

**François Lebigot** : Psychiatre, Professeur agrégé du Val de Grâce.

Texte paru in *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2002, 2(3). 139-146

**Résumé** La clinique du moment de l'effroi, contemporaine de l'effraction dans l'appareil psychique de l'image de néantisation, est souvent méconnue par les praticiens. À sa place, ce sont les manifestations bruyantes du stress qui sont mises en avant. Pour le sujet, tout se passe comme s'il avait le choix entre vivre pleinement cette expérience ou la refuser. Dans ce dernier cas, il peut s'en défendre en perdant connaissance ou en utilisant un mécanisme de défense que Freud avait appelé le déni. La dissociation péri-traumatique est, elle, non spécifique de l'effraction traumatique. Elle est à rapporter à l'intensité de l'angoisse. Cependant, elle témoigne très souvent de ce qu'à la menace externe s'est ajoutée une menace interne, constituée par l'image traumatique incrustée dans le psychisme et génératrice d'une très forte angoisse. Ces différents items mettent en évidence soit l'expérience d'effroi elle-même, soit les moyens par lesquels le sujet tente de s'en protéger.

**Abstract:** The clinic moment of fright, contemporary of breaking into the psychic apparatus of annihilation image, is often overlooked by practitioners. In its place, it is the noisy manifestations of stress are highlighted. For the subject, it is as if he had a choice between fully experience it or reject it. In the latter case, he can defend himself by losing knowledge or using a defense mechanism that Freud had called denial. Peri-traumatic dissociation is she, not specific to the traumatic break. She is to report to the intensity of anxiety. However, very often it shows that at the external threat has added an internal threat constituted by traumatic embedded image in the psyche and generating a very strong anxiety. These different items highlight is the dread experience itself or the means by which the subject tries to protect.

**Mots clés** : Trouble conscience, Trouble neurologique, Trouble personnalité, Etude cas, , , Névrose post-traumatique, Trouble dissociatif

**Key words:** Disorder of consciousness, neurological disorder, personality disorder , case study, posttraumatic neurosis , dissociative disorder

### Introduction:

Le mot « effroi » est la traduction choisie par les psychiatres et les psychanalystes français du terme allemand « Schreck ». Celui-ci figure d'abord chez Kraepelin(1) dans la névrose d'effroi (schreckneurose) puis chez Freud lorsqu'il veut décrire l'état affectif strictement contemporain de l'effraction traumatique (2,3). Ce dernier distinguait, à juste titre, l'effroi de l'angoisse et de la peur (qui aujourd'hui, comprendrait le concept de stress). Ainsi, le terme est-il malaisé à traduire, en anglais notamment, où la *Standard Edition* choisit le mot « *fright* » qui a l'inconvénient de comporter une dimension prégnante de peur ;

laquelle est absente de l'effroi. En fait, aucune langue ne possède un mot affecté spécifiquement à ce qu'il s'agit de désigner ici. Effroi comme *Schreck* sont choisis arbitrairement parce que leurs connotations sont les plus proches du phénomène qu'on veut leur faire signifier. En français, s'il n'était pas dans son emploi courant un peu faible, c'est le mot saisissement qui se rapproche le plus de l'effroi.

Lors d'un évènement possiblement traumatogène, l'expérience d'effroi est peu rapportée par les victimes et n'est observée par les praticiens que dans certains états durables d'hébétéude, de sidération, sans qu'ils puissent saisir si ces états sont les effets de l'angoisse, ou s'ils traduisent une prolongation de la confrontation avec le néant. Ainsi, l'effroi est-il mal connu. Curieusement, il est décrit parmi les phénomènes de « dissociation péritraumatique » tel qu'ils sont décrits par C. Marmar (4).

Pour asseoir cette clinique de l'effroi, nous avons choisi de partir d'observations où il se manifeste à l'état pur et où le sujet est capable d'en faire le récit, si bref soit-il généralement, en particulier quand aucun phénomène de stress ou d'angoisse ne vient en brouiller la mémorisation. Nous verrons ensuite les moyens de défense que le sujet met en œuvre pour se protéger des effets de l'effraction génératrice d'effroi : le déni, la perte de connaissance, ou des phénomènes psychiques plus complexes telles que des illusions sensorielles ou des hallucinations. Nous savons que Freud pensait que l'angoisse pouvait faire barrage à l'effraction traumatique, d'où l'importance qu'il accordait à l'effet de surprise.

Celle-ci est exactement superposable au schéma psychopathologique de l'effraction traumatique. L'effroi est dit par les sujets en termes de « panne », de « blanc », d'éclipse de soi « je n'étais plus là », de complet silence, de perte de mots ou, comme ce patient : « une lumière intérieure s'est éteinte ». Un autre patient parlait joliment de « moment de black-out » (cf. observation 4). Le plus souvent, c'est un « arrêt de la pensée » qui est décrit. La durée de cette expérience très particulière est généralement très brève et à chaque fois, l'absence de toute émotion est notée, ce qui chez les soldats, par exemple, passe, rétrospectivement, pour une manifestation de courage : « ils n'ont pas eu peur ».

Toutefois, le moment de l'effroi est généralement suivi d'un état d'angoisse qui parfois peut ne survenir qu'après un certain délai, par exemple, chez le soldat, après l'engagement au cours duquel ils ont rencontré le moment traumatique et quand ils sont rentrés dans la sécurité de leur camps ou même beaucoup plus tard, quelques semaines voire quelques mois après la fin de leur mission. L'angoisse peut prendre alors l'aspect d'état de panique incompréhensible jusqu'à ce que, lors d'un cauchemar par exemple, ils revivent la scène traumatique.

## Observation 1

*Cette jeune étudiante attend son ami au bas de l'immeuble de ses parents. Un agresseur lui appuie un revolver dans les reins et l'oblige à monter avec lui à l'appartement. Tout en lui obéissant, elle met un moment à réaliser ce qui se passe. Elle ne s'exécute pas assez vite. L'agresseur lui met le revolver sur le front : « là, tout d'un coup, ça a été le vide, plus rien, plus de pensées, je me souviens que je regardais seulement le visage de mon ami ». A ce moment, elle en ressentait ni peur, ni angoisse. Elle a l'impression que ça dure longtemps, mais on peut en douter. Elle sort de cet état lorsque l'agresseur l'oblige à la suivre dehors vers un distributeur de billets, puis à la gare où il saute dans un train. Elle est restée calme tout le temps, avec l'idée de « ne pas jouer les héroïnes ». Il y a peu de « réaction de stress » dans les heures et les jours qui suivent. Les cauchemars de répétition reproduisent fidèlement la scène avec le vif sentiment qu'elle est entrain de se produire. Ils apparaissent une semaine après l'évènement, et, quinze jours plus tard, s'installe un état dépressif qui motive la consultation.*

## Observation 2



*Cette jeune femme de 30 ans, ingénieur, est assise à trois mètres de la fenêtre, un peu à l'écart dans une salle où se tient une réunion. Elle entend une violente explosion et pense immédiatement à une farce faite par les stagiaires dont elle a la charge dans l'entreprise, puis à un attentat. Tout de suite après, elle se retrouve debout face à la fenêtre devant laquelle un lourd rideau est tiré, le rideau est transpercé de haut en bas par des morceaux de verre et c'est un objet « étrange » qu'elle a devant elle. Pendant un bref moment, elle le contemple, la tête vide de toute pensée. Puis, elle aperçoit les participants à la réunion à plat ventre, par terre, sous la table. Elle sort voir les dégâts provoqués ailleurs et s'il y a des blessés, et essaye de comprendre. Elle apprendra plus tard que c'est l'usine AZF de Toulouse qui vient d'exploser à un kilomètre de là.*

*Là aussi, pas de stress, pas d'angoisse et une conduite adaptée. La névrose traumatique apparaîtra un mois après. Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est le côté « saisissement » du moment de l'effroi qui est contemporain de ce face à face avec l'objet « étrange ».*

Ces deux premières observations illustrent une réalité clinique pas toujours reconnue : il peut y avoir traumatisme sans développement d'angoisse. Ces deux femmes ont eu peur, sans plus, et, pour la première, la peur a disparu au moment précis où elle a été convaincue qu'elle allait mourir. Chez la seconde, en raison du caractère très particulier de l'évènement, la menace vitale n'est même pas parvenue à la conscience.

Très souvent, le moment de l'effroi est suivi d'une réflexion sur la mort comme perte, c'est-à-dire la seule façon dont elle peut être représentée. Le moment traumatique s'exprimera comme tel plus tard dans l'apparition de cauchemars de répétition.

### **Observation 3**

*Ce militaire de 28 ans est chef de bord d'un camion citerne qui roule à trop vive allure sur une piste en mauvais état. Le chauffeur fait une fausse manœuvre et le véhicule entame une série de tonneaux : « tout à coup, la lumière s'est obscurcie et j'ai entendu un grand froissement de tôle et les vitres qui éclataient. J'ai eu un moment de vide où il n'y avait plus de pensées, puis j'ai pensé à ma femme et à mes trois enfants et je me suis dit que ce serait dommage de ne pas les voir grandir ». Il a du mal à s'extraire du véhicule et à rejoindre son camarade qui a été éjecté et présente une très vilaine fracture ouverte de l'avant-bras. Lui n'a qu'une petite entaille au cuir chevelu et une luxation de la clavicule. Il appelle son régiment sur son téléphone portable et s'occupe de son camarade.*

*Il est très étonné d'apprendre plus tard qu'entre le moment de l'accident et son appel il y a un trou de vingt minutes. Ici, la perte de connaissance n'a rien gommé de l'expérience d'effroi.*

*Il n'y a pas eu là non plus de réaction immédiate. Les cauchemars sont apparus dès le surlendemain : « le froissement de tôle et la baisse de la lumière, puis le bras de mon camarade ».*

*Dans l'évolution vers la guérison, seule cette dernière vision s'imposera quelque temps encore.*

On pourrait penser ici que la perte de connaissance serait due à une commotion cérébrale. Mais nous n'en savons rien. Elle pourrait aussi être en rapport avec des sentiments intenses de peur au moment de la chute ou avec la vision horrible de la blessure de son camarade. Les jours suivants, ses pensées tournent autour des questions de savoir s'il aurait pu prévenir cet accident, comme chef de bord, et s'il a fait ce qu'il fallait comme premiers soins à son camarade. Le moment de l'effroi l'amènera ensuite à une réflexion sur sa mort et à revoir dans un sens moins « irresponsable » (c'est lui qui le dit) son rôle de chef de famille. L'expérience de l'effroi a été pour ce sujet, comme pour d'autres, un choc

salutaire, qui l'amènera après une dizaine d'entretiens à occuper véritablement sa place de père.

#### Observation 4

*Cet homme d'affaires de 28 ans vole à haute altitude dans son petit avion privé avec son associé. Ils viennent de réaliser un joli profit et sont euphoriques. Il est assis et tourne le dos au pilote. Tout d'un coup il « entend un boum » et le pilote leur demande immédiatement d'aller s'asseoir à l'arrière. Il voit alors la vitre du cockpit se fendiller – « à cette altitude-là ça ne pardonne pas » - et « c'est le black-out, le vide » dans sa tête, « je ne faisais que regarder la vitre ». Son collègue, qui pleure bruyamment, le sort de son état de saisissement (d'effroi). Ils s'étreignent pour se dire adieu, mais l'idée qui s'impose à lui à ce moment, c'est qu'il doit « mourir dignement ».*

*Ils s'en sortent par miracle et, à l'atterrissage, il est gagné par un sentiment d'irréalité de ce qu'il vient de vivre et de ce qu'il vit à ce moment même. Il n'a qu'une idée en tête, aller se coucher et dormir. Il dort effectivement 12 heures d'affilées. Le lendemain matin, il écoute les informations locales (il vit dans un pays de l'Europe centrale) où l'on parle de son accident et réalise soudain, avec stupeur, que « tout ça c'était vrai ». Les premiers symptômes apparaissent le jour même et vont le conduire peu à peu au bord du suicide.*

*C'est sa femme qui voyant son état, le contraint à revenir en France et à consulter un psychiatre.*

#### Le deni de l'effroi :

Dans l'armée, il est fréquent de voir des soldats qui ont échappé « par miracle » à la mort : le fusil de l'adversaire s'est enrayé alors qu'ils ont lu leur mort dans ses yeux, ou la balle s'est logée dans un objet qu'il portait sur eux et qui les a protégés, ou un camarade a dévié au moment ultime le canon du fusil qui les visait à bout touchant, etc. Après l'incident, ils racontent fièrement qu'ils n'ont pas eu peur ». Certains se souviennent (des mois après parfois) de ce qu'ils ont ressenti lorsqu'ils ont compris qu'ils étaient « déjà morts ». D'autres ne s'en souviennent pas alors qu'ils présentent eux aussi un syndrome de répétition traumatique. Mais tous disent à propos de cet instant : « à ce moment-là, j'ai vu que j'étais mort ». Ce qui n'est pas remémoré, ou alors plus tard dans la suite des entretiens, c'est le moment de l'effroi sans pensée et sans affect. Ceci est possible dans toute situation de menace vitale directe, comme certains accidents de la circulation par exemple.

Parfois, si l'effroi n'apparaît pas dans le récit de l'évènement, il est clairement indiqué dans les cauchemars. Nous donnerons un exemple très parlant qui se reproduit chez le même sujet :

#### Observation 5

*Ce caporal de 21 ans participe à l'opération Daguet en Arabie Saoudite. Lors de l'attaque terrestre, il est en première ligne avec son char. Une succession complexe de circonstances fait qu'il se retrouve face à un char T59 irakien alors que son propre canon est en position verticale, c'est la mort à tout coup. Puis le T59 explose ; un char français situé à l'arrière a vu la scène et a tiré : « j'étais complètement perdu, je ne savais plus où j'étais, ça a duré peu de temps, mais j'ai eu l'impression que ça durait des heures ». Ce pourrait être une simple bouffée d'angoisse, mais le récit des cauchemars est plus précis : « les images sont peu nettes, puis il y a un trou noir, la mort ».*

*Quatre ans plus tard, le même soldat est de sentinelle, la nuit, avec un camarade, à la limite de la « zone humanitaire sûre » tracée par des militaires français au Rwanda. L'ennemi potentiel est tout près, on peut le voir et l'entendre. Tout d'un coup, il voit*

*avancer une troupe de gens, mais ne peut distinguer si ce sont des militaires ou des civils. Ils portent des objets qui brillent sous la lune. Machettes ? Fusils ? Il arme son fusil-mitrailleur et fait les sommations : « à ce moment-là, j'ai vu toute ma vie défiler, puis j'ai pensé : c'est eux ou moi ». Il se sent abandonné, personne n'est là pour lui dire ce qu'il doit faire. Il entend derrière lui son camarade qui arme aussi son fusil-mitrailleur et qui lui crie « : « ne fais pas le con, ne me tires pas dessus ! ». Puis d'autres soldats français arrivent et les assaillants ( ?) disparaissent dans la brousse.*

*Dans ses cauchemars, qui se surajoutent à ceux du Golfe, il revit « la situation où c'est eux ou moi, puis plus rien, il y a coupure de l'image et du son, comme dans une bande vidéo qui casse ».*

Le « trou noir » dans les cauchemars du premier traumatisme et cette « rupture de la bande vidéo » pour le second sont une brève figuration de l'expérience d'effroi. Chez ce sujet, les cauchemars sont survenus de manière assez précoce par rapport aux événements et n'ont pas eu d'incidence sur sa carrière militaire. D'autres, qui ont vécu un traumatisme, ont dû interrompre celle-ci ou obtenir des affectations où ils ne risquaient pas d'être exposés au danger ; en particulier parmi ceux qui n'ont pas présenté de syndrome de répétition, mais uniquement des réveils en sursaut avec angoisse et des troubles du caractère. Le déni s'oppose ici à la remémoration des cauchemars comme de l'expérience d'effroi durant l'événement. Ces cas posent d'ailleurs un problème au psychotérapeute qui doit être bien persuadé que si un tel mécanisme de défense a été mis en place aussi durablement, c'est que le sujet est dans l'incapacité d'affronter la révélation du réel de la mort.

Un autre de nos patients lève un coin du voile sur cette question.

## Observation 6

*Il s'agit d'un jeune parachutiste de 19 ans, envoyé à Kigali avec 300 de ses camarades pour récupérer les diplomates européens pris dans la tourmente des massacres qui se commettent dans cette ville. Il assiste à des scènes d'horreur avec un « flegme » remarquable. Un jour, avec son « binôme », ils passent devant un cadavre atrocement mutilé ; « son visage », dira-t-il plus tard « avait une expression effrayante comme s'il venait de voir le diable en personne ». Sur le moment, il fait cette réflexion à son camarade : « c'est curieux qu'on voit tout ça et que ça ne nous fasse rien ». Il finit pourtant difficilement ses cinq ans d'engagement par un séjour à Sarajevo où il passe son temps à dormir dès qu'il n'est pas de service. Ses camarades l'appellent : « la marmotte ». Un mois après avoir quitté l'armée, il présente des attaques de panique qui l'amènent à aller de médecin en médecin pour se ravitailler en Tranxène® 50 mg. Au moment des crises, il en avale une poignée. Il est admis à sa demande à l'Hôpital Militaire. Il est vu en entretien tous les jours et parle longuement de son séjour à Kigali et à Sarajevo. Là, il se sent en confiance, mais les infirmiers peinent à contenir son angoisse.*

*Une nuit, « ça a été une explosion dans ma tête ». Devant ses yeux est apparu le visage du cadavre croisé avec son binôme. Le déni a cessé, les symptômes précédents ont disparu, mais à la place, se sont installées une détresse inabordable, des tentatives de suicide, des automutilations, le besoin de « voir couler le sang ». Apparaissent aussi des sensations étranges, des bruits, des déplacements d'air qui témoignent d'une présence invisible.*

*Après une enfance et une adolescence très douloureuses, dominées par la figure terrorisante du père, il était rentré dans l'armée avec l'idée que, là, s'il était tué, au moins sa mort serait utile à quelque chose ; ainsi démarre le travail psychotérapeutique qui durera trois ans.*

Comme nous l'avons vu parfois, l'effroi, dénié sur le moment, est figuré dans les cauchemars (cf. observation 5).

L'expérience de néantisation, interdite d'accès à la conscience pendant l'évènement, ou secondairement non remémorée, est indiquée dans le syndrome de répétition. Il faut remarquer que le déni peut donc ne pas porter que sur l'expérience d'effroi, mais s'étendre à l'image qui le cause ou même à tout ou partie de l'évènement, voire englober une période antérieure ou postérieure, créant une amnésie qu'il devient alors difficile dans beaucoup de cas de distinguer après coup d'une perte de connaissance.

Il est temps maintenant d'envisager dans ce chapitre un aspect essentiel du génie évolutif de la névrose traumatique à travers les rapports qu'entretiennent l'effroi et le déni. Ce dernier est à l'origine de la classique phase de latence. Il exerce son action après l'évènement au plus fort de la pression qu'exerce de l'intérieur de l'appareil psychique la néantisation, et il va se maintenir des jours, des semaines, des mois, voire des années.

Aussi complet soit ce déni, il n'empêchera pas un certain nombre de manifestations psychopathologiques qui marquent un avant et un après, au premier rang desquelles, dans notre expérience, des troubles caractériels ou anxieux, dépressifs ou psychosomatiques. Avec le temps, le déni peut s'avérer moins nécessaire et des cauchemars peuvent apparaître. Le sujet est capable désormais de les affronter (affronter l'effroi), voire même, d'y trouver une certaine jouissance.

Mais aussi, le déni peut-être débordé à certains moments de la vie du sujet, rendu inefficace, soit du fait d'évènements réactivant l'expérience d'effroi et lui donnant une puissance nouvelle, soit du fait d'un affaiblissement des résistances du patient, de l'ensemble de ses défenses psychiques à l'occasion d'accidents majeurs de la vie. Ainsi, nous avons suivi une femme torturée par la Gestapo dans sa jeunesse, ayant alors présenté pendant une brève période un syndrome de répétition puis, après avoir mené une vie que l'on peut considérer comme normale pendant 40 ans, développer une névrose traumatique lors de son hospitalisation pour un cancer des poumons. Il a fallu instituer des rencontres psychothérapeutiques très fréquentes pour que cessent ses reviviscences déclenchées par toute amorce d'acte médical sur son corps (6), tout en sachant bien la nature et la finalité des examens pratiqués, comme les intubations. Elle ne pouvait s'empêcher de les vivre comme des actes de torture. Les pas qu'elle entendait dans le couloir à côté de sa chambre étaient ressentis avec une vive angoisse comme étant ceux de ses bourreaux, etc. Les pneumologues étaient effrayés par la violence des réactions de cette patiente qu'ils ne parvenaient pas à raisonner. La prise en charge de ce cancer serait devenue impossible si la relation psychothérapeutique n'avait pas, dans un premier temps, fait diminuer l'angoisse accompagnant les reviviscences.

Les psychiatres militaires ont l'habitude de repérer chez les soldats l'un de ces éléments qui prolongent la phase de latence, c'est-à-dire renforcent le déni : l'illusion groupale. Tant qu'il est dans son unité, avec ses camarades, le sujet participe de cette illusion collective que le groupe est invulnérable et le protège de la mort. C'est lorsqu'il part en permissions dans sa famille, ou pour certains plus tard, lorsqu'il prend sa retraite, qu'il perd le soutien du groupe, que se déclenche sa névrose traumatique. Il est alors rarement capable d'affronter, seul, les images traumatiques et c'est à ce moment-là que nous le voyons se précipiter à la consultation dans un hôpital militaire (6). S'il ne fait pas cette démarche, c'est souvent un destin d'exclu, d'alcoolique, de suicidé, ou de grand malade qui l'attend. Dans ce dernier groupe, nous rangeons ces affections psychosomatiques graves qui se voient assez fréquemment : diabète, maladies coronariennes ou thyroïdiennes, etc...

On voit donc la place centrale du déni dans l'état mental du psychotraumatisé sur le long terme, et l'importance du jeu de force qui s'établit entre lui et l'image de néant qui l'habite. Ces réflexions se vérifient dans le travail psychothérapeutique, en particulier quand il est entrepris pendant la phase de latence, pour un état dépressif par exemple ou après le déclenchement de la névrose traumatique, lorsque le syndrome de répétition se montre encore assez discret.

Amener trop tôt le sujet à parler de l'évènement, le soumettre à la technique du débriefing, sous couvert de provoquer cette mythique « abréaction » à laquelle nous ne croyons pas, provoque des réactions qui ne vont pas dans le sens souhaité, au contraire. Soit le sujet confronté brutalement par son thérapeute à l'évènement traumatique ne reviendra pas à la consultation suivante, ou lui reprochera avec colère l'aggravation de ses troubles ; soit s'installeront des résistances infranchissables qui compromettront définitivement la poursuite du traitement.

Le retour sur l'évènement peut être seulement proposé par le thérapeute, à un moment où le transfert entre lui et son patient s'est bien établi. L'intéressé dira alors ce qu'il a envie de dire, et il appartiendra au médecin de juger de l'opportunité de ses questions, qu'elles portent sur les faits eux-mêmes (parfois le récit des cauchemars s'il y en a), ou sur les pensées qui ont accompagné l'évènement ou qui en sont issues (5).

Un problème semblable se pose à propos des soins précoces où, paradoxalement, l'impératif du « il faut parler » se situe du côté du silence douloureux du trauma. La parole, si elle est le moyen de l'élaboration de celui-ci, doit d'abord être ce qui va permettre de nouer à nouveau un lien avec le « monde des vivants » et avec celui qui le représente, dans une prise en charge psychothérapeutique, le médecin, le psychologue ou l'infirmier.

## L'après effroi

### a) L'angoisse et la dissociation péritraumatique :

L'observation courante des suites immédiates d'un évènement possiblement traumatogène montre ce que les américains appellent un état de stress, de stress dépassé. C'est-à-dire un état d'angoisse plus ou moins important qui, soit, suit un moment d'effroi, soit se déclenche hors de toute effraction traumatique. Lorsque l'angoisse est extrême, au-delà de la simple panique, peut se produire un état dissociatif au sens classique du terme, c'est-à-dire au sens de Janet et non au sens de Bleuler. On retrouvera ce phénomène dans la nosographie américaine pour décrire le vécu des certains sujets tout de suite après le traumatisme.

Le questionnaire des expériences dissociatives de Marmar *et al.* comporte 10 items censés être la traduction dans la clinique de la « rupture brutale de l'unité psychique au moment de l'expérience traumatique ». Utilisé dans une optique prédictive, il se montre un instrument relativement fiable : « plus la dissociation péritraumatique est intense, plus le risque de développer un état de stress post-traumatique ultérieur est important » (7). La dissociation témoigne d'un état d'angoisse aigu et se traduit par une déréalisation, une dépersonnalisation, des troubles mnésiques ou un état de déstructuration de la conscience avec désorientation temporo-spatiale plus ou moins prononcée. Soit neuf items dans la liste dressée par Marmar *et al.* (7), un seul item de cette dissociation, le premier, est spécifique de l'effroi et il est présent ou non. Selon la traduction qu'en donne Birmes *et al.* (8), il est rédigé ainsi : « il y a des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait comme s'il y avait eu un blanc ou un intervalle, ou comme si je n'avais pas fait partie de ce qui se passait ». L'angoisse dont témoignent les neuf autres items, est le résultat de l'addition d'une angoisse d'origine interne dû à l'image traumatique qui s'est incrustée dans l'appareil psychique et d'une angoisse d'origine externe dû aux caractéristiques de l'évènement : dans un attentat par exemple, le spectacle de désolation qui entoure la zone autour de l'explosion.

Si on regarde de plus près la liste établie par Marmar *et al.*, on est amené à regrouper les items qu'il propose en trois catégories :

\* la première catégorie ne comporterait qu'un seul item qui se rapporte comme nous l'avons vu, directement à l'expérience de l'effroi. Au chapitre du déni, viendraient l'item

2 : « J'ai fonctionné comme si j'étais en pilotage automatique ; plus tard, j'ai réalisé que j'avais fait des choses que je n'avais pas activement décidées de faire » et l'item 8 : « J'ai été surpris (e) d'apprendre plus tard que beaucoup de choses dont je n'avais aucun souvenir s'étaient produites, particulièrement des évènements que je remarque en temps normal » (8).

\* la troisième catégorie serait produite à l'évidence par le degré de l'angoisse considérable qui suit le traumatisme, mettant en danger l'unité de l'appareil psychique. Dans cette catégorie, l'item qui repère des modifications corporelles est particulièrement intéressant. On retrouve également la possibilité d'une importante déréalisation ou une transposition complète de l'instant dans un univers onirique cauchemardesque.

## b) Les pertes de connaissance :

Elles peuvent être dues à une commotion cérébrale résultant d'un choc physique céphalique pendant l'évènement. Dans les études sur les accidentés de la voie publique, Vaiva *et al* (4) signalent que chez les victimes d'accident de la route, l'existence d'une perte de connaissance est très souvent associée à l'apparition ultérieure d'un état de stress post traumatique. La clinique nous montre deux types de séquences qui conduisent à la perte de connaissance. Soit celle-ci suit immédiatement une expérience d'effroi, bien remémorée, comme dans l'observation 8, celle de ce militaire éjecté de son véhicule. Soit l'effroi n'est pas remémoré et la perte de connaissance peut aussi dans ce cas, être oubliée.

### Observation 8

*Cet homme a 21 ans. Il conduit sa voiture lorsqu'au sortir d'un tournant un véhicule roulant en sens inverse à vive allure « se met en toupie » et s'écrase sur son pare-brise : « c'était comme au cinéma, je l'ai vu arriver, mais je n'y pouvais rien, j'étais impuissant devant ça et je ne savais pas comment ça allait se terminer ». Il n'a eu alors ni certitude de mort imminente, ni absence de pensée... Il se retrouve sur le plancher de la voiture et s'en extrait. Il est gardé deux jours à l'hôpital en observation : « je ne m'attarde pas sur ce genre de choses, je les mets dans un coin et je n'y pense plus. Cela m'a plutôt fortifié, ce sont des expériences ».*

*Nous le voyons 10 ans plus tard à la suite d'un deuxième évènement traumatique qui révèle presque immédiatement sa nature. Dans les entretiens, on est amené à reprendre avec précision, le déroulé de son accident de voiture. En serrant de près l'enchaînement des faits, il est amené à admettre qu'entre le moment où le véhicule adverse retombe sur son pare-brise et le moment où il s'extrait de la voiture, il a perdu connaissance pendant environ une demi-heure. En outre, il ne se souvient ni du choc, ni de l'éclatement de la vitre et du froissement des tôles, ni de l'attente des secours.*

*Ce traumatisme, qui n'est pas encore apparu dans des cauchemars ou des reviviscences, a eu des conséquences importantes dans la vie de ce sujet. Sa trajectoire vitale s'est infléchie alors rapidement : il a abandonné la maîtrise de biologie qu'il était en train de faire, est rentré par la base dans la police, a épousé une femme en détresse profonde et s'est montré, en tant que père, un piètre éducateur.*

Ici, la perte de connaissance a recouvert l'expérience d'effroi qui se voit privée de toute possibilité de retour, même dans la vie onirique. D'une manière générale, la perte de connaissance pourrait être un moyen pour le sujet de se soustraire au face-à-face avec le néant. Lorsqu'elle est brève, elle est plus souvent observée par un témoin ou déductible des faits que remémorée par le sujet. Par exemple, ce passager du métro qui était debout au moment de l'explosion puis quelques instants plus tard, alors qu'il est encore debout au



même endroit, il constate que la paume de ses mains couverte de poussière et de débris de verre montre que sans s'en rendre compte il était tombé sur le plancher de la rame puis s'était relevé.

## Conclusion :

On peut se demander quel intérêt il y a à s'arrêter ainsi sur la clinique de l'effroi habituellement si négligée. Nous voyons trois raisons de le faire.

La première est que cette clinique nous permet une approche psychopathologique de l'effraction traumatique sous une forme métaphorique accessible. L'effroi est ce moment où l'image traumatique pénètre dans l'appareil psychique, repousse les représentations et les signifiants qui les constituent, et va s'incruster en son point le « plus profond » (proche du refoulement originaire) (9). Le resurgissement en sens inverse de cette image dans les cauchemars et les reviviscences provoque le même effet. Il y a donc là une expérience terrifiante où l'homme perd sa qualité d' « être parlant ».

La deuxième raison de s'intéresser à l'effroi est que celui-ci permet de tracer une frontière parfaitement étanche entre le stress et le traumatisme psychique, ce qui disqualifie toutes ces appellations de stress traumatique qui figurent dans un certain nombre de nosographies largement répandues.

Dans les études prédictives, le repérage de l'effroi survenant très précocement après l'évènement possiblement traumatogène est le meilleur indice de ce qu'il y a eu effraction de l'image du néant et donc qu'il y aura ultérieurement développement d'une névrose traumatique, ou d'un état de stress post-traumatique.

Néanmoins, chez un certain nombre de sujets, le trauma peut s'élaborer dans les représentations de l'appareil psychique et être réduit à l'état de souvenirs. Il n'y aura donc pas dans ce cas, d'évolution vers une névrose traumatique. L'effroi n'est donc pas un facteur prédictif absolu. Dans l'ensemble des cas, cependant, l'existence d'une expérience d'effroi chez une victime amènera le praticien, dans une collectivité par exemple, à exercer une discrète surveillance sur le sujet ; celui-ci, dans tous les cas sera averti des possibilités de soins dès l'éventuelle apparition de symptômes, qui lui seront précisés.

La troisième raison de nous intéresser à l'effroi concerne la chronologie et les méthodes de la prise en charge de tels patients.

Comme on l'a vu, les sujets développent immédiatement ou très précocement, soit des réactions psychopathologiques très spectaculaires soit des mécanismes de défense contre cette image sensorielle ou sensitive qui va s'incruster en eux. Les réactions sont l'angoisse sous ses différentes formes dissociatives ou non, mécanismes de défenses comme le déni (c'est-à-dire le refus de prendre en compte la réalité ; ici, le réel de ce qu'ils ont vécu) ou la perte de connaissance qui est une façon de se soustraire à cette réalité (à ce réel).

Nous pensons qu'il faut respecter les défenses propres du sujet par rapport à cette expérience extrême qu'il vient de traverser.

L'effroi, c'est la confrontation au réel de la mort, au néant, c'est la perte pour le sujet de sa condition d'homme, c'est-à-dire d' « être parlant ». Nul ne sort indemne de cette expérience, et les praticiens doivent être suffisamment avertis s'ils veulent aider leurs patients, en prenant la mesure du caractère indicible de ce qu'ils ont vécu et en évitant de les y confronter trop précocement, à un moment où ils n'ont pas la possibilité de l'affronter.

## Bibliographie :

KRAEPLIN E. Psychiatrie. *Ein Lehrbrech für Studierende und Aerzte*. Sixième édition. Leipzig : Barth JA, 1889.

- FREUD S. *Au-delà du principe du plaisir*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 41-116.
- FREUD S. *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 7-40.
- VAIVA G. LEBIGOT F. *et al.* *Détresse péritraumatique après un accident grave de la circulation*. Valeur prédictive pour un PTSD à deux mois. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2001 , 1(5) : 273-280.
- LEBIGOT F. *Prises en charges psychothérapeutiques psychodynamiques*. In : De Clercq M, Lebigot F, Ed. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson, 2001 : 245-252.
- LEBIGOT F. *La demande de soins dans les névroses traumatiques de guerre*. *Ann Méd-Psycho* 1991 ; 149 (4) : 131-149.
- MARMAR C *et al.* *Peri-traumatic dissociation and post-traumatic stress disorder*. In : *Trauma, memory and dissociation*, Bremer JD, Makmak CR Eds, Washington DC : American Psychiatric Press, 1998 : 229-252.
- BIRMES P, DETHIEUX JB, SCHMITT L. *Trauma et dissociations péri-traumatique : «évolution des idées et perspectives*. *Ann Méd-Psychol* 200 ; 158 (4) : 312-315.
- LEBIGOT F. *La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'évènement*. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2000 ; 1 (1) : 21-25.