

Le traumatisme : une clinique à la fois bruyante et invisible

Yann Auxéméry

PLAN DU CHAPITRE

- Introduction
- L'événement traumatique et ses suites immédiates
- Phase dite « de latence »
- Perpétuel retour du trauma par les reviviscences
- En l'absence de soins, les troubles psychiques post-traumatiques s'aggravent dans le temps
 - De nombreuses souffrances post-traumatiques existent au-delà des symptômes cardinaux
 - Fluctuation des symptômes dans la durée
 - La dissociation continue de se diffuser et péjore l'agentivité
- Révolutions portées par la psycholinguistique contemporaine
 - Syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT)
 - Cohérence interne du SPLIT... jusqu'à l'interlocution
 - Cohérence de la SPLIT-10 avec la nosographie du DSM-5-TR
- Conclusion

Introduction

La clinique du traumatisme unique, dit « de type 1 », se structure en quatre grandes séquences :

- 1. le traumatisme et sa réaction psychique immédiate ;
- 2. une phase de calme relatif dite « de latence » ;
- 3. le retour des reviviscences sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ;
- 4. de multiples conséquences psychiques, physiques et sociales.

Ce chapitre a été écrit afin d'être lu chronologiquement, mais aussi antichronologiquement, en commençant donc par sa fin. Chronologiquement, le lecteur cheminera suivant la structuration des troubles à partir de l'événement traumatique. En sens inverse des chapitres, le lecteur pourra établir progressivement son diagnostic à rebours, reconstituant l'évolution clinique du patient en remontant progressivement jusqu'à l'événement causal des souffrances.

Quels que soient les symptômes présentés, symptômes souvent intenses et prolongés, le diagnostic est souvent difficile car ses origines traumatiques restent le plus souvent tues, ce qui constitue un élément clinique à part entière, et même cardinal. Afin d'établir un bon diagnostic positif, avec ses degrés éventuels de gravité, il nous faut comprendre cette clinique traumatique à la fois « bruyante et invisible » (figure 2.1).

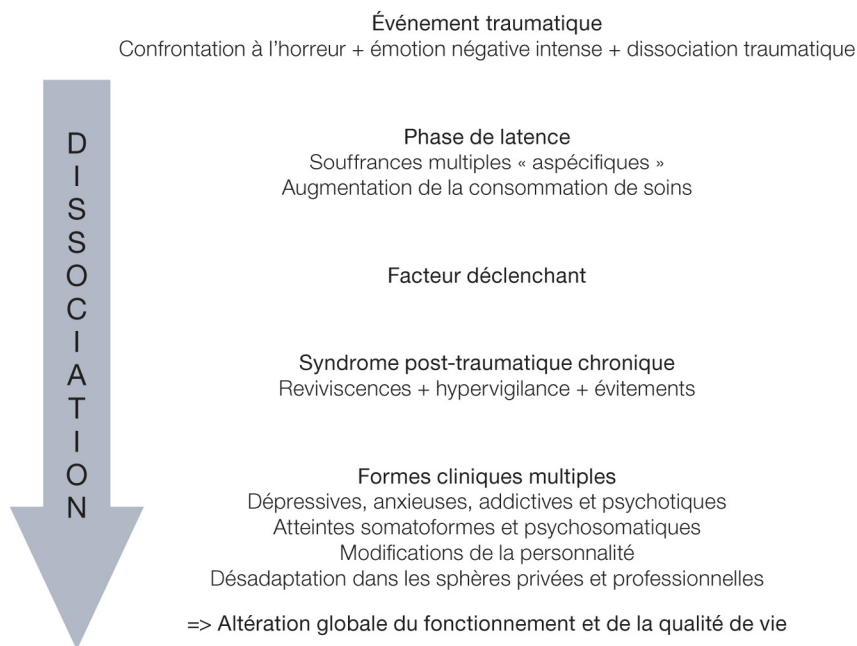


Figure 2.1. Chronologie des troubles post-traumatiques dans le temps.

L'événement traumatique et ses suites immédiates

Emprunté à la chirurgie de guerre, le terme de « trauma » a été conceptualisé en psychologie sous le vocable de « traumatisme psychique » afin de rendre compte d'une **blessure psychique**. Si toute circonstance violemment perçue peut perturber l'équilibre d'un individu (rupture sentimentale, difficultés professionnelles, etc.), dans le langage spécialisé psychologique et psychiatrique, on parle d'« événement traumatique » lorsque trois éléments cliniques s'associent :

- **Confrontation brutale et directe à la mort** (pour soi ou pour autrui) et/ou à une scène horrificante comme une blessure grave, une agression, un cataclysme, etc ;

- **Détresse péritraumatique** correspondant à une intense charge d'émotion négative de peur, d'impuissance, d'effroi, de colère, de culpabilité, de dégoût et/ou d'horreur, etc. Ces émotions négatives peuvent se télescoper, voire étonnamment s'associer à des manifestations d'émotions positives tels des rires ou des chantonnements... ou bien n'être plus du tout ressenties, ce que l'on appelle alors l'alexithymie qui manifeste, déjà, la dissociation¹ ;

- **Dissociation péritraumatique** correspondant à une altération et/ou une disjonction des fonctions neuropsychologiques qui s'intègrent normalement harmonieusement entre elles (mémoires, émotions, affects, sentiments, perceptions internes et environnementales, actions comportementales, cognitions, langage, etc.). Les couleurs, sons, odeurs, perceptions physiques se détachent, s'éloignent les uns des autres ; les processus cognitifs d'attention, de concentration et de raisonnement sont à la peine. La mémoire se fragmente en ses dimensions implicites (sensorielles et perceptives), procédurales (automatismes inconscients notamment moteurs) et explicites (représentations conscientes). Pour donner une image, c'est comme si les instruments d'un orchestre jouaient la même partition mais sans être en phase les uns avec les autres, entraînant la cacophonie, tandis que d'autres instruments restent silencieux alors qu'ils devraient jouer.

Cliniquement, les troubles dissociatifs aigus se manifestent par trois grandes catégories de symptômes intégrant² :

- **Déréalisation** : sentiment que l'environnement est irréel avec altération des couleurs, des sons, des formes, ralentissement ou accélération du temps (détémporalisation), absence de distinction entre passé et présent, le tout vécu avec un sentiment d'irréalité, d'inhabituel, d'être dans un rêve, de voir le monde à travers un filtre, etc. ;

- **Dépersonnalisation** (pendant de la déréalisation concernant le soi) : impression de morcellement de son corps, désomatisation (impression de modification de volume, de forme, de poids des parties du corps, voire migrations de celles-ci en dehors du corps), anesthésie des perceptions et des affects, étonnement du son de sa propre voix ou de

1 Malgré l'homonymie, ce terme de « dissociation » ne s'avère pas équivalent à la dissociation idéo-affective ni à la discordance en référence aux troubles schizophréniques (nous détaillerons toutefois dans le chapitre 4 que les psychoses post-traumatiques existent).

2 Notons que les symptômes de « déréalisation » et de « dépersonnalisation » peuvent être identifiés dans les crises d'angoisse. A contrario, ces mêmes termes sont parfois employés pour rendre compte de symptômes schizophréniques mais dans des acceptions très différentes.

son image perçue dans un reflet, conduites motrices automatiques (adaptées ou non à la situation traversée), impression de voir la scène de l'extérieur (« expérience hors du corps »), le tout vécu dans un sentiment d'irréalité de soi comme si l'on était devenu un personnage de cauchemar ou de film, comme si l'on était devenu étranger à soi-même. La conscience de soi est altérée : le sujet devient le spectateur déconnecté de ses perceptions et actions, sans avoir l'impression que c'est lui qui agit, son esprit restant relayé à distance : c'est comme un autre que moi, en bas, qui se fait malmené, et que j'aperçois de là-haut, d'un coin de la pièce ou du ciel, sans complètement croire à cette scène étrange ;

■ **Amnésie partielle ou étendue** des faits : la scène est marquée de « creux », de lacunes, de passages « vides » de toute mémorisation, comme si des séquences de la pellicule d'un film avaient été enlevées. Parallèlement, les éléments bien mémorisés deviendront « hypermnésiques » et se manifesteront dans les reviviscences.

Donnons quelques exemples de dissociation péritraumatique :

- Une personne victime d'un attentat ressentira une grande quiétude silencieuse alors que les balles sifflent toujours autour d'elle ;
- Un piéton apercevant une voiture qui va le percuter constate que plus la voiture se rapproche de lui, plus le temps subjectif se ralentit... jusqu'au choc ;
- Une personne prise en otage dans une agence bancaire verra cette scène en miniature comme si elle la regardait dans un canon de fusil (micropsie) ;
- Au milieu de grosses turbulences, un pilote de ligne confronté à un risque de crash arrivera à mettre en œuvre de manière automatique, sans s'en rendre compte, les procédures qu'il a maintes et maintes fois répétées à l'entraînement. Différemment, appelé sur un accident de la route impliquant de nombreux blessés, un médecin urgentiste se répètera en tête le protocole médical qu'il doit appliquer, sans être capable de le mettre en œuvre concrètement. Dans le premier cas, la dissociation peut être considérée comme adaptée à la situation car le pilote évite le crash. Dans le second cas, la dissociation est délétère car elle empêche le médecin de prendre en charge les patients.

Face à un événement brutal (quoique parfois prévisible), l'être humain, comme de nombreux animaux, a tendance à répondre par réflexe selon l'une des trois modalités suivantes (qui en pratique peuvent s'associer au cours du même événement) :

- **Fuite** de manière centrifuge par rapport au lieu de l'événement, parfois de manière panique et collective ;
- **Combat** avec quelquefois surexposition au danger de manière intrépide ;
- **Figement** pouvant être adapté ou non à la survie.

On retiendra cette « triade des F » selon les termes anglais : *flight, fight, freeze*.

Correspondant plutôt au *freeze*, le mécanisme de dissociation semble souvent, sur le coup, « protéger » le sujet blessé psychique, en figeant ses pensées, en coupant son esprit de son corps. Cela est particulièrement le cas lors des agressions sexuelles si une personne victime se voit « anesthésiée », au moins partiellement, de ses sensations corporelles, voire éprouve une expérience « hors de son corps » (ce que les Anglo-Saxons nomment *Out of Body Experience*). Si dans l'instant la dissociation peut « protéger » le sujet, lorsqu'elle se pérennise, elle devient toujours délétère et s'aggrave.

Insistons sur le fait que toute confrontation à la mort ou à ses « équivalents » n'est que *potentiellement* psychotraumatique : la blessure psychique est définie comme consubstantielle d'une détresse et/ou d'une dissociation. Bien sûr, certaines situations psychotraumatiques sont telles (agression grave, torture, etc.) qu'une majorité des sujets confrontés souffriront des conséquences d'une blessure psychique. Aussi, dans les suites d'un événement potentiellement psychotraumatique, chacun peut éprouver une blessure psychique, quels que soient son passé, sa personnalité, son état physique et mental à ce moment-là. En d'autres termes, aucune organisation de personnalité ne garantit à coup sûr une protection contre le traumatisme psychique. La notion de brutalité d'un événement « exceptionnel » reste à comprendre au cas par cas. Par exemple, dans le cadre de leurs fonctions professionnelles, un soldat ou un personnel soignant peuvent côtoyer régulièrement la mort sans difficulté apparente. Mais un jour, survenant dans un contexte d'épuisement, de stress prolongé ou de bouleversement existentiel, une situation ressemblant à tant d'autres déjà traversées va causer une blessure psychique. Pourquoi ce jour-là ? Pourquoi cette fois-ci ? Pour l'heure, du côté du sujet blessé psychique, cela reste une énigme, un indicible éprouvé dans cet instant de « disparition » ponctuelle du langage³.

Le traumatisme psychique unique survient au cours d'un instant déterminé se prolongeant de plusieurs secondes à plusieurs jours :

- Quelques secondes avec aperçu fugace d'une image par exemple ;
- Quelques heures dans certains cas d'agressions ;
- Quelques jours dans les suites d'un cataclysme ou d'un conflit armé avant que les populations ne fuient.

Au-delà de ces temporalités, il conviendra de parler de traumatismes complexes de type 2 (incluant les adversités de l'enfance) ou de type 3 (violences macrosociétales). Toutefois, à l'intérieur d'une situation traumatisante unique peuvent survenir plusieurs blessures psychiques. Pour exemple, lors d'une prise d'otages de quelques heures, pourront s'associer : la menace directe d'une arme, la vue du corps d'un co-otage agonisant, les blessures effroyables d'une autre victime.

Dans les suites immédiates de la confrontation traumatique, existent deux types de réactions cliniques « opposées ».

■ **Réactions en apparence calmes** mais faussement rassurantes et passant facilement inaperçues avec : stupeur, sidération, confusion, inertie cognitive, paralysie somatoforme, manque de réactivité affective, retrait, insensibilité à l'environnement, mutisme, etc. Pour certains sujets qui traverseront l'épreuve avec une apparente facilité, « facilité » sans doute causée par la dissociation, une fois le retour à la sécurité, la secondaire prise de conscience des risques éprouvés structurera, a posteriori de quelques heures, la blessure psychique⁴.

3 Le retour au langage en tant que représentationnel de la scène traumatique sera détaillé dans le chapitre 5 dédié aux thérapies du trauma où nous reprendrons la différence entre signe (exemple, les reviviscences) et symptôme (exemple, le contenu spécifique des reviviscences chez un patient donné).

4 Ceci témoigne d'une certaine plasticité mnésique qui pourra être mobilisée à des fins thérapeutiques, dès que possible, comme nous l'abordons dans le paragraphe consacré au défusing (chapitre 5).

■ **Réactions bruyantes** facilement détectables mais perturbant parfois l'organisation des secours : panique individuelle ou collective, déambulations incessantes, agitation désordonnée et improductive, tremblements, angoisse expressive, réactions agressives, crises maniaques, symptômes hallucinatoires ou délirants, gestes mécaniques stéréotypés, cognitions tournant en boucle, etc.

Il convient également de mentionner les **atteintes physiques aiguës** : gastrite de stress, voire ulcère gastroduodénal, hypertension artérielle génératrice de souffrance vasculaire cardiaque ou cérébrale, poussée de psoriasis en goutte, dysthyroïdie aiguë, chorioretinite séreuse centrale, etc.

En fonction des situations traumatisantes et des sujets y étant confrontés, existeront de multiples réactions dont les symptômes peuvent fluctuer. Cette clinique très diversifiée reste déterminée par la dissociation et le stress aigu « dépassé », deux notions, celles du trauma et du stress, qui en pratique se confondent le plus souvent car il est cliniquement difficile (voire impossible) de les différencier en postimmédiat⁵. Au cours des heures, voire au cours des jours suivant la confrontation traumatique, ce qui s'avère être spécifique de la blessure psychique constitue un accaparement du sujet par ce qu'il vient de traverser... ou plutôt qui se répète et se répète en boucle dans son esprit, envahi par les reviviscences de cette expérience. Il n'est pas rare qu'une personne blessée psychique demeure captive de cette horreur pendant plusieurs jours, voire pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'un soignant puisse la « réveiller » de cet enfer en la ramenant à la réalité, à la sécurité de l'ici et maintenant. Pour exemple, une patiente confrontée à un braquage dans une bijouterie voyait toujours, une fois recluse chez elle, les malfrats qui étaient dans sa chambre et la tenaient en joue. Elle savait pourtant bien que ces derniers avaient été arrêtés. Autre exemple, un patient que nous avons accueilli aux urgences, dans les suites d'un attentat, demeurait psychiquement dans cette scène vécue plusieurs jours auparavant, mais qui continuait à se dérouler devant ses yeux apeurés. Incapable de répondre aux questions que lui posaient les infirmiers, il fallut le soutenir énergiquement par l'épaule, puis hausser notre voix, afin de l'extraire de l'épouvante et commencer à le ramener dans le monde des vivants⁶.

Ensuite, devant toujours être surveillés, les troubles évoluent selon trois perspectives :

■ **Guérison spontanée** en quelques jours ou semaines, avec apaisement durable de tous les symptômes selon un processus naturel⁷. La scène traumatique perd son acmé d'horreur, ses caractéristiques sensorielles se transforment en souvenir pénible, mais non pathologique ;

■ **Entrée d'emblée vers la chronicité** en constituant un trouble de stress post-traumatique, d'après plusieurs facteurs de risque :

- Intensité et durée de la détresse et de la dissociation péritraumatiques,

5 Cette différence entre stress et trauma est abordée en détail dans le chapitre 1.

6 Ces deux descriptions correspondent en fait à ce que l'on appelle dans la nosographie un « trouble de stress aigu », c'est-à-dire à un trouble de stress post-traumatique datant de moins de 1 mois, critère temporel uniquement dédié à des perspectives de recherche... mais avec un modèle épistémologique dépassé.

7 Toutes les thérapies du trauma favorisent cette évolution de notre esprit, de notre cerveau, qui tend à l'homéostasie.

- Intensité du trouble de stress aigu avec reviviscences particulièrement envahissantes,
- Activation neurophysiologique avec tachycardie et hypertension artérielle prolongée ;

■ **Passage par une phase de latence** en apparence « paucisymptomatique ».

Phase dite « de latence »

La littérature est unanimement muette sur la description de cette phase « latente » envisagée comme « silencieuse » ou « asymptomatique ». Il n'en est rien.

En réalité, il s'agit d'un temps d'incubation préparant le retour des reviviscences, temporalité marquée par l'amnésie dissociative des circonstances traumatiques. Cette période de « latence » s'avère particulièrement importante cliniquement car si on l'identifie, on traitera plus précocement les troubles en améliorant substantiellement le pronostic.

Ce qui apparaît évident, dès lors, constitue cette impression de rupture dans la vie du sujet, rupture parfois seulement identifiée par ses proches. Le trauma entraîne un bouleversement profond du rapport du patient à lui-même, à autrui et au monde. La personnalité se modifie. La vie relationnelle est perturbée. En témoigne le surgissement d'actes surprenants, en contradiction avec le fonctionnement antérieur du sujet avec, par exemple, une rupture sentimentale inopinée ou la démission impromptue d'un emploi jusque-là bien investi.

Tandis que les reviviscences présentes lors du « trouble de stress aigu » ont disparu, la période de « latence » est reconnaissable par cinq autres caractéristiques.

■ **Symptômes post-traumatiques cardinaux d'intensité légère à modérée.**

- Hypervigilance se manifestant par une tension psychique et physique globale, des activités dérivatives surinvesties (activité physique intense, épuisement dans des activités caritatives, etc.).
- Évitements cognitifs et comportementaux de tous les faits, les lieux, les personnes, les sensations, etc. qui pourraient rappeler les circonstances traumatiques.
- Aggravation progressive de la dissociation par abaissement du seuil dissociatif global.

■ **Richesse des dimensions symptomatiques polymorphes** sans toutefois que celles-ci franchissent le seuil d'un diagnostic caractérisé évident.

- Majoration d'une anxiété ou d'une tendance dépressive... sans que cela ne soit médicalisé.
- Troubles des fonctions instinctuelles associant insomnies (d'endormissement, de fin de nuit, de réveils multiples), troubles des conduites alimentaires (grignotages, irrégularité des prises et/ou inappétence alimentaire le plus souvent), troubles de la sexualité (baisse de la libido notamment).
- Sensibilisation de douleurs physiques nécessitant des prises de médicaments antalgiques ainsi que des investigations radiologiques... sans qu'un acte chirurgical ne soit indiqué.
- Troubles des fonctions neuropsychologiques, avec léger affaiblissement des capacités d'attention, de concentration et de mémorisation.

- Augmentation des consommations de substances psychoactives... sans qu'une dépendance physique ne devienne manifeste.
- Hyperréactivité émotionnelle et affective avec mise en tension des mécanismes de défense liés à la personnalité.
- Apparition de difficultés relationnelles en famille et au travail... sans toutefois qu'une rupture affective ou qu'un licenciement n'intervienne nécessairement.

■ **Dégradation progressive de l'état de santé subjectif**, sous l'effet de l'aggravation du processus dissociatif. Globalement, l'impression de bonne santé diminue et la consommation de soins et de bien médicaux augmente (consultations médicales, bilans biologiques et radiologiques, usages de médicaments, prescriptions de congés de maladie, etc.).

■ **Durée variable de l'amnésie dissociative**, habituellement de quelques heures à quelques mois, parfois trop brève pour être identifiable, d'autres fois se prolongeant pendant plusieurs décennies. Stéphane était dans la rame de métro qui a explosé, il a vu des blessés et des morts mais, lui étant indemne, il va travailler comme tous les jours en oubliant l'événement jusqu'au soir où, devant le journal télévisé, tout lui revient. Samantha, victime de viol, confiait : « Pendant des décennies j'ai vécu avec ça en moi et aujourd'hui, c'est revenu, comme une grenade à retardement. » Si elle n'y avait plus consciemment pensé, la douleur continuait d'habiter son être, d'y faire dommage, jusqu'à « l'explosion ». Ce temps d'amnésie peut être prolongé par le maintien dans le climat traumatogène, comme un soldat qui vient de subir un événement traumatisant près du front et qui doit alors tenter de se préoccuper de sa sécurité ; c'est une fois à l'abri que les reviviscences apparaîtront.

■ **Achèvement sous l'effet d'un facteur redéclencheur des reviviscences**, facteur possédant un trait commun, un trait associatif avec la scène traumatique :

- **Perception implicite d'une sensorialité** présente dans l'environnement tels une couleur, un objet, un son en apparence banal⁸. Il arrive souvent que le facteur redéclencheur ne soit pas clairement identifiable à cause de la dissociation, ou soit supposé plus tardivement grâce à l'analyse clinique rétrospective ;
- **Perception physique ou émotionnelle** intense qui appelle celle(s) ressentie(s) pendant le trauma, dans les suites d'une douleur physique ou d'un deuil par exemple ;
- **Pensée consciente** telle que, par exemple, un claquement de porte qui fait resurgir cette nuit-là où les balles de kalachnikov fusaient. Autre exemple, cet homme rentré subitement dans la rame de métro ressemble comme deux gouttes d'eau à l'agresseur de jadis qui reviendra aussitôt hanter les cauchemars ;
- **Paradoxalement, un événement vécu comme heureux** et apparemment éloigné des circonstances traumatiques initiales peut rappeler une ancienne blessure psychique. Telle cette mise à la retraite d'un militaire en raison de sa limite d'âge qui fait aussitôt réapparaître les missions de jadis. Telle la naissance d'un enfant désiré lorsque l'un des parents sera terrifié de perpétrer à son tour les maltraitances dont il fut jadis la victime.

8 Comme il s'agit du même processus, nous donnons ci-après d'autres exemples dans le paragraphe abordant les facteurs redéclencheurs des reviviscences lorsque le trouble post-traumatique est redevenu complet.

Alors, le trauma « resurgit », les reviviscences reviennent brutalement. Deux évolutions sont ensuite possibles :

- Guérison rapide des troubles, spontanément ou sous l'effet d'une thérapie ;
- Structuration d'un trouble de stress post-traumatique.

Perpétuel retour du trauma par les reviviscences

Le trouble de stress post-traumatique comprend cinq dimensions symptomatiques cardinales dont la première lui est pathognomonique : reviviscences, hypervigilance, stratégies d'évitement, dépression, dissociation globale. Nous les abordons successivement.

Marques d'une dissociation aiguë réplivative, **les reviviscences sont le symptôme pathognomonique du trouble de stress post-traumatique** où le sujet revit précisément, à l'identique comme s'il s'y trouvait toujours, la scène traumatique accompagnée de son emprise de détresse. En d'autres termes, le trauma se répète inlassablement. Les perceptions extérieures, les sensations internes dont les douleurs physiques, les émotions négatives, les pensées, et de manière générale tous les ressentis vécus dans la scène traumatique, gardent leurs caractères violents et bruts. Ces éprouvés resurgissent principalement lors du relâchement de la vigilance. Pendant le sommeil, ils prennent la forme de cauchemars. En période de veille, nommés flashbacks (ou ecmnésies en français), ils surviennent lorsqu'un élément de l'environnement ou du soi rappelle la scène traumatique : il peut s'agir des commémorations, des temps de la procédure judiciaire (dont les expertises médicales et psychologiques), de la visualisation d'un film rappelant les événements vécus. Il peut encore s'agir de perceptions sensorielles basiques et non forcément identifiables dans l'instant, du fait de la dissociation (exemple, une couleur rappelant celle du manteau de l'agresseur), voire de réactions émotionnelles ou de pensées (exemple, une intense sensation de dégoût pour un aliment, une pensée sur les violences faites aux enfants).

Il existe 13 formes de répétitions traumatiques qui peuvent s'associer entre elles⁹ :

- **Cauchemars de répétition** qui le plus souvent réveillent le sujet à l'acmé de l'horreur ;
- **« Hallucinations » de répétition encore dénommées ecmnésies ou flashbacks** et qui surviennent en journée, lors de périodes de calme relatif comme marcher dans la rue, regarder la télévision, rêvasser, etc ;
- **Illusions de reviviscences** lorsque le sujet croit reconnaître des éléments de la scène traumatique dans son environnement, comme si elle s'imprimait dans celui-ci ;
- **Vécu « comme si » l'événement allait se reproduire**, dans un sentiment de grande insécurité ;
- **Souvenirs intrusifs** perçus comme distincts des faits originaux ;
- **Ruminations mentales stéréotypées** et envahissantes concernant l'événement traumatique et ses conséquences ;
- **Cénesthésies et douleurs** le plus souvent détachées de toute autre perception traumatique, ce qui en rend difficile l'identification clinique ;

9 Nous reprenons la classification du Pr Crocq que nous complétons (Crocq, 1999).

■ **Phénomènes moteurs élémentaires** réitérant la réaction motrice contemporaine de l'événement (tics, sursauts, recroquevillements, mises au sol, contractions de groupes musculaires, etc.) ;

■ **Fugue dissociative** définie par un départ soudain et inattendu du milieu de vie habituel, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé et d'une confusion concernant son identité personnelle (ou bien l'adoption d'une nouvelle identité). Ces fugues durent en général quelques heures mais peuvent se prolonger des jours, voire des mois, le sujet franchissant parfois les frontières de pays, tel un « voyageur sans bagages » qui se « réveillera » brutalement sans avoir souvenir de son périple. Pour exemple, nous avons une patiente qui fuguait de son lieu de vie à chaque paroxysme anxieux, parcourait comme téléguidée quelques centaines de mètres dans Paris, puis reprenait conscience, parfois sur l'incitation des passants étonnés, devant la salle de concert où elle avait été prise en otage ;

■ **Comportements de répétition** avec pleurs, passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs, prostitution, visionnages d'images violentes sur Internet, consommations de jeux vidéo violents, conduites ordaliques (sports extrêmes, conduite automobile dangereuse, etc.), remises en ménage auprès de conjoints malveillants¹⁰, etc.) ;

■ **Impulsions à raconter ou écrire l'événement sur un mode récitatif** (et non pas narratif). Telle cette patiente qui relatait en boucle l'effroyable accident du travail qui lui était arrivé jadis : cela avait fini par épuiser son entourage ;

■ **Syndrome psycholinguistique traumatique** (ou SPLIT) considérant les marques lexicales, syntaxiques et pragmatiques dans le discours lorsque le sujet tente d'évoquer son trauma. Ce syndrome psycholinguistique que nous détaillons plus loin dans ce chapitre comprend trois axiomes :

- L'anomie qui renvoie à l'indicible,
- Les répétitions lexicales et syntaxiques correspondant aux reviviscences,
- L'impression de désorganisation phrastique et discursive rappelant la dissociation.

Enfin, le sujet blessé psychique garde souvent des objets rappelant son trauma comme un blouson troué, un éclat de balle, etc. Il peut aussi se faire tatouer une image, un symbole ou un mot en lien avec l'événement, ou débiter une collection (grenades, livres sur la guerre, etc.).

On différenciera cliniquement les reviviscences des :

■ Ruminations morbides anxiodépressives non répliquatives pouvant intégrer un trouble de l'adaptation à un facteur de stress¹¹ ;

■ *Flashbulbs* qui constituent des mémorisations de faits sociétaux à fort retentissement médiatique mais non chargés de détresse psychologique massive (les plus étudiés étant l'explosion de la navette *Challenger* en 1986 et les attentats du 11 septembre 2001 à New York) ;

10 Avec parfois une relation d'emprise sous le joug d'un agresseur, voire de plusieurs agresseurs successifs, dans le cadre de la répétition d'un mode d'attachement en souffrance (davantage fréquent comme conséquence-répétition des traumatismes complexes).

11 Les « troubles de l'adaptation » (intégrant de nombreux symptômes comme la dépressivité de l'humeur, une tendance anxieuse, des mésusages de substances, etc.) sont plutôt des diagnostics d'exclusion, pour lesquels la rémission est obtenue en quelques mois à la suite de l'éviction des facteurs de stress causaux, ou grâce à une adaptation secondaire à ceux-ci.

- Obsessions intégrant les troubles obsessionnels compulsifs où les compulsions permettent de faire transitoirement diminuer l'anxiété liée aux obsessions.

Les reviviscences surviennent pendant des périodes de repos, lorsque la conscience ne permet pas d'éloigner les éléments déclencheurs, lorsque l'on regarde la télévision, que l'on fait son footing ou que l'on raconte une histoire à son enfant. Alors, pour tenter d'y échapper, se mettent en place une hyperactivité neurovégétative (pendant du *fight*) et aussi des stratégies d'évitement (pendant du *flight*) tentant de :

- **Diminuer le risque de survenue de flashbacks intrapsychiques** par maintien d'un niveau vigil élevé et par maîtrise des déclencheurs (perceptions ou cognitions rappelant le trauma) ;
- **Limiter le risque que le traumatisme se répète dans la réalité** : si je me suis fait agresser dans une rue sombre, je l'éviterai à l'avenir, j'éviterai peut-être même de sortir le soir, voire de sortir complètement, ou alors je resterai sur mes gardes.

L'hypervigilance maintient un niveau élevé de réactivité physiologique, ce qui se traduit par :

- Troubles du sommeil multiples ayant pour conséquence un temps de sommeil réduit qui alimente circulairement l'hypervigilance ;
- État d'alerte permanent (hyperéveil) ;
- Réactions de sursaut ;
- Irritabilité ;
- Impulsivité ;
- Tensions physiques et psychiques intenses ;
- Anxiété et hyperréactivité émotionnelle ;
- Tachycardie et hypertension artérielle.

Les stratégies d'évitement cognitives et comportementales visent principalement à éloigner tous les stimuli qui pourraient éveiller la mémoire traumatique :

- Lieux, activités, personnes, objets ;
 - Sensations internes (dont les douleurs) ;
 - Émotions, avec le développement d'alexithymie partielle focalisée sur certaines modalités émotionnelles ;
 - Plus globalement, tout ce qui serait de près ou de loin associé au traumatisme, y compris des stimuli élémentaires non forcément conscientisés par le sujet à cause de la dissociation (certaines couleurs, certains sons, certaines odeurs, etc.).
- Il est par ailleurs prouvé que tenter d'oublier consciemment un événement ne fait que renforcer la mémorisation de celui-ci.

La dimension anxiodépressive, quasiment toujours retrouvée, résulte de deux grands mécanismes.

- **L'épuisement psychophysiologique réactionnel** à la détresse réitérée lors des reviviscences, aux insomnies, au sentiment d'insécurité permanent, aux conséquences délétères de cette symptomatologie en termes d'adaptation sociale. De manière générale, les symptômes négatifs de déprime (diminution des intérêts pour les activités récréatives,

restriction des investissements, dévitalisation du quotidien, émoussement affectif, baisse de la motivation, etc.) sont partiellement masqués par l'hypervigilance.

■ **L'expérience déshumanisante de la blessure psychique**, du fait de la réification causée par certains déterminants traumatiques (être l'objet d'un bourreau, d'une situation, etc.) et l'indicibilité (alors que le langage élaboré est définitoire de la nature humaine). Le rapport au monde et à autrui demeure marqué de réflexions pessimistes incluant l'impossibilité de maîtriser son destin, l'absence de sens intrinsèque à l'existence, de profonds désenchantements sur la nature humaine. La fin de l'illusion d'immortalité¹² et son rappel régulier lors des flashbacks alimentent une faille narcissique durable grevant l'envie de reconstruire.

La dissociation générale se pérennise, notamment par les symptômes d'amnésie, de déréalisation et de dépersonnalisation que nous avons ci-avant détaillés. Mais cette notion de dissociation reste difficile à saisir, comme si elle portait elle-même son propre symptôme. Pour preuve, la description du trouble de stress post-traumatique dans le DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2022) en offre une idée morcelée et adjacente à travers les items B1 à B6, D1, D6, D7, E5, mais encore avec les critères supplémentaires de « sous-typages avec symptômes dissociatifs » dits « S1 (avec dépersonnalisation) et S2 (avec déréalisation) » (**encadré 2.1**).

En fonction de l'absence de certains critères, il a été décrit des « TSPT-like », des TSPT « incomplets » ou « partiels », etc. En pratique, au-delà de la définition catégorielle appréciable grâce à l'entretien structuré du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), une approche dimensionnelle du symptôme apparaît davantage intéressante autant en pratique clinique qu'en recherche, ce que proposent certaines échelles de cotation comme la *Post-Traumatic Check List Scale* (PCLS-5) ou la *Dissociative Experience Scale* (DES). Nous présenterons successivement ces trois outils.

Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* correspondant au DSM-5-TR (MINI 7.0.2) constitue un entretien diagnostique structuré permettant de repérer la quasi-totalité des troubles listés dans le DSM-5-TR (présence actuelle et sur la vie entière). Le MINI est prévu pour être administré par un clinicien lors d'un entretien face à face (mais il peut aussi être utilisé comme questionnaire autoadministré). Chaque module débute par une ou plusieurs questions filtres fermées renvoyant aux critères principaux du trouble recherché, puis en cas de réponse positive, aux symptômes secondaires. Le temps de passation est d'une vingtaine de minutes. Les validités apparentes, concourantes et convergentes sont très bonnes, de même que les fidélités interjuges et test-retest. Le MINI localisateur 7.0.2 convertit les réponses binaires des modules classiques en une approche dimensionnelle pour chaque symptôme, permettant de suivre dans le temps l'évolution des dimensions diagnostiques (Sheehan *et al.*, 1998).

La *Post-Traumatic Checklist Scale* (PCLS-5) validée en français (Ashbaugh *et al.*, 2016) est un autoquestionnaire de 20 items évaluant au cours du dernier mois les 20 symptômes du TSPT selon le DSM-5-TR. Chaque item est coté de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Le questionnaire peut être complété par les sujets en salle d'attente avant leur séance de thérapie ; la complétion dure 5 à 10 minutes. L'interprétation de la PCLS-5 doit être

12 Freud notait que l'homme vit au présent de l'immortalité, ne croyant pas vraiment à sa finitude, quitte sinon à ne pas profiter de l'existence.

Encadré 2.1**Trouble de stress post-traumatique chez l'adulte (critères diagnostiques simplifiés d'après le DSM-5-TR, les items renvoyant à la dissociation sont soulignés)**

- Critère A : exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles [...].
- Critère B : présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - **B1** : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse ;
 - **B2** : rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement ou aux événements traumatiques ;
 - **B3** : réactions dissociatives [...] au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire ;
 - **B4** : sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause ;
 - **B5** : réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- Critère C : évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
 - **C1** : évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ;
 - **C2** : évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- Critère D : altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des éléments, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 - **D1** : incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique [...];
 - **D2** : croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, d'autres personnes ou le monde [...];
 - **D3** : distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes ;
 - **D4** : état émotionnel négatif persistant [...];
 - **D5** : réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
 - **D6** : sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
 - **D7** : incapacité persistante à éprouver des émotions positives [...].
- Critère E : altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des événements suivants :





- **E1** : comportement irritable ou accès de colère ;
 - **E2** : comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
 - **E3** : hypervigilance ;
 - **E4** : réaction de sursaut exagérée ;
 - **E5** : problèmes de concentration ;
 - **E6** : perturbation du sommeil.
 - Critère F : la perturbation (critères B, C, D, et E) dure plus de 1 mois.
 - Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance [...] ou à une autre affection médicale.
 - Critère S : critère supplémentaire de sous-typage avec symptômes dissociatifs : [...] en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :
 - S1) dépersonnalisation** : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps [...] ;
 - S2) déréalisation** : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement [...].
- Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (DSM-5-TR), American Psychiatric Association Publishing, copyright 2022 ; traduction française par M.- A. Crocq, A.E. Boehrer et J.D. Guelfi, Elsevier Masson, 2023.

réalisée par un clinicien et peut associer différentes lectures : en score total rendant compte de la gravité des symptômes (0 à 80), en score de gravité pour chaque symptôme du DSM-5-TR (B : 1-5 ; C : 6-7 ; D : 8-14 ; E : 15-20), en s'intéressant spécifiquement à un ou plusieurs items séparément. Un diagnostic de TSPT provisoire peut être retenu en considérant tout item avec un score supérieur ou égal à 2, en adhérant aux critères du DSM-5-TR (1 item B, 1 item C, 2 items D et 2 items E), et d'après un seuil classiquement retenu à 38 (soit environ la moitié du score maximum possible). L'évolution de la cotation dans le temps est considérée significative lorsqu'elle varie de 10 points. Plus globalement, lorsque le score total est coté supérieurement à 29, la PCLS a été décrite comme sensible du repérage d'une difficulté psychique générale, particulièrement dans les dimensions anxieuses et dépressives (Blevins *et al.*, 2015) (tableau 2.1).

La *Dissociative Experience Scale* (DES) (encadré 2.2) validée en français (Darves-Bornoz *et al.*, 1999) est un autoquestionnaire à 28 items évaluant la fréquence des symptômes dissociatifs dans la vie quotidienne. Le score total est obtenu en additionnant les scores des 28 items puis en divisant par ce même nombre (score final de 0 à 100). Les scores moyens de la population non clinique au DES restent inférieurs à 8 tandis que les patients souffrant de trouble dissociatif de l'identité se trouvent autour de 50, un score limite de 25 étant classiquement retenu pour l'évocation d'un trouble dissociatif.

Ce nonobstant, si les catégories nosographiques intégrant les aspects dimensionnels, les questionnaires et échelles standardisés restent intéressants, ces outils se verront bientôt supplanter par l'évolution épistémologique des diagnostics en psychiatrie et en psychologie clinique¹³.

13 Lire l'ouvrage *La Psychiatrie et la psychologie du futur* (2025), coordonné par Yann Auxéméry et Jasmina Mallet, réunissant parmi les meilleurs spécialistes francophones qui explicitent les essences diagnostiques, les stratégies de recherche, les méthodes d'enseignement et les psychothérapies de demain.

Tableau 2.1. PCL-5 : Post-traumatic Stress Disorder Checklist version DSM-5.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					



Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hypervigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

Source : Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx & Schnurr (2013). National Centre for PTSD © 2013. Traduction française et validation par Ashbaugh *et al.* (2016).

Encadré 2.2

Dissociative Experiences Scale (DES)

E.M. Bernstein, F.W. Putnam (1986)

1. Certaines personnes font l'expérience, alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus), de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou une partie du trajet.
2. Parfois, certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou une partie de ce qui vient d'être dit.
3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.
4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.
5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.
6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.



7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.
8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.
9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).
10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.
11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.
12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets et le monde autour d'eux.
13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.
14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.
15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.
16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.
17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.
18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'étaient réellement en train de leur arriver.
19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.
20. Il arrive à certaines personnes de rester, le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.
21. Parfois, certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.
22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.
23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire, avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (exemple, sports, travail, situations sociales...).
24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).
25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.
26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.





27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent les choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela vous arrive.

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.

D'après Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Dissociative Experiences Scale (DES).

En l'absence de soins, les troubles psychiques post-traumatiques s'aggravent dans le temps

De nombreuses souffrances post-traumatiques existent au-delà des symptômes cardinaux

Reviviscences, hypervigilance, évitements, dissociation : si ces quatre symptômes post-traumatiques cardinaux sont classiquement retenus dans la définition du « trouble de stress post-traumatique », les blessures psychiques entraînent des répercussions cliniques davantage diverses et complexes. En d'autres termes, la psychotraumatologie du trauma de type 1 ne se résume pas à l'unique « trouble de stress post-traumatique », mais correspond aux « troubles psychiques post-traumatiques » au pluriel. En sus des reviviscences, de l'hypervigilance et des évitements s'associent de nombreux autres symptômes, parfois dénommés « aspécifiques » du fait de leur présence dans d'autres troubles psychiques. Or, ces symptômes gardent un lien clinique étroit, essentiellement consécutif, avec le fait traumatique générateur, en caractérisant d'authentiques formes cliniques post-traumatiques (et donc sans être simplement des « comorbidités » ou des « complications » du trauma comme on le lit encore trop souvent dans la littérature). Avant de détailler ces troubles dans le chapitre 4, citons déjà les principaux cadres anatomocliniques existants en donnant pour chacun un exemple.

■ **Troubles anxieux caractérisés** (troubles obsessionnels compulsifs, anxiété de séparation, agoraphobie, phobies spécifiques). Exemple : dans les suites d'un cambriolage, un trouble obsessionnel compulsif se développe avec vérification incessante de la fermeture des fenêtres et des portes, pendant plus de 1 heure par jour.

■ **Troubles de l'humeur** (dépressions post-traumatiques, mélancolie, deuil compliqué, déclenchement d'une bipolarité). Exemple : du fait de la confrontation directe et brutale au corps sans vie d'un être cher, un deuil bloqué en phase centrale dépressive pourra durer de nombreuses années.

■ **Psychoses post-traumatiques** (fonctionnelles brèves et structurelles schizophréniques). Exemple : l'événement traumatique, ses causes et/ou ses conséquences apparaissent en hallucinations ou dans le système paralogique du délire.

■ **Souffrances physiques et/ou psychosomatiques** (traumas somatopsychiques, troubles somatoformes, troubles psychosomatiques). Exemple : une hypothyroïdie sévère survient dans les semaines suivant un accident de la route.

- **Mésusages de substances psychoactives** (alcool, antalgiques, anxiolytiques) et addictions comportementales (jeux vidéo violents, automutilations). Exemple : une polyaddiction à l'alcool et aux benzodiazépines s'établit afin d'apaiser les anxiétés et de restaurer un peu les nuits contre les cauchemars.
- **Atteintes des fonctions instinctuelles** (troubles du comportement alimentaire, troubles sexuels). Exemple : après une agression sexuelle, une baisse de la libido et une anorgasmie sont fréquentes.
- **Troubles neuropsychologiques** (difficultés de concentration et de mémorisation, atteinte des fonctions exécutives). Exemple : les capacités mnésiques normales diminuent, comme si l'hypermnésie constitutive des reviviscences et l'hypomnésie dissociative prenaient toute la place.
- **Mise en tension des mécanismes de défense liés à la personnalité.** Exemple : sensibilisation de traits phobiques ou impulsifs antérieurement présents de manière mineure.
- **Désadaptation sociale** (violences intrafamiliales, difficultés d'inscription professionnelle, actes délictueux). Exemple : les ruptures conjugales et démissions imprévisibles sont fréquentes.

En l'absence de soins, tous ces cadres symptomatiques ont tendance à s'associer, à des degrés divers, signant la gravité du tableau clinique global ([Tarquinio et Auxéméry, 2022](#)).

Fluctuation des symptômes dans la durée

Au gré de fluctuations tant qualitatives que quantitatives, les multiples expressions du trauma ne sont pas toujours en phase mais oscillent entre éclipses et résurgences : les reviviscences peuvent s'estomper, voire disparaître, tandis que surviennent ou s'accroissent d'autres signes anxieux, dépressifs, addictifs, schizophréniques, neurocognitifs, physiques, etc. En d'autres termes, il est particulièrement fréquent que les symptômes cardinaux du trauma ne soient plus évidents cliniquement, car éclipsés par d'autres souffrances plus bruyantes, plus faciles à repérer... sans toutefois que leurs origines psychotraumatiques ne soient en fait évidentes. L'évolution peut devenir invalidante avec l'association de symptômes psychiques chroniques, de conséquences somatiques délétères, de troubles cognitifs envahissants et de difficultés sociales ([Auxéméry, 2019a, 2022](#)).

L'enjeu de bien repérer ces formes cliniques, et surtout de comprendre leurs origines traumatiques, apparaît essentiel. En effet, si je rencontre un patient présentant un alcoolisme et que je tente de prendre en charge uniquement cette addiction sans me rendre compte de sa cause traumatique, le traitement sera voué à l'échec. Tant du côté de l'alcool que de la dissociation, les symptômes s'aggraveront. De même, une dépression sera qualifiée à tort de « résistante » aux antidépresseurs, des crises psychogènes non épileptiques se sensibiliseront, des douleurs continueront à se diffuser... Ces patients, en errance diagnostique, se retrouvent souvent ballottés d'un médecin ou d'un service hospitalier à l'autre, sans qu'une approche holistique ne puisse enrayer le processus. Nous oserions dire que la dissociation se transmet au système de soins.

La dissociation continue de se diffuser et péjore l'agentivité

Chez un patient blessé psychique qui ne bénéficie pas de soins efficaces, la dissociation se diffuse par le développement d'une tendance basale aux phénomènes dissociatifs (amnésies extensives, dépersonnalisations marquées, troubles de la concentration, somatisations, etc.).

Si la dissociation est multiple dans ses expressions, en même temps, elle fait paradoxalement le lien entre tous les symptômes traumatiques dont elle reste le déterminant. Pourrait-on la modéliser mieux, au plus près des formes cliniques ? Nous pourrions alors parler de « dissociation » :

- *du corps et de l'esprit*, explicitant les souffrances physiques et les troubles des fonctions instinctuelles ;
- *des fonctions psychiques émotionnelles et cognitives*, génératrices des troubles neuropsychologiques ;
- *des processus cognitifs entre eux*, expliquant les dépressions résistantes et les mésusages de substances psychoactives ;
- *massive de l'être*, tendant vers la discordance schizophrénique ;
- *des mécanismes de défense liés à la personnalité*, impliquant les changements du caractère, voire la fragmentation de la personnalité jusqu'au trouble dissociatif de l'identité.

Au cours des mois, des années, la dissociation s'insinue progressivement, au point de se retrouver partout, de finalement prendre le contrôle d'une grande partie de la vie du sujet, quitte à le contraindre à la répétition traumatique, encore. Un moment de dissociation reconfrontera à un accident de la voie publique, telle cette patiente renversée à deux reprises, à 10 ans d'intervalle, alors qu'elle traversait sur les passages cloutés. Autre exemple, une alcoolisation massive confrontera de nouveau aux conséquences d'une rixe incontrôlable, comme chez cet ancien légionnaire, blessé au Rwanda, et qui depuis fréquente régulièrement la cellule de dégrisement de son commissariat de quartier. Évoquons encore cette femme qui se rétablit itérativement avec des conjoints violents, dans l'évidente répétition de mécanismes d'attachement en souffrance et qui se sensibilisent au cours du temps, mettant en échec les services sociaux et judiciaires.

Réification face à un agresseur, impuissance face à une catastrophe naturelle ou la mort d'un proche, incapacité à fuir des violences politiques, la notion de perte d'agentivité s'avère consubstantielle de nombreuses confrontations traumatogènes. De surcroît, les symptômes post-traumatiques cardinaux, en eux-mêmes, majorent cette perte du sentiment d'agentivité : reviviscences incontrôlables, évitements extensifs réflexes, dépression limitant les capacités d'action, dépersonnalisation... L'agentivité du sujet, sa capacité d'action dans le monde et sur lui-même, s'amenuise (Gayraud et Auxéméry, 2022 ; Frabetti, Gayraud et Auxéméry, 2023).

Ces transformations du fonctionnement psychique sont parfois conscientisées par certains patients qui ressentent que quelque chose a changé, avec cette impression

d'être devenu, en partie, quelqu'un d'autre... mais sans en percevoir toujours la cause, ou ne pouvant que la taire. Quand bien même celle-ci apparaît identifiée, nombreux sont ceux qui continuent à éviter les soins, le trauma se protégeant des interférences extérieures : alors, les symptômes se pérennisent, s'aggravent. « Ne vous inquiétez pas docteur, ça va passer... », entend-on de la bouche de certains consultants alors même que leurs souffrances sont là depuis plusieurs décennies ! Avec le patient, le soignant doit prendre garde à ne pas devenir complice du symptôme, à ne pas se laisser contaminer par la dissociation au risque, sinon, de n'être plus thérapeutique¹⁴ (figure 2.2).

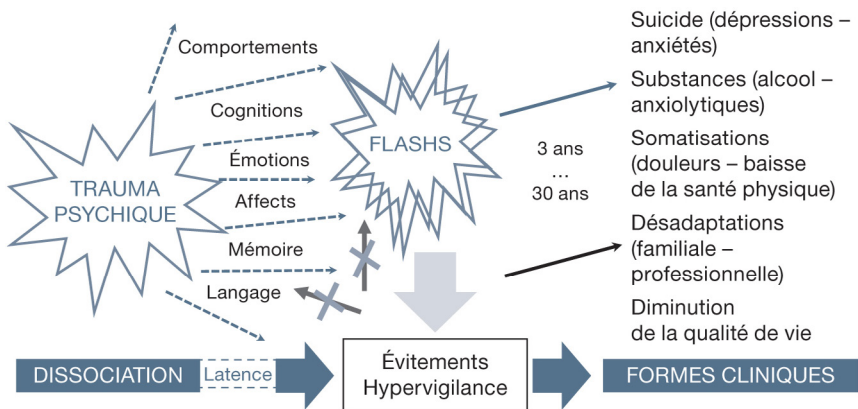


Figure 2.2. L'impact de la dissociation comme source de tous les symptômes post-traumatiques.

Révolutions portées par la psycholinguistique contemporaine

Ces toutes dernières années, c'est-à-dire depuis 2 ou 3 ans, la psycholinguistique apparaît comme une aide décisive au diagnostic des blessures psychiques, ce qui nous a fait décrire un nouveau syndrome : le « syndrome psycholinguistique traumatique » (Split). Nous avons en effet découvert que le discours des personnes souffrant de symptômes post-traumatiques présentait, tant sur le fond que sur la forme, les marques du trauma, ce que nous pouvons considérer comme une forme particulière de reviviscences (Auxéméry, 2019b, 2021). Cette nouvelle clinique devient indispensable à connaître d'autant qu'elle promeut des outils diagnostics concrets, dont certains s'automatisent grâce aux programmes de traitement automatique du langage issus des intelligences artificielles.

¹⁴ Nous détaillons ces points essentiels dans le chapitre 5 consacré aux psychothérapies.

Écoutons d'abord le témoignage de Malo, infirmier à l'hôpital français de Kaboul dont les urgences accueillaient des patients de tous âges aux blessures effroyables :

« Au niveau de la prise en charge des blessés... Je veux dire... C'était bien. Ça me plaisait. Ce travail. Parce que sur le coup... C'était... Même si le mec il arrive déchiqueté, démembré... Ou entre la vie et la mort... Je sais que les gestes que je fais ça pouvait contribuer à la survie. C'est ça qui... C'est ça j'vous dis c'est... Sur le coup quand... Je pensais pas du tout à... Je me dis qu'il faut quand même qu'on fasse quelque chose pour qu'il survive. Et c'est après tout ça... Surtout quand... Ben... Après le service... Là où ça revenait, où... Et là où on revoit ce qui s'était passé... Qu'on réalise vraiment... Ben oui... Celui-là il vient de perdre la vie. Mais sur le coup on fait tout ce qu'il y a à faire et... On n'est pas... J'étais pas en état de stress. Ça me traumatisait pas. Ça ne m'a pas traumatisé sur le coup j'veux dire. Je me suis dit... Il y a plus important que ça. J'appréhendais de voir des morts, mais... Ça s'est bien passé quand il fallait faire les... La mission elle s'est bien déroulée dans l'ensemble. Par contre y a toujours un truc c'est que... Ben les morts ils vont à la morgue... Et après... Une fois que c'est bien fini ben... Le mort il faut le récupérer et l'amener à la radiologie, au scanner. Et je me rappelle il y en a un... Sa colonne vertébrale... Rentrée directement dans son cerveau quoi. J'veux dire... C'est... C'était dur... J'veux dire y a des images qui restent et qui... J'vous dis... C'est... Et tout ça... Je me suis dit bon... Si mes collègues et moi on arrive à... Si je tiens, y a pas besoin de... J'ai des collègues qui ont... Et je me suis dit non. Faut que je sois plus fort que ça et j'ai... Mais au final... Non. J'ai fait des cauchemars là-bas. C'était sur le bain de sang... C'est comme ça que je voyais ça... C'était la première fois où on avait eu autant de blessés d'un coup... Et autant de morts... Et... J'ai fait des cauchemars là-dessus. Parce qu'aux urgences en fait, on a eu... En fait j'ai eu... Mon image que j'avais dans la tête c'était une mare de sang... C'était un bain de sang pour moi l'hôpital... Du moins les urgences... J'avais jamais vu autant de sang et... Les plaies en elles-mêmes... C'était pas ça qui était... C'était voir les gens se vider de leur sang et mourir. Ce jour-là y en a huit qui sont morts. C'est quand même des vies. Mais là, ça passait... Sur le coup faire les gestes... Ça passait... C'est le... Je sais pas. Le contrecoup. À la fin de journée oui. Alors là... Le plus dur après c'est de voir les cercueils qui défilent... »

Le discours de Malo est constitué d'un style particulier s'éloignant du parler ordinaire, avec une nouvelle grammaire, ressemblant à celle de la « littérature traumatique¹⁵ ».

15 Une grande partie de la littérature est « traumatique » au sens où de nombreux auteurs évoquent leurs expériences difficiles avec un style spécifique. Citons *Voyage au bout de la nuit* (1932) de Louis-Ferdinand Céline (traumatisme de guerre), *Si c'est un homme* (1947) de Primo Levi (camps d'extermination), ou plus proche de nous *Le Lambeau* (2018) de Philippe Lançon (attentats de Paris), *Triste tigre* (2023) de Neige Sinno (violences sexuelles). Le lecteur pourra se référer au livre de Nayla Chidiac, *L'Écriture qui guérit. Traumatisme de guerre et littérature*, Odile Jacob, 2025, 285 p.

Syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT)

Basée sur une méthodologie psycholinguistique moderne, l'étude standardisée manuelle et informatisée des témoignages de patients blessés psychiques de guerres, d'attentats et de victimes de violences conjugales nous a permis de définir cette nouvelle entité clinico-linguistique selon trois grandes dimensions.

■ Une difficulté, voire une impossibilité à parler avec fluidité de l'événement traumatique, ce que nous appelons l'**anomie traumatique** :

« J'étais clairement sans défense, en fait j'étais une proie facile, on est partis dans la salle de de de de... je vais-je vais jamais y arriver, on est partis... dans... on est partis dans la salle de... [SOUFFLE] on est partis dans la petite salle... j'y arrive pas, ça veut pas sortir... ça veut pas sortir... il a commencé à me masser la nuque... il a commencé à me masser les épaules... et... franchement c'est dur à dire... franchement c'est très très dur à dire... »

Ce jeune homme victime d'une agression sexuelle par son professeur de sport nous explicite, autant sur le fond que sur la forme, de la grande difficulté à réévoquer les faits.

■ Un discours où de nombreux éléments se répètent (mots, syntagmes, structures syntaxiques, etc.), ce que nous définissons comme la **reviviscence linguistique** :

« Et là, on a vu les lasers des des pistolets des des officiers du du raid en fait. Euh... Se pointer vers nous. Euh... Et là on a tous hurlé et là on a tous hurlé qu'on était des des otages et de de surtout pas tirer. Et euh... et voilà donc ils nous font sortir un par un les mains en l'air. Et euh et voilà ils nous ont fouillés... Euh... Ils nous ont fouillés tout tous les... Il y avait une toute une colonne en fait de d'officiers du raid euh tout tout le long jusqu'à la sortie. Ils nous fouillaient en permanence pour être sûrs qu'on n'ait rien. Et donc voilà on a couru couru dans le bataclan pour sortir. Euh... et là on... on a vu euh... ben une marée humaine de de gens morts quoi. De sang... C'était c'était affreux affreux... ».

■ Une impression de « désorganisation » de la narration que nous avons identifiée sous le vocable de **dissociation discursive** : une fragmentation du discours du patient se constitue de dysfluences matérialisées par des pauses, silencieuses (« ... ») ou remplies (« euuuu ») avec parfois des allongements vocaliques (« tuuuuuu » ; « pen-daaaaaaaant » ; « deeeeeees ») interrompant les énonciations en dehors, et en sus, des frontières syntaxiques naturelles : « Pour moi c'étaient des bruits de... de de tirs... je j'espère vraiment... passer... euuuu... euuuu... comment dire... euuuu... de... de pouvoir... revivre normalement. »

Nous détaillerons maintenant chacun de ces trois axiomes du Split exemplifiés par les propos de patients¹⁶ (figure 2.3).

16 Le lecteur souhaitant approfondir ces notions se référera au livre de Auxéméry et Gayraud, *Le Trauma et le langage. Du langage blessé au langage thérapeutique*, Dunod, 2025, 208 p.

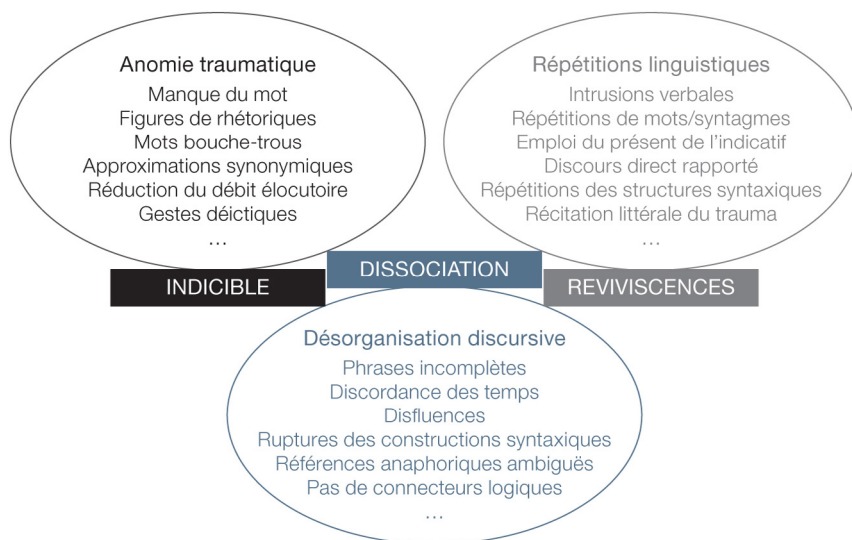


Figure 2.3. Les trois axiomes du syndrome psycholinguistique traumatique.

Anomie traumatique

L'anomie traumatique se manifeste par l'impossibilité à dire le trauma au moyen de mots qui pourraient l'évoquer. Les modifieurs tels les adjectifs qualificatifs et les compléments du nom se font rares, ce qui abaisse l'informativité du discours. Tendant à dépasser ces atteintes lexicales, les circonlocutions, périphrases, comparaisons et antiphrases (ou ironies) sont surreprésentées. Sur le plan thématique, les mentions d'émotions négatives (angoisse, peur, dégoût, culpabilité et impuissance face à l'horreur, etc.), d'affects dépressifs et de sensations (perceptions douloureuses, visuelles, tactiles, cénesthésiques, etc.) apparaissent beaucoup plus développées que la verbalisation des cognitions.

Blocage de la production lexicale

- Pauses silencieuses (« [PS...] »), pauses remplies (« [EUH...] »), allongements vocaux (« voilà[ààààà]... ») :

« Leur seul message c'était un [PS...] un message [EUH...] [PS] de[eeeeee] de vengeance en fait. »
 « On [EUH...] à un moment on a entendu [EUH...] les terroristes. »

- Manque du mot :

« J'ai eu u[uuuuuu]n... [PS] Comment ça s'appelle déjà ? »
 « J'ai fait une demande de[eeeeeee]... de[eeeeeee]... Je vais y arriver... Je cherche le mot... [PS] Je trouve pas... De[eeeeeee]... »

Conduites d'approche des signifiants visés

- Circonlocutions :

« Et euh bah il commence à... fin voilà quoi moi je suis claire, j'veux pas, j'me débats sauf qu'il est violent et bah passe ce qui s'passe. »

■ Antiphrases et/ou ironie :

« On a fait une belle balade ce jour-là... » racontait un soldat ayant perdu son meilleur ami dans une action de feu.

■ Métaphores et comparaisons :

« Et mon mari qui vient à me donner des coups de pieds dans le ventre, dedans les côtes, comme si j'étais un sac-poubelle par terre. »
« J'ai vu un feu d'artifice de personnes humaines... c'est... Voilà elles étaient en l'air ça retombait. »

■ Euphémismes :

« Je regarde Valentin, je me rends compte qu'il bouge plus, il a les yeux ouverts, il regarde vers le plafond, il bouge plus. »

■ Approximations synonymiques et mots bouche-trous :

« Truc » ; « bidule » ; « machin ».

■ Cantonnement à des généralités jusqu'à l'utilisation d'expressions populaires :

« C'est comme ça. » ; « C'est la vie. » ; « Ce sont des choses qui arrivent. ».

■ Gestes :

« À ce moment-là... Il a... Il a... Il a... » et le patient mime avec sa main le pistolet qui avait été posé sur sa tempe.

Thématiques

■ Mort :

« Et là on... on a vu ben... des gens morts quoi. »

■ Émotions négatives et affects négatifs :

« Je vis dans une culpabilité dévorante, je vis dans ma culpabilité. »
« Depuis ce jour-là je suis prise par la tristesse, j'crois plus en l'humanité, j'crois plus en l'avenir, j'crois plus en rien. »

■ Perceptions sensorielles et somatiques traduisant les manifestations physiques des émotions et de l'anxiété, voire les blessures physiques concomitantes aux blessures psychiques :

« Je les ai clairement entendus, puis je les ai vus, ils étaient tout proches, tout à côté, ça sentait la poudre, c'est comme si leurs pas résonnaient dans le plancher. »
« Je tremblotais de partout comme une feuille morte. »

Reviviscences linguistiques

L'analyse syntaxique met en évidence des répétitions de fond et de forme du discours.

■ Onomatopées :

« Et là ça a fait Ta Ta Ta Ta Ta !! »

« Quelqu'un a fait à la porte Toc Toc Toc, et ensuite... un grand boum !! »

■ Mots grammaticaux et syntagmes :

« Dès que... dès que j'entends un bruit j'ai l'impression d'entendre des des bruits de de de tir. Hier matin je je me réveillais il y avait... j'entendais des bruits dans la rue... ça a été... ça a été terrible... ça a été... ça a été... ça a été... euh... euh... dur ! »

■ Emploi du présent historique comme si la scène était encore en cours maintenant (hypotypose) :

« On se réfugie tous dans les cuisines du restaurant les cuisines du restaurant nous font euuuh... nous font entrer dans une cour. On rentre dans la cour on reste cinq minutes là John un ami était resté dehors et euuuh... et on sort cinq minutes de là plus tard et on découvre en fait les tous les corps dehors enfin euuuh... et la police qui arrive les pompiers et on comprend vite que euuuh... que c'est un attentat. »

■ Emploi du discours direct souvent sous forme de citations telle une reviviscence verbale :

« Et le soir-là, il est venu me voir, je faisais la douche des enfants. Et là il m'a menacé de se suic... de se suicider devant mes enfants. Il m'a dit bah euuuh : "De toute façon je vais prendre mes affaires, je vais partir, et puis euuuh... tu me reverras jamais plus et on sera tranquille et tout le monde sera tranquille !" Et de là je euuuh... lui ai dit : "Faut pas dire des choses comme ça devant les enfants." »

■ Structures syntaxiques :

« Et là je me suis dit : "Ils ils ils reviennent, ils reviennent, ils reviennent..." Et puis on a entendu : "Pan pan pan pan pan pan..." Et je me disais "Faut pas que tu restes là, faut pas que tu restes là, faut pas que tu restes là..." Et finalement j'y suis restée. »

Ici, outre les répétitions de mots : « Ils ils ils » ; de syntagmes : « ils reviennent, ils reviennent, ils reviennent » ; d'onomatopées : « Pan pan pan » ; il y a aussi la structure globale de la phrase qui est une répétition avec l'annonce du discours direct à trois reprises.

Dissociation discursive

L'écoute des témoignages donne une impression de « désorganisation » du discours et d'éclipse du sujet de sa propre énonciation (ce que nous appelons *l'out of language experience*).

« Désorganisation » du discours

- Ruptures des constructions syntaxiques :

« On était tous recroquevillés les uns sur les autres euuuh... s'agripper euuuh... on est rest [ÉNONCÉ INCOMPLÉT] on a dû rester [ÉNONCÉ INCOMPLÉT] ben au moment où je j'ai envoyé à mon ami euuuh... une vidéo euuuh... [ÉNONCÉ INCOMPLÉT] en fait j'avais envoyéeeee euuuh... [ÉNONCÉ INCOMPLÉT] donc je filmais le concert... »

- Références anaphoriques ambiguës : lorsqu'un pronom est utilisé, on ne sait plus bien à qui il fait référence, ce qui entraîne des faux-sens, voire des contresens (les pronoms renvoyant qui aux agresseurs, qui aux victimes sont parfois difficilement discernables au fil des phrases).

Dépersonnalisation du discours

- Suremploi du pronom « on » pour dire « quelqu'un » :

« On a frappé à la porte. »

- Suremploi des pronoms à valeur générique (on, tu, vous) :

« On respire fort... on en respire euuuh... comme si on allait se noyer... en fait ouais c'est ça ouais en fait je je oui c'est comme si on allait se noyer... [IMITATION SONORE DE NOYADE] on respire très fort comme ça pendaanaant... une demi-heure trois quart d'heure... euuuh... on voit... pas grand-chose... tout est flou il y a des petites étoiles... et le corps euuuh... le corps tremble euuuh... complètement euuuh... j'en tremble encore un petit peu. »

« Oui tuuuuuu... tu te tournes sur le balcon et tu regardes dans la fosse et tu ne vois pas le sol... et en fait il y a plus de sol... il y a il y a... il y a deeeeee... il y a c'est... voilà. Tu sais, t'es comme un animal dans ces moments-là. »

- Surreprésentation des modalisations négatives et des formes infinitives :

« J'avais pas été blessée je suis sortie euuuh... sans sans une goutte de sang sur moi. Pour moi les victimes étaiiiiiiiient... décédées euuuh... eeeeeet... et blessées physiquement. Je voulais pas être considérée comme eux... euuuh... je me sentais pas légitime. »

Cohérence interne du SPLIT... jusqu'au dans l'interlocution

Les axiomes du Split sont interdépendants les uns des autres : ils constituent un syndrome cohérent. L'anomie traumatique se manifeste par des phrases qui accrochent, ou tournent en boucle, au point de revenir toujours au manque du mot. Ce vide s'infiltre partout dans le discours et son rythme, en maintenant une structuration répétitive. Des mots et petits

groupes de mots se répètent jusqu'à aboucher sur l'anomie encore et/ou conduire à une fragmentation de la narration. Ainsi, chaque dimension du Split semble *impliquer* les autres, et réciproquement, *être impliquée par* les autres. Anomie, répétitions linguistiques et fragmentation discursive apparaissent indissociables (Auxéméry et Gayraud, 2020). De surcroît, si nous avons jusqu'ici parlé de « désorganisation » du discours, il s'agit en fait davantage d'une organisation particulière qui se différencie du langage commun. Les paroles du sujet blessé psychique apparaissent en fait bien organisées, correspondant à la *forme spécifique* du discours traumatique qui certes s'éloigne de la normalité, du parler ordinaire, mais n'en constitue pas moins une organisation à la cohérence interne parfaitement reconnaissable. Il s'agit d'un « style traumatique ». Ce nonobstant, les compétences linguistiques du sujet blessé psychique ne sont pas altérées, ce sont leurs utilisations, leurs performances qui sont perturbées : le sujet utilise le langage de façon normale dans l'absolu, sauf lorsqu'il essaie d'évoquer son traumatisme. Entre performances et compétences langagières existe un gradient, une dissociation automatico-volontaire. En d'autres termes, les troubles du discours restent principalement polarisés sur l'expérience traumatique et ses conséquences : lorsque la scène traumatique s'approche, le sujet reste figé par l'anomie traumatique, reste enserré dans les marques discursives de la répétition, son discours se fragmente. Inversement, plus les cognitions et perceptions du sujet s'éloignent du trauma, plus ses capacités d'expression verbale redeviennent préservées. Cette parole a d'ailleurs naturellement tendance à s'éloigner de l'éprouver traumatique, de parenthèses en digressions, vers d'autres thèmes plus facilement accessibles à la verbalisation... quitte à égarer le praticien. Alors, l'interlocution peut, elle-même, prendre les marques du trauma. Il reste difficile au thérapeute d'arracher le patient à l'indicibilité : la verbalisation de la scène traumatique tente, toujours, d'y échapper. Dans la séquence ci-dessous, constatons que malgré l'insistance du praticien qui relance par des questions ou des mots brefs, le tout incitant à l'élaboration du patient, celui-ci ne donne en réalité que très peu de détails, répondant souvent par « oui » ou par « non », ou bien répétant les propos du praticien qui finalement s'y résout, le discours demeurant informativement pauvre :

Thérapeute (T) : Qu'est-ce qui s'est passé cette nuit ?

Patient (P) : *Je me revoyais là-bas encore...*

T : Ouais...

P : *Je, je revivais ce qui s'était passé quoi...*

T : Et c'était angoissant ?

P : Oui...

T : Hum. Et le sommeil à l'époque il était bon ou... ?

P : *Non il n'était pas bon.*

T : Non pareil ?

P : *Et c'étaient des cauchemars tout le temps, du mal à m'endormir...*

T : Les cauchemars, c'est-à-dire les réveils la nuit ?

P : *Oh en sursaut.*

T : En sursaut ?

P : *Ouais en sursaut...*

T : En sueur ?

P : *En sueur.*

T : Hum avec l'image de quoi ou... ?
P : *Des événements qui se sont passés ou des personnes...*
T : Des personnes qui ont...
P : *Des collègues ouais...*
T : Qui ont été blessés ou...
P : *Ouais, bon enfin, pas spécialement, qui étaient avec moi.*
T : Mmm...
P : *Ou qui criaient... Ou...*
T : D'accord. Donc des événements qui se sont passés là-bas ?
P : *Oui.*
T : D'accord.

Au fil de cet échange, il semble se créer, chez le praticien et le patient, un évitement des constances précises du trauma, dont on ne parle qu'en creux. En d'autres termes, il apparaît que l'évitement du trauma dans le langage du sujet blessé psychique se transmet au thérapeute, malgré lui. Afin que le praticien ne devienne pas captif du trauma, il convient de mettre en œuvre les principes thérapeutiques que nous détaillerons dans le chapitre 5.

Cohérence de la SPLIT-10 avec la nosographie du DSM-5-TR

Afin d'opérationnaliser les marqueurs découverts, nous avons créé une échelle diagnostique à dix items (dite « SPLIT-10 ») organisée afin de faciliter sa cotation en pratique courante (Auxéméry et Gayraud, 2021). Cette échelle a été construite à partir de deux corpus de témoignages de sujets blessés psychiques (de guerre et d'attentat) avant de préciser son *cut-off* grâce à deux autres corpus (récits de personnes victimes d'un attentat très différent du premier, et récits de personnes victimes de violences sexuelles), en comparaison avec un groupe témoin non traumatisé (tableau 2.2).

Tableau 2.2. L'échelle de cotation « SPLIT-10 ».

1	Mort	
2	Contexte spatio-temporel	
3	Étrangeté — irréalité	
4	Métaphore ou comparaison	
5	Partie du corps	
6	Verbe de mouvement du corps ou de position du corps	
7	Pronom générique	
8	Perceptions — sensations (× 2) 1. ☐ 2. ☐	
9	Répétitions (× 3) 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐	
10	Mot ou énoncé incomplet	
	Total/ 10	

Contexte de validité : les calculs ont été obtenus sur la base d'échantillons d'une taille moyenne de 450 mots, correspondant à une durée moyenne de 3 minutes d'expression.
Source : Gayraud F, Auxéméry Y. Étude des références pronominales à soi dans les témoignages d'événements traumatiques de guerre et d'attentats. *Evol Psychiatr (Paris)*. 2022 ;87(2).

Les items de la SPLIT-10 correspondent à cinq sous-dimensions psycholinguistiques compatibles avec les critères diagnostiques du DSM-5-TR dont nous suivons l'ordonnement.

■ **Référence à la mort (critère A — item n° 1) : lexique de la mort** (item n° 1). Le lexique de la mort réfère à la classique définition d'événement potentiellement psycho-traumatique.

■ **Reviviscences verbales (critères B1 à B5 — items n° 8 et 9).**

- **Perceptions et sensations** (item n° 8). Les reviviscences se manifestent par l'emploi des verbes de perceptions appelant les cinq sens (vue, ouïe, odorat, etc.). Ces verbes doivent avoir été employés au moins à deux reprises afin d'obtenir un bon seuil discriminant.

- **Répétitions linguistiques** (item n° 9). Le sujet blessé psychique réitère de manière contiguë le même mot (ou groupe de mots) plusieurs fois de suite, traduisant des difficultés d'accès lexical. Ces répétitions doivent avoir été employées au moins à trois reprises afin d'obtenir un bon seuil discriminant.

■ **Indicibilité (critère C — item n° 10) : rupture de construction syntaxique** (item n° 10). Les énoncés incomplets traduisent le mécanisme de difficulté d'accès lexical, où le discours se retrouve suspendu par des fractures, des vides.

■ **Dissociation avec dépersonnalisation (critère S1 — items n° 5 à 7).**

- **Parties du corps** (item n° 5). Le lexique corporel est surreprésenté.
- **Verbes de mouvement ou de position du corps** (item n° 6). En danger pour sa vie, le sujet fuit ou se rattache à son intégrité physique sur laquelle il se recroqueville.
- **Pronom générique** (item n° 7). Le patient emploie des pronoms génériques survenant à la place du pronom « je » comme si le locuteur se voyait être éclipsé de la scène traumatique, réifié par un agresseur ou des circonstances emprisonnantes.

■ **Dissociation avec déréalisation (critère S2 — items n° 2 à 4).**

- **Contexte spatio-temporel** (item n° 2). Le locuteur fournit des détails précis concernant le contexte spatial par focalisation sur des éléments de l'environnement au détriment d'une vision d'ensemble. Les objets et détails insolites, et/ou chargés d'horreur, se détachent de la toile de fond, laquelle prend un aspect flou.

- **Étrangeté — irréalité** (item n° 3). L'irréalité de l'expérience traumatique, son étrangeté, est rapportée via le lexique éponyme évoquant l'aspect « surréaliste », l'impression de « trou noir », de « cauchemar », etc.

- **Métaphores — comparaisons** (item n° 4). Tentant de saisir ces ressentis atypiques, improbables, les personnes blessées psychiques ont régulièrement recours aux comparaisons et métaphores renvoyant à « un film », « une sorte de parenthèse » ou « un puzzle », à des objets tels des « dominos », des petits animaux tels des « lapins... moineaux... », etc.

Ces linguomarqueurs sont beaucoup plus objectifs et spécifiques des blessures psychiques que la description du trouble de stress post-traumatique dans le DSM-5-TR et les échelles psychométriques ou entretiens structurés qui en dérivent : en effet, si un patient a utilisé tel mot, telle structure syntaxique, c'est un fait aisément qualifiable et quantifiable. En particulier, la notion de dissociation traumatique, éclatée dans le

DSM-5-TR, s'avère centrale dans la Split-10 : elle correspond à tous ses items (hormis l'item n° 1 indiquant la confrontation à la mort).

Les linguomarqueurs que nous avons décrits sont donc des « biomarqueurs » corrélés aux symptômes traumatiques, au même titre que les marqueurs biologiques, neurophysiologiques ou neuroradiologiques, à ceci près que les linguomarqueurs sont aisément utilisables en pratique clinique de terrain. Grâce au traitement automatique des langues aidé des nouveaux programmes issus des intelligences artificielles, il existe déjà des logiciels en mesure d'analyser des centaines de composantes du langage parlé (Quillivic, Gayraud et Auxéméry, 2025).

Conclusion

La clinique post-traumatique peut se modéliser en quatre temps.

- 1. Secondes et minutes, correspondant à l'instant traumatique.
- 2. Heures, avec une réaction aiguë de dissociation, de fuite et/ou de sidération.
- 3. Jours, avec tendance soit vers la résolution, c'est-à-dire la guérison spontanée, soit différemment vers la fixation traumatique d'emblée ou après une phase de latence.
- 4. Années, en l'absence de traitement avec une majoration de la morbidité psychique, physique et sociale.

À la suite d'un traumatisme unique dit « de type 1 », les symptômes sont multiples et complexes : en l'absence de soins, ils s'aggravent pour cliniquement s'approcher des conséquences cliniques des traumatismes de type 2 (traumatismes complexes — adversités de l'enfance) et de type 3 (violences macrosociales). Médiés par la dissociation, les troubles post-traumatiques restent souvent difficiles à diagnostiquer d'autant qu'ils sont frappés d'indicibilité. Ce symptôme, l'indicible, résultant de l'irreprésentabilité du trauma, de la dissociation, et encore des évitements, explique pourquoi une majorité de patients ne peuvent formuler une demande directe de soins. Au clinicien d'identifier avec précision les troubles et leur cause : en fonction des formes cliniques présentées, les stratégies thérapeutiques seront différentes.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition revised*. American Psychiatric Association Press.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS ONE*, 11(10), e0161645.
- Auxéméry, Y. (2019a). « Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites ». *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 245-256.
- Auxéméry, Y. (2019b). De la séméiologie psychiatrique à la psycholinguistique : Définition d'un nouveau modèle de la clinique post-traumatique. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(4), 631-643.
- Auxéméry, Y. (2021). Le traumatisme psychique constitue une blessure du langage par atteinte des réseaux de significations. *L'Évolution Psychiatrique* 2021, 86(2), 375-397.
- Auxéméry, Y. (2022). « Trouble de stress post-traumatique et symptômes dépressifs : "comorbidités" ou formes cliniques du trauma ? Description de la dépression dissociative ». *Annales Médico-Psychologiques*, 180(8), 800-807.

- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2020). Le syndrome psycholinguistique traumatique. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(2), 509-528.
- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2021). Identification des marques du traumatisme psychique dans le langage parlé : définition de l'échelle diagnostique « SPLIT-10 ». *Annales Médico-Psychologiques*, 179(10), 869-888.
- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2025). *Le Trauma et le Langage. Du Langage Blessé au Langage Thérapeutique*. Dunod. 208 p.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498.
- Chidiac, N. (2025). *L'Écriture qui Guérit. Traumatisme de guerre et Littérature*. Odile Jacob. 285 p.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. 422 p.
- Darves-Bornoz, J. M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275.
- Frabetti, M., Gayraud, F., & Auxéméry, Y. (2023). Étude de l'agentivité dans le discours de femmes souffrant de trouble de stress post-traumatique dans les suites de violences conjugales. *L'Encéphale*, 49(5), 516-524.
- Gayraud, F., & Auxéméry, Y. (2022). Étude des références pronominales à soi dans les témoignages d'événements traumatiques de guerre et d'attentats. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(2), 327-346.
- Quillivic, R., Gayraud, G., Auxéméry, Y., Vanni, L., Peschanski, D., Eustache, F., Dayan, J., & Mesmoudi, S. (2024). Towards Unlocking the Linguistic Code of Post-Traumatic Stress Disorder: A Comprehensive Analysis and Diagnostic Approach. *Scientific Reports*, 30, 14(1), 12468.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychology*, 59(Suppl 20), 22-33.
- Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). *Manuel des troubles psychotraumatiques — Théories et pratiques cliniques*. Paris : Dunod. 736 p.