue d'un coup de machette, du sang et de la cervelle se répandant à terre. Xavier, appelons-le ainsi, dit alors à son camarade : « c'est curieux que tout ceci ne nous fasse rien ». Il termine normalement sa mission, puis les quatre ans d'engagement qu'il lui restent à faire, toujours dans des missions difficiles. Lorsqu'il retourne à la vie civile, il a de moments d'angoisse, puis plusieurs attaques de panique par jour. Il court de médecins en médecins pour se faire prescrire des anxiolytiques, qu'il mange par poignées. Quelqu'un de son entourage lui conseille d'aller voir à l'hôpital militaire. Xavier se présente à la consultation, et ne se fait pas prier pour être hospitalisé. Il se prête bien aux entretiens quotidiens, et il raconte sa rencontre avec le cadavre, encore étonné que ça ne lui ait « rien fait ». Peu de temps après, alors que l'hospitalisation l'avait apaisé, il arrive un matin dans le bureau où se déroulent les entretiens, le visage décomposé : « Docteur, cette nuit ça a explosé dans ma tête, j'avais en face de moi le visage du cadavre dont je vous avais parlé, il y avait sa blessure, mais le pire c'est qu'il avait l'expression de quelqu'un qui vient de voir le diable en personne ».

Distinguer le trauma du stress n'est pas un simple exercice de rhétorique. Il y a des enjeux cliniques, diagnostic et d'abord du patient, de surveillance et de prévention, particulièrement dans les collectivités exposées, et naturellement thérapeutiques. Malheureusement, si on parcourt la littérature internationale sur le sujet (aussi bien française), on s'aperçoit vite que cette distinction de base n'est pas toujours faite.

1- Lebigot F., *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Dunod, Paris, 2005

2- Freud S., (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. In : *essais de psychanalyse, petite bibliothèque Payot*, Paris, 1981

3- Marmar C., *Trauma and dissociation*. *PTSD Research Quaterly*. 8, 3, 1-3, 1997
00-321.

