

Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques

Factors of vulnerability and the psychodynamic stakes in posttraumatic reactions

Louis Côté

Volume 21, Number 1, Spring 1996

Les états de stress post-traumatique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032388ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032388ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 209–227. <https://doi.org/10.7202/032388ar>

Article abstract

Some people react to collective or individual trauma with clinical manifestations which often become a clinical syndrome. How can these different reactions be explained? Inspired by clinical research in the literature review, and divided according to the fragilizing aspects of the triad of vulnerability (trans-traumatic, pre-traumatic and posttraumatic), the author brings a psychoanalytical explanation to these different reactions.



Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques

Louis Côté*

Certaines personnes réagissent au traumatisme collectif ou individuel par des manifestations cliniques, qui deviennent parfois un syndrome clinique. Comment expliquer ces réactions différentielles? En s'inspirant des études cliniques dégagées dans la revue de littérature, et divisées selon les aspects fragilisants de la triade de vulnérabilité (les facteurs trans-traumatiques, pré-traumatiques et post-traumatiques), l'auteur apporte des explications de nature psychanalytique à ces réactions différentielles.

La vie des hommes et des femmes est parfois bouleversée par un traumatisme collectif ou individuel. Ils y réagissent par une catégorie de manifestations cliniques qui dans certains cas prendront la forme d'un syndrome clinique. Les cliniciens, médecins et psychothérapeutes, sont appelés à rencontrer les manifestations cliniques immédiates et tardives résultant des traumatismes. Celles-ci s'expriment tant sous forme de réactions spécifiques, telles l'état de stress aiguë et l'état de stress post-traumatique que sous forme de pathologies non spécifiques, telles, pour en nommer quelques-unes, la dépression, l'anxiété, les psychoses, les abus de substances, les troubles du comportement, sans oublier les pathologies somatiques.

Toutefois, ce ne sont pas toutes les victimes d'un traumatisme qui développent une réaction post-traumatique pathologique. De même, les traumatismes n'ont pas toujours des effets négatifs. Dans certaines circonstances, les victimes ont fait part de résultats positifs; par exemple, elles ont appris qu'elles pouvaient surmonter une crise de façon efficace, elles se sont senties fières d'avoir fait face à un défi, elles ont dû redéfinir les priorités dans leur vie (Ursano et al. 1994).

* L'auteur, psychiatre et psychanalyste, enseigne au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et travaille au département de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc.

De plus, devant un événement traumatique, tous les individus ne sont pas à risque égal de traumatisation. Chez quelle victime d'un traumatisme donné peut-on s'attendre à des difficultés importantes nécessitant un traitement? Est-ce que des traumatismes différents induisent des réactions différentes? Quel type de traumatisme serait le plus pathogène? Tout en apportant des éléments de réponses à ces questions, une meilleure connaissance des facteurs de vulnérabilité permet aux cliniciens de saisir l'impact du traumatisme subit par ces patients.

Ce travail, résultat d'une revue de la littérature faite à la lumière de notre expérience clinique, présente dans sa première partie les facteurs de vulnérabilité aux diverses réactions post-traumatiques. Pour ce faire, nous ferons appel au concept de la triade de vulnérabilité. Nous verrons en effet que la vulnérabilité à une réaction post-traumatique est le résultat de l'interaction entre trois types de facteurs, à savoir: – les facteurs trans-traumatiques, qui sont liés à la nature même du traumatisme, – les facteurs pré-traumatiques, ceux qui, présents avant l'événement traumatique, accroissent la vulnérabilité et – les facteurs post-traumatiques qui influencent, après coup, l'évolution clinique.

Cela étant, comment faire sens de ce que nous enseignent l'épidémiologie et l'évolution clinique des états post-traumatiques? C'est là le second objectif de ce travail. Nous tenterons de dégager ce qui est fragilisant, ce qui est pathogène dans les différents facteurs de vulnérabilité. À l'aide de concepts psychanalytiques, nous examinerons la nature des blessures que le traumatisme inflige à l'appareil psychique des victimes et à l'organisation de leur monde intérieur. Une compréhension psycho-dynamique du vécu traumatique ne peut qu'enrichir notre écoute des patients et guider plus judicieusement nos projets thérapeutiques, quel qu'en soit l'orientation théorique.

La triade de vulnérabilité

Sans faire la liste exhaustive de tous les facteurs de vulnérabilité qui ont été identifiés, nous relèverons diverses données épidémiologiques qui révèlent le rôle de ces facteurs dans la constitution d'une réaction post-traumatique.

1. Les facteurs de vulnérabilité pré-traumatiques

Bien que les réactions post-traumatiques puissent se développer chez des sujets sans prédisposition quelconque, surtout si le traumatisme est particulièrement sévère, elles seront d'autant plus probables qu'il y aura présence de facteurs de vulnérabilité préalable.

D'ailleurs, ces dernières années, la littérature spécialisée a fait de plus en plus de place aux études de vulnérabilité qui portent sur ces facteurs pré-traumatiques. Soulignons parmi les plus importantes, celle de Breslau et Davis (1991, 1992) et celle de Green (1994).

Nous pouvons regrouper les facteurs pré-traumatiques identifiés dans les catégories suivantes:

- les antécédents psychiatriques personnels
- les antécédents psychiatriques familiaux
- histoire d'abus physique ou sexuel dans l'enfance
- un traumatisme antérieur
- des troubles de comportement pendant l'enfance et l'adolescence
- une séparation précoce des parents ou divorce avant l'âge de 10 ans
- la présence d'événements particulièrement stressants avant le traumatisme
- le sexe de la victime

Il faut souligner que les antécédents psychiatriques incluent l'histoire d'abus de substances ainsi que la désorganisation du milieu.

Au chapitre des antécédents psychiatriques personnels, il a été démontré que les victimes d'un geste criminel qui ont fait une dépression et de l'anxiété avant le traumatisme ont un risque plus élevé de développer l'état de stress post-traumatique. De la même manière, l'alcoolisme chez les hommes et la dépression chez les femmes prédisposent les victimes de catastrophes naturelles à l'état de stress post-traumatique (Meichenbaum, 1994, 240-241). De plus, nous faisons personnellement l'hypothèse que la structure de personnalité, même en l'absence d'antécédent psychiatrique, influence tant le risque de réaction post-traumatique que la forme que celle-ci prendra éventuellement.

Sans pouvoir élaborer ici longuement sur chaque catégorie de facteurs pré-traumatiques, quelques illustrations cliniques permettront d'en discuter.

Au cours d'une même semaine, nous recevions en consultation deux patients, chacun victime d'un traumatisme. La première victime est un jeune homme de 20 ans, étudiant, qui travaillait comme portier dans un bar. Au cours d'une bagarre entre clients, il a reçu 2 coups de couteau au dos, mettant sa vie en danger, nécessitant hospitalisation et chirurgie. La seconde victime est une jeune femme de 20 ans, étudiante,

qui travaillait au comptoir d'une bijouterie. C'est là qu'elle fut victime d'un vol à main armée, le voleur lui pointant un revolver et la menaçant de mort. Tous les deux ont développé un tableau classique d'état de stress post-traumatique, des attaques de panique avec agoraphobie et de la dépression.

Là s'arrêtent les ressemblances entre ces deux patients. Six mois après l'événement traumatique, le jeune homme n'avait plus de symptôme, il avait repris ses études et s'était trouvé un nouveau travail. Par contre, deux ans plus tard, la jeune femme présente toujours des symptômes d'état de stress post-traumatique et de l'agoraphobie. Elle ne peut pas vivre normalement, ni étudier ni travailler. Ces deux patients se démarquent surtout par les facteurs de vulnérabilité pré-traumatique. Le fait essentiel est que la jeune femme a une grave histoire de traumatismes préalables: de l'âge de 10 à 17 ans, elle a été abusée sexuellement par son beau-père et le vol à main armée a ravivé chez elle toutes les souffrances liées à ces abus sexuels. De plus, elle a une relation très insatisfaisante avec sa mère dépressive qui, par ailleurs, ne lui offre pas de soutien face au dernier traumatisme et qui tente de nier et de minimiser l'abus sexuel. Tout comme cette patiente, le jeune homme a vécu le divorce de ses parents en bas âge, mais il n'a pas eu de traumatisme préalable et son milieu familial est soutenant et bien organisé.

L'impact de traumatismes antérieurs s'est révélé cruellement déterminant également chez cet autre jeune femme de 20 ans que nous avons évaluée. Elle avait perdu la maîtrise de son automobile et plongé dans un fossé; cet accident, par ailleurs sans gravité ni blessure, a provoqué chez elle un trouble de panique et une dépression sévère; mais il a de plus déclenché un état de stress post-traumatique à début tardif.

Or, cette patiente avait été abusée sexuellement par son grand-père, entre l'âge de 7 et 10 ans. De plus, alors qu'elle avait 13 ans, elle a vu de ses propres yeux, son jeune frère de 8 ans abattre leur père d'un coup de fusil. Ce sera donc un traumatisme de moindre gravité, l'accident d'automobile survenu à 20 ans, qui déclenchera à retardement l'ensemble de sa réaction post-traumatique sévère.

Tous les cas ne sont pas aussi tragiques, mais ces exemples démontrent combien l'histoire d'un traumatisme antérieur accroît l'impact d'un nouveau traumatisme. Ceci a d'ailleurs été corroboré par de nombreuses études. Mentionnons par exemple celle de Rothbaum (1992), celle de Koss (1993) qui indiquent que l'impact d'un viol est beaucoup plus grand chez celle qui a été victime d'inceste pendant l'enfance ou qui a été victime d'un viol précédent.

Quelques études épidémiologiques comparent les différences des réactions post-traumatiques chez les hommes et chez les femmes. Celle de Breslau et Davis (1992) rapporte qu'après avoir été exposées à un traumatisme les femmes étaient quatre fois plus à risque que les hommes de développer une symptomatologie chronique d'état de stress post-traumatique. Par contre, l'étude de Green (1994) indique que le sexe détermine davantage l'expression symptomatologique que le risque de réaction. Ainsi, les femmes seraient plus sujettes à l'anxiété et à la dépression et les hommes plus à risque de développer l'abus de substances et des troubles de la personnalité antisociale.

En terminant ce survol rapide des facteurs de vulnérabilité pré-traumatique, nous tenons à souligner l'importance d'en tenir compte dans l'évaluation des victimes. De plus, nous pouvons voir que la vulnérabilité pré-traumatique nous indique à quel point la dynamique intra-subjective et interpersonnelle est en jeu dans toute la phénoménologie traumatique.

2. *Les facteurs de vulnérabilités trans-traumatiques*

Quelles sont les caractéristiques des événements qui leur confèrent un risque élevé d'effets pathologiques? Est-ce que leurs particularités entraînent des réactions différentes? Voilà quelques exemples de questions auxquelles l'examen des facteurs de vulnérabilité trans-traumatique tente de répondre. Par le qualificatif trans-traumatique, nous entendons désigner ainsi toutes les caractéristiques qui sont présentes pendant l'événement traumatique; cela inclut la nature même du traumatisme, sa durée ainsi que les diverses circonstances significatives qui l'entourent.

Selon que l'événement traumatique sera bref ou prolongé, unique ou répétitif, des conséquences bien différentes en résulteront. Pour en discuter, nous nous référons à L. Terr (1981) qui divise les traumatismes en deux groupes, ceux de type I et ceux de type II.

2.1 *Les traumatismes de type I*

Ils sont le résultat d'un événement soudain, inattendu, dangereux, dévastant, d'une durée limitée; par exemple, un viol, un accident, une catastrophe naturelle. Ils ont la propriété de laisser un souvenir indélébile avec tous ces détails, plus vivide et complet que ceux du type II. Ils ont une plus grande propension à produire des symptômes typiques d'état de stress post-traumatique, tels les pensées intrusives, l'évitement, les réactions d'hypervigilance de même que les vécus de reviviscence. Le rétablissement après de tels traumatismes peut être plus rapide.

2.2 Les traumatismes de type II

Il s'agit d'événements traumatiques qui sont de longue durée et/ou répétitifs, cumulatifs, parfois anticipables et souvent infligés volontairement par un être humain: par exemple la violence conjugale, les abus physiques et sexuels de l'enfant, les situations de guerre, la torture. Après avoir vécu l'événement initialement comme un traumatisme de type I, la victime craint et s'attend à sa réapparition et elle se sent impuissante à l'empêcher. Ces événements laissent plutôt des îlots de souvenirs, plus flous, à cause de la dissociation qui elle-même devient de plus en plus utilisée avec le temps; ils peuvent conduire à des perturbations de l'image de soi et du monde ainsi qu'à des symptômes de honte, culpabilité et dévalorisation. Ils produisent de façon plus durable des difficultés de caractère et des difficultés interpersonnelles telles que reflétées par le détachement, l'affect restreint et la labilité émotionnelle. Les efforts de protection font recours davantage aux mécanismes de dissociation, de retrait, d'abus de substances. Ce type de traumatisme peut conduire à ce que Herman (1992) nomme réaction d'état de stress post-traumatique complexe (Complex PTSD Reaction) ou ce que van der Kolk (1993) nomme troubles de stress extrême (disorders of extreme stress). Dans ces cas, le rétablissement est plus lent.

2.1.1 Les catastrophes naturelles

Les catastrophes naturelles, selon leur ampleur, peuvent produire chez leur victime un cumul de pertes, telles blessures corporelles, décès de plusieurs êtres proches, pertes matérielles et sociale importante. Elles peuvent avoir un effet dévastateur sur toute une communauté. Une étude (Rubonis et Bickman, 1991) revisant 52 événements catastrophiques, montre que pour une population victime d'une catastrophe naturelle on rapporte une augmentation de 17% de la prévalence de psychopathologie, comparée à celle d'une population contrôle.

L'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique sont les trois diagnostics qui prévalent chez les adultes après une catastrophe naturelle. L'état de stress post-traumatique est le diagnostic le plus probable suite aux catastrophes qui surviennent le plus brusquement et qui comportent le plus haut risque de mort. Les autres réactions comprennent un grand éventail de symptômes tels les peurs, les phobies, les réactions de deuil, la culpabilité, la colère, les symptômes somatiques et les difficultés relationnelles (Green, 1991).

Selon Solomon et Green (1992), les effets d'une catastrophe naturelle peuvent persister des années durant, mais la plupart des symp-

tômes s'amendent en 16 mois au moins. Ce sont les trois premiers mois qui démarquent si la symptomatologie sera aiguë ou chronique. Par ailleurs, on s'attend à ce que la symptomatologie ne décroisse pas autant avec le temps quand il y a un risque élevé de mort, ainsi que beaucoup de dévastation et de deuil ayant un impact persistant sur la famille (Vogel et Vernberg, 1993).

Dans l'ensemble, la plupart des individus se rétablissent et ne souffrent pas de troubles psychiatriques de façon prolongée (Ursano et al., 1994).

2.1.2 Accidents technologiques

Les effets des accidents technologiques peuvent être immédiats, parfois plus tardifs, parfois immédiats et tardifs.

Deux ans après la rupture du barrage de Buffalo Creek aux États-Unis en 1972, on retrouvait chez les 120 survivants 44% qui présentaient un état de stress post-traumatique et après 14 ans, ce nombre était réduit à 28%.

Dans le cas de catastrophe de type déversement de produit toxique ou radioactif, qu'on pense à Three Miles Island aux U.S.A ou à Tchernobyl en ex-U.R.S.S., la symptomatologie est différente. Les conséquences étant moins subites, moins immédiates et plus tardives, on retrouve moins d'états de stress post-traumatique mais davantage une association de symptômes chroniques de dépression et d'anxiété, de sentiments d'aliénation et de méfiance, d'inquiétude pour sa santé, pour celle de ses enfants et pour ceux à venir. (Green, 1991). D'ailleurs, deux études différentes (Green, 1994 b; Green et al., 1994) rapportent que les séquelles de ces catastrophes technologiques sont plus durables que celles des catastrophes naturelles.

Il est possible que dans le cas d'accident technologique, des enjeux affectifs plus intenses soient mobilisés, contribuant à une plus grande incidence de détresse psychique étant donné la participation du facteur humain à de tels accidents.

2.1.3 Les accidents d'automobile

Une étude de Blanchard (1994) rapporte une incidence d'état de stress post-traumatique chez 46% des victimes d'accidents d'automobile et une incidence d'un syndrome partiel d'état de stress post-traumatique chez un 20% additionnel. À l'heure actuelle, il y a peu d'études qui indiquent la durée de la symptomatologie.

Toutefois, une étude de Mayou (1993) faite sur 188 victimes d'accidents de la route, donne quelques indications: après 12 mois,

10% des victimes présentaient un trouble de l'humeur et un autre 10% présentaient un état de stress post-traumatique et une phobie des déplacements en automobile.

Par contre, le décès d'un conjoint ou d'un enfant dans un accident d'automobile laisse des effets durables sur les membres de la famille. L'étude de Lehman (1987) rapporte une symptomatologie qui 4 à 7 ans plus tard se superpose à celle rencontrée chez les patients de clinique externe de psychiatrie.

2.1.4 Les crimes contre la personne

Il s'agit ici de menaces de violence physique, de menaces de mort, d'assauts physiques ainsi que l'assaut physique ou le meurtre d'un proche.

La prévalence à vie de l'état de stress post-traumatique, suite à un assaut grave, serait de 40% d'après Hanson (à paraître). Si la victime a été détenue par l'agresseur, plus la captivité aura été longue, plus les symptômes seront intenses et de longue durée. Six à neuf ans après ce type de traumatisme, l'anxiété a diminué mais les symptômes psychosomatiques augmentent.

En comparaison avec les crimes contre la propriété, vols, cambriolages, vandalismes, les attaques physiques sont plus dommageables: l'incidence de dépression est de 30% dans ces cas comparativement à 15% chez les victimes de vol (Norris et Kaniasty, 1994).

L'incidence d'état de stress post-traumatique chez les victimes d'un crime est fonction du degré de blessures subies, de l'intensité de la peur d'être tué ou blessé, et, il faut le souligner, de la relation avec l'agresseur.

2.2.1 La violence conjugale

La violence conjugale est une des aberrations les plus affligeantes de la société humaine. Elle est une des causes importantes d'état de stress post-traumatique et de bon nombre d'autres réactions post-traumatiques.

Aux États-Unis, 20% des femmes qui se présentent à l'urgence pour des blessures physiques, sont victimes de leur conjoint. Toujours aux États-Unis, 52% des femmes assassinées ont été victimes de leur conjoint. Toutefois, ce type de violence n'est pas le seul fait des couples hétérosexuels. Selon l'étude de Browne (1993) les agressions physiques surviennent chez un grand nombre de couple de lesbiennes.

Les victimes de violence conjugale présentent un taux élevé de dépression, d'idée et de tentative de suicide, d'abus de substances ainsi que de nombreux symptômes d'état de stress post-traumatique. De plus,

elles sont sujettes à un sentiment écrasant de danger à la dépendance, à la suggestibilité; elles ont de la difficulté à prendre des décisions, à mener à terme des projets. Elles ont de la difficulté avec la confiance et l'intimité même dans des relations subséquentes non abusives. Il faut savoir également que la présence de violence conjugale est clairement liée à la violence faite aux enfants. Selon McKay (1994), il y a 15 fois plus d'enfants victimes d'abus dans les familles où il y a de la violence conjugale.

2.2.2 Les abus sexuels contre les enfants

Meichenbaum (1994 p. 87) définit ainsi l'abus sexuel contre les enfants: il s'agit de toute expérience sexuelle entre un enfant de moins de 16 ans et une personne qui a 5 ans de plus.

L'abus sexuel des enfants, cet autre traumatisme qui afflige famille et société, a fait l'objet d'une attention croissante depuis 2 décennies. Les études épidémiologiques et cliniques abondent et nous nous limiterons ici à dégager l'essentiel des facteurs qui contribuent à la vulnérabilité traumatique.

Il s'agit d'un phénomène international. Dans une étude rapportée par Finkelhor (1994), les données provenant de 20 pays indiquent une incidence d'abus sexuels chez les enfants de 7 à 36% chez les femmes et de 3 à 29% chez les hommes. La plupart des études révèlent que les filles sont de 1 1/2 fois à 3 fois plus à risque que les garçons. Les garçons ont été abusés par quelqu'un de l'extérieur à la famille plus souvent que les filles. L'inceste oncle/fille serait le plus fréquent. Les filles sont abusées plus souvent par le père substitut que par le père biologique. Les études rapportent également que la durée moyenne de l'abus est de 4 ans, et que 60% de celles-ci surviennent avant l'âge de 13 ans. L'abuseur est une femme dans 20% des abus de garçons et dans 5% des abus de filles. Les abuseurs hommes et femmes ont été très souvent abusés eux-mêmes dans l'enfance (Kirschner et al., 1993).

2.2.3 L'impact de l'abus sexuel des enfants

La nature particulière de ce type de traumatisme engendre de nombreuses conséquences qui sont immédiates et de nombreux autres qui sont à long terme. Nous rapportons ici sommairement ce qui se dégage des études sur le sujet. Soulignons qu'il n'existe pas de profil spécifique de la victime d'abus sexuels infantiles.

2.2.3.1 Les effets immédiats

Deux tiers des enfants victimes d'abus sexuels présentent des symptômes variés d'anxiété, pleurs, cauchemars, troubles du sommeil,

pensées intrusives, compulsions, irritabilité, retrait, dépression, agressivité, gestes sexualisés, faible estime de soi, etc. D'après Deblinger et Helflin (1993), ces symptômes ne sont pas différents de ceux attribuables à d'autres types de traumatismes ou à des pathologies psychiatriques de l'enfant.

Néanmoins, ces enfants ont davantage de peurs reliées à des situations rappelant l'abus sexuel, par exemple : prendre un bain, se déshabiller, démonstration physique d'affection.

Les enfants abusés mettent souvent l'abus sexuel en scène dans leur jeux.

Les enfants abusés qui ne présentent pas de symptômes ont la plupart du temps été abusés moins longtemps, sans utilisation de la force, sans pénétration, par quelqu'un qui n'était pas une figure paternelle et ils ont reçu un grand soutien au sein d'une famille harmonieuse (Finkelhor, 1990).

2.2.3.2 Les effets à long terme

Bien qu'une minorité seulement des enfants abusés chroniquement deviendront des patients psychiatriques, une grande proportion des patients psychiatriques, 40 à 70 %, a été victime d'abus sexuel pendant l'enfance (Herman, 1993, 215).

Il faut savoir que l'abus sexuel infantile ne prédispose à aucun diagnostic psychiatrique particulier et qu'un grand nombre de victimes sont asymptomatiques.

Mais les victimes ont, au cours de leur vie, quatre fois plus de risque de développer une pathologie psychiatrique et trois fois plus pour l'abus de substances. D'après Finkelhor et al. (1994), environ 8 % des cas de psychiatrie seraient attribuables à l'abus sexuel infantile.

2.2.3.3 Les facteurs qui influencent les effets de l'abus sexuel infantile

L'étude de Hazzard (1993) de même que celle de Downs (1993) indiquent qu'il y a davantage de symptômes d'état de stress post-traumatiques à long terme lorsqu'on retrouve les facteurs suivants :

- L'agresseur est un parent ou un parent substitut. Par exemple si c'est le père ou le père substitut, les effets sont plus sévères que si c'est une personne plus étrangère;
- Lorsqu'il y a eu plusieurs contacts sexuels;
- L'abus sexuel s'est étalé sur une longue période de temps;
- Lorsqu'il y a eu usage de force physique;

- Lorsqu'il y a eu pénétration;
- Lorsqu'il y a un manque de soutien par l'autre parent et un manque de cohésion familiale; par exemple si les révélations de l'enfant sont accueillies avec incrédulité, blâme, punitions et stigmatisation.

Une autre étude, celle de Alexander (1992), indique qu'il y a des caractéristiques familiales qui sont associées à un risque élevé de problèmes psychiatriques, résultat de l'abus sexuel infantile. Ces familles se caractérisent par l'absence d'un parent biologique, une mère non disponible, des conflits et de la violence conjugale, une relation perturbée entre les enfants et les parents, la présence d'un père substitut.

2.2.4 Le viol

Le viol constitue le traumatisme qui conduit le plus souvent à la formation de symptômes d'état de stress post-traumatique. En effet, le viol, plus que tous les autres crimes, est sujet à induire un état de stress post-traumatique. L'étude de Kilpatrick et al. (1989) démontre qu'à degré de brutalité physique égal, le viol plus que tous les autres crimes conduit à l'état de stress post-traumatique. Par comparaison, il y a un plus faible pourcentage de victimes de tentatives de meurtres qui développent ce syndrome.

D'après l'étude de Breslau et al. (1991), 80% des victimes de viol présentent des symptômes d'état de stress post-traumatique comparativement à moins de 25% dans le cas de traumatisme en général. Par contre, la combinaison des deux, le viol et la violence physique exercée augmente encore plus le risque d'état de stress post-traumatique ainsi que la sévérité des symptômes (Sales et al., 1994). D'après Resnick et al. (1993), le risque de développer un état de stress post-traumatique est presque le double lorsqu'au cours du viol, il y a eu menace de mort, utilisation d'une arme ou blessure grave.

L'incidence élevée d'état de stress post-traumatique suite à un viol peut sans doute mieux se comprendre lorsqu'on regarde l'identité de l'agresseur. Selon les rapports du F.B.I., cités par Hartman et Jackson (1994), la victime connaissait l'agresseur dans 75% des cas. Selon ces mêmes auteurs, l'agresseur connu était dans 29% des cas une connaissance, dans 16% des cas un membre de la famille, dans 11% des cas le père ou le père substitut, dans 10% l'ami ou l'ex-ami, dans 9% des cas le mari ou l'ex-mari.

De par sa nature même, le viol contient plusieurs facteurs de vulnérabilité traumatique et le fait que l'agresseur est, dans près de 46% des cas, un proche de victime y contribuerait pour beaucoup.

3. *Les facteurs de vulnérabilité post-traumatiques*

Ces facteurs n'ont pas encore été étudiés dans une mesure aussi large que les facteurs pré-traumatiques et trans-traumatiques. Il n'en demeure pas moins que les diverses circonstances présentes après un traumatisme ont une influence évidente. Parmi les facteurs post-traumatiques identifiés, on relève le rôle de la cohésion et du soutien offert par les proches de la victime, la revictimisation, des situations de vie particulièrement stressantes survenant après le traumatisme et enfin la présence de séquelles de blessures physiques.

Par exemple, après un viol, une attitude non soutenante de la part des êtres proches est associée à une pauvre adaptation sociale subséquente. Par exemple, dans le cas d'abus sexuel infantile, les procédures judiciaires qui impliquent plusieurs séances de témoignages, des confrontations avec l'agresseur, de même que des comparutions publiques peuvent occasionner davantage de symptômes d'état de stress post-traumatique. Les révélations d'inceste qui sont accueillies avec incrédulité, déni et culpabilisation sont associées à des réactions post-traumatiques plus marquées (Meichenbaum 1994, 87).

L'éclairage psychanalytique: Points de repaires pour une compréhension des facteurs de vulnérabilité et pour la mise en place des traitements.

Nous venons de voir ensemble les éléments de la triade de vulnérabilité que l'épidémiologie et la phénoménologie clinique nous enseignent, il faut maintenant nous demander comment faire sens de ces données. Qu'est-ce qui confère aux facteurs de vulnérabilité leur pouvoir fragilisant, leur pouvoir pathogénique? Pourquoi un accident technologique a-t-il plus d'impact qu'une catastrophe naturelle de même magnitude? Pourquoi le viol engendre-t-il plus d'états de stress post-traumatiques qu'une agression physique de brutalité équivalente? Pourquoi, après un viol, le risque est-il accru par une histoire passée de traumatismes, d'abus infantiles ou de désorganisation familiale?

Répondre à ces questions c'est tenter de faire sens d'actes insensés, de faire sens de l'insensé apparant du traumatisme. Pour ce faire, nous mettrons à contribution des concepts psychanalytiques que nous proposons de regarder sous l'angle d'une dyade métapsychologique, à savoir l'interaction entre l'atteinte du pare-excitations et la dénaturation de l'instance surmoi idéal du moi. Nous croyons en effet que c'est dans la mesure où les facteurs de vulnérabilité portent atteinte au pare-excitations et aux représentations du surmoi et de l'idéal du moi que le seuil de la réaction post-traumatique est franchi. Pour les fins de ce travail,

nous nous limiterons à ces concepts analytiques bien que depuis ses tout débuts la psychanalyse a contribué plus largement à la compréhension des états traumatiques.

1. L'effraction du pare-excitations

Sans donner ici une définition complète du pare-excitations, disons que l'on entend par là l'ensemble des processus psychiques qui protègent l'appareil psychique contre un degré de stimulation qui lui serait nocif. Cet ensemble de processus agit comme une couche protectrice, comme un épiderme qui protège de l'événement extérieur. Les perceptions d'événements externes pénètrent la psyché en petite quantité, en intensité réduite et là peuvent être liées à une série de chaînes représentatives. En même temps, du côté interne l'événement traumatique éveille les divers conflits du sujet et mobilise ses mécanismes de défense.

Mentionnons que le pare-excitations est, également, dirions-nous, extra-territorial. Au cours du développement humain et à divers moments de la vie, la mère, les parents, les autres agissent comme un pare-excitations auxiliaire. Pensons à titre d'exemple au rôle de la personne secourable, la figure maternelle, décrit par Freud, à la capacité de rêverie de la mère décrite par Bion, à la fonction d'interprète décrite par Aulagnier.

Lorsqu'on regarde de près les facteurs de vulnérabilité décrits plus haut on constate qu'ils ont en commun la propriété de menacer l'expérience de continuité du sujet. Qu'il s'agisse de la menace de mort ou d'altération sévère du corps, qu'il s'agisse d'une atteinte grave de son expérience affective et identitaire, qu'il s'agisse de la perte ou de l'altération des objets investis, à savoir, les êtres aimés, les objets d'identification et d'appartenance, dans tous les cas la continuité psychique du sujet est mise en danger.

Les événements traumatiques, soudains, graves, imprévisibles font effraction et le système de pare-excitations risque d'être débordé par ce type de menace. Les défenses mobilisées par l'anticipation n'ont pas le temps de jouer. En effet, les représentations liées à l'angoisse de perdre et à la douleur d'avoir perdu n'ont pas encore été investies qu'elles sont déjà débordées.

À la lumière de ce phénomène, on comprendra, tel que démontré par l'épidémiologie, pourquoi par exemple une agression physique ou un viol comporte un risque d'état de stress post-traumatique plus élevé s'il survient dans un lieu et avec une personne que l'on croyait sécuritaire.

2. *La dénaturation des représentations du surmoi et l'idéal du moi*

Les données épidémiologiques que nous avons vues plus haut nous posent d'autres questions qui nous amènent à mettre en évidence le rôle de l'atteinte des représentations du surmoi et de l'idéal du moi.

Voici quelques-unes de ces questions :

- Pourquoi un accident technologique produit-il davantage de réactions post-traumatiques qu'une catastrophe naturelle de même magnitude, si ce n'est que le premier implique dans la réalité comme dans le fantasme la responsabilité de l'être humain ? Ils évoquent l'imperfection ou l'erreur du concepteur, la négligence des instances responsables, etc.
- Pourquoi le risque d'état de stress post-traumatique est-il plus élevé si le traumatisme est intentionnel (Tomb, 1994) ?
- Pourquoi l'abus sexuel infantile est-il plus dommageable si c'est le parent propre ou son substitut plutôt qu'un étranger qui en est responsable ?
- Pourquoi l'état de stress post-traumatique est-il plus probable si le viol a été commis par le conjoint ou un être proche que par un inconnu ?

Les facteurs de vulnérabilité que ces quelques questions illustrent de même que l'ensemble de ceux que nous avons vus plutôt comportent un dénominateur commun : ils comportent à des degrés divers une conjugaison d'abus de pouvoir, de manque de protection et de dénaturation de l'intimité. De par ce fait, les événements traumatiques portent atteinte aux représentations du surmoi et de l'idéal du moi. Ces instances investies du pouvoir des parents, sont gardiennes des interdits de meurtre et d'inceste, de même qu'elles sont gardiennes des valeurs auxquelles on s'identifie. Ces instances, représentées à l'origine par les parents, sont éventuellement intériorisées. Dans les événements traumatiques, la force, le pouvoir et l'intimité imposés recréent une relation parent-enfant. Mais dans ces cas, le pouvoir est utilisé là non pas pour garder les interdits mais pour les enfreindre, non pas pour incarner les valeurs auxquelles on s'identifie mais pour les dénaturer.

L'abus sexuel infantile en est le paradigme. En effet, nous avons vu que les conséquences de ces abus seront d'autant plus dommageables que l'abuseur sera un intime, qu'il y aura eu usage de force et qu'il y aura eu carence dans la protection assurée par les parents et la famille. D'ailleurs, cette phénoménologie se retrouve également dans les agres-

sions physiques et dans les agressions sexuelles. Dans le cas du viol, une intimité physique, dans ce qu'elle a de plus personnelle, est imposée à la victime. Dans le cas des abus sexuels infantiles, la sexualité qui est imposée à l'enfant dénature la relation d'intimité parent/enfant. L'auteur d'une agression physique, par le recours à sa force physique ou par le recours à une arme, s'arroge le droit de vie ou de mort sur sa victime et il s'inscrit ainsi dans un rapport parent/enfants dénaturé.

Tous ces événements ont donc le potentiel d'être traumatiques dans la mesure où ils imposent à leur victime une atteinte des représentations du surmoi et de l'idéal du moi. Cette atteinte sera d'autant plus sévère que le système de pare-excitations aura fait l'objet d'une effraction. La réalité traumatique vient bouleverser les représentations du surmoi et idéal du moi chez la victime. Abraham et Torok (1987) et à leur suite, Claude Nachin (1989), ont décrit diverses manifestations cliniques qu'empruntent les processus de deuil lorsque les figures parentales ont enfreint les interdits qu'elles sont chargées de représenter.

Tout un travail de réaménagement des représentations du surmoi et de l'idéal du moi est alors imposé à la victime. Nous croyons qu'il s'agit d'un travail de deuil dans la mesure où par la réalité de l'agression, la figure parentale fait défaut et se dérobe en enfreignant les interdits du surmoi, en altérant du même coup les idéaux qu'elle propose. Le travail de deuil demande à la victime d'intégrer, d'introjecter les sentiments de perte des gardiens des interdits et des protecteurs des idéaux, les sentiments de perte des repères identificatoires, les sentiments de colère intense contre le parent agresseur et les sentiments de détresse et de colère devant la perte du parent protecteur. À la difficulté pour la victime d'introjecter des sentiments si douloureux s'offre l'alternative de ne pas avoir à faire le deuil des instances parentales en s'identifiant plutôt à celles-ci, la victime assume la culpabilité d'avoir enfreint les interdits et la honte d'avoir manqué aux idéaux; culpabilité et honte qui devraient être celles de l'agresseur et que la victime reprend à son compte. Le travail de restauration des représentations du surmoi et de l'idéal du moi passe par la difficulté introjective des sentiments liés au deuil de l'intégrité de ces représentations parentales. Ce travail sera d'autant plus difficile qu'il y aura déjà eu des expériences de traumatismes ou de défaillances et de carences dans le lien parent/enfant.

Reconstitution du pare-excitations, restauration des représentations du surmoi et d'idéal du moi, voilà sans doute deux processus qui ont cours chez les victimes d'un traumatisme qui y survivent sans séquelle, deux processus à favoriser dans toutes entreprises thérapeutiques.

Conclusion

Les traumatismes sont des événements qui, parce qu'ils sont très intenses, nocifs ou menaçants, demandent des efforts d'adaptation extraordinaires. De tels événements ne sont malheureusement ni rares ni inhabituels. Bien que la plupart des personnes sujettes à un traumatisme y répondent de façon appropriée, une minorité importante développe des difficultés majeures et éventuellement des troubles émotionnels sérieux, sous la forme d'un état de stress post-traumatique ou sous d'autres formes de réactions post-traumatiques.

Que l'événement traumatique ait été long ou répété, qu'il ait duré quelques minutes ou quelques heures, il peut causer des perturbations de longue durée. Ces difficultés résultent de la conjugaison des facteurs présents au sein de la triade de vulnérabilité, les facteurs pré-traumatiques et post-traumatiques étant tout aussi importants que les facteurs inhérents à la nature même du traumatisme.

C'est l'interaction entre les deux termes de la dyade psychodynamique, l'effraction du pare-excitation et la dénaturation des représentations du surmoi et l'idéal du moi, qui confère à ces facteurs de vulnérabilité leur potentialité fragilisante et pathogène. Et dans ce sens, une meilleure connaissance des facteurs de vulnérabilité de même que la compréhension des processus intra-psychiques sous-jacents nous est d'un grand secours non seulement pour faire sens de la phénoménologie du traumatisme mais également pour comprendre la détresse des victimes et le chemin par lequel passe leur rétablissement spontané ou thérapeutique. Dans ce sens, l'expérience de chaque être qui a vécu un traumatisme est une expérience singulière.

On aura vu et compris que les traumatismes les plus destructeurs pour la psyché humaine sont ceux qui sont le résultat de la violence d'un être humain à l'égard de son semblable.

Je ne peux terminer cette présentation sur les facteurs de vulnérabilité et leur signification psychodynamique sans dire que cet article est avant tout un témoignage des grandes capacités d'adaptation de l'être humain et un hommage au courage des femmes et des hommes qui ont subi des traumatismes.

RÉFÉRENCES

- ABRAHAM, N., TOROK, M., *L'Écorce et le Noyau*, Paris, Flammarion 1987.
- ALEXANDER, P.C., 1992, Application of attachment theory to the study of sexual abuse, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 185-195.

- BLANCHARD, E.B., HICKLING, E.J. et al., 1994, Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents, *Behaviour Research and Therapy*, 32, 282-290.
- BRESLAU, N., DAVIS, G.C., 1992, Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity, *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.
- BRESLAU, N. DAVIS, G.C., ANDERESKI, P., PETERSON, E., 1991, Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults, *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- BROWNE, A., 1993, Violence against women by male partners, *American Psychologist*, 48, 1077-1087.
- DAVIDSON, J.R., FOA, E.B, 1993, *Post-traumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
- DAVIDSON, J., 1993, Issues in the diagnosis of post-traumatic stress disorder in Oldham, J.M., Riba, M.B. Tasman, A., eds., *American Psychiatric Press, Review of Psychiatry*, vol 12, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- DEBLINGER, E., HEFLIN, A.H., 1993, Child sexual abuse in Dattilio, F. Freeman A., eds., *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*, New York, Guilford
- DOWNES, W., 1993, Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 331-345.
- FINKELHOR, D., 1990, Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology*, 21, 325-330.
- FINKELHOR, D. DZUIBA-LEATHERMAN, J., 1994, Victimization of children, *American Psychologist*, 3, 173-183.
- FINKELHOR, D., 1994, The International epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 18, 409-417.
- GREEN, B., 1994, Traumatic stress and disaster: Mental Health effects and factors influencing adaptation, In Liehmac, F., Nadelson, C., Eds., *International Review of Psychiatry*, (Vol. II), Washington, DC American Psychiatric Press.
- GREEN, B.L., LINDY, J.D., 1994, Post-traumatic stress disorder in victims of disasters, *The Psychiatric Clinics of North America*, 8, 301-310.
- GREEN, B.L., KOROL, M.G. et al., 1991, Children and disaster: Age gender, and parental effects of PTSD symptoms, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 945-951.
- GREEN, B.L., 1991, Evaluating the effects of disasters, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 538-546.

- HERMAN, J.L., 1992, Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- HERMAN, J.L., 1993, Sequelae of prolonged and repeated trauma evidence for a complex post-traumatic syndrom (DESNOS), In Davidson, J.R., Foa, E.B., Eds., *Post-traumatic Stress Disorder: DSMIV and Beyond*, Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- KILPATRICK, D.G., SAUNDERS, B.E., et al., 1989, Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder, *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- KIRSCHNER, C., KIRSCHNER, D.A., RAPPAPORT, R.L., 1993, *Working with Adult Incest Survivors: The Healing Journey*.
- LEHMAN, D.R., WORTMAN, C.B. WILLIAMS, A.F., 1987, Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231.
- MAYOU, R., BRYANT, B., DUTHIE, R., 1993, Psychiatric consequences of road traffic accidents, *British Medical Journal*, 307, 647-651.
- MCKAY, M.M., 1994, The link between domestic violence and child abuse: Assessment and treatment considerations, *Child Welfare League of America*, 73, 29-39.
- MEICHENBAUM, D., 1994, *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manuel*, Institute Press, Waterloo.
- NACHIN, C., 1989, *Le Deuil D'Amour*, Paris, Éditions universitaires.
- NORRIS, F.H., 1992, Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- NORRIS, F.H., KANIASTY, K., 1994, Psychological distress following criminal victimization in the general population: Cross sectional, longitudinal, and prospective analyses, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 111-123.
- RUBONIS, A.V., BICKMAN, L., 1991, Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psycho pathology relationship, *Psychological Bulletin*, 109, 384-399.
- SOLOMON, A., NERIA, Y., et al., 1994, PTSD among Israeli former prisoner of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study, *American Journal of Psychiatry*, 151, 554-559.
- SOLOMON, S.D., GREEN, B.L., 1992, Mental health effects of natural and human made disasters, *PTSD Research Quarterly*, 3, 1-7.
- SOLOMON, Z., 1993, *Combat Stress Reactions: The Enduring Tool of War*, New York, Plenum Press.

- TERR, L.C., 1991, Childhood traumas: An outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- TOMB, D.A., 1994, The phenomenology of post-traumatic stress disorder, *The Psychiatric Clinics of North America*, 8.
- URSANO, R.J., MCCAUGHEY, B.G., FULLERTON, C.S., 1994, *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*, New York, Cambridge University Press.
- VAN DER KOLK, B.A., ROTH, S., PELCOVITZ, D., MANDEL, F.A., 1993, *Complex Post Traumatic Stress Disorder. Results from the DSM IV Field Trial of PTSD*, Unpublished manuscript, Harvard Medical School.
- VOGEL, J.M., VERNBERG, E.M., 1993, Children's Psychological responses to disasters, *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464-484.
- WALKER, E.A., KATON, W.J. NERRAS, K., JEMELKA, R.P., MASSOTH, D., 1992, Dissociation in women with chronic pelvic pain, *American Journal of Psychiatry*, 149, 534-537.

ABSTRACT

Factors of vulnerability and the psychodynamic stakes in posttraumatic reactions

Some people react to collective or individual trauma with clinical manifestations which often become a clinical syndrome. How can these different reactions be explained? Inspired by clinical research in the literature review, and divided according to the fragilizing aspects of the triad of vulnerability (trans-traumatic, pre-traumatic and posttraumatic), the author brings a psychoanalytical explanation to these different reactions.