

François LEBIGOT

Traiter les traumatismes psychiques

3^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016

11 rue Paul Bert, 92247 Malakoff cedex

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-075571-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À Alain, mon frère,
à Anne-Marie
et à Séverine*

Préface

Liliane Daligand¹

EN CES TEMPS de banalisation médiatique de la souffrance des victimes, François Lebigot, témoigne de sa longue expérience clinique de psychiatre, psychothérapeute au service des traumatisés. Il écoute depuis des années, toujours dans l'empathie et l'éthique, des patients ayant vécu une effraction traumatique. La retranscription de ce qu'il entend et interprète apporte la preuve de l'originalité de l'histoire et du chemin de chaque être confronté à l'effroi. Ici pas de banalisation, pas de « psychologisation », mais une mise en perspective psychodynamique référée aux écrits psychanalytiques de Freud à Lacan qui permettent la compréhension du trauma.

François Lebigot écoute, même si certains entretiens sont « fatigants », il écoute, même si le langage qui a chaviré lors de l'agression émerge difficilement dans le silence opaque de la désespérance. Car il sait qu'après l'épreuve de néantisation, après la confrontation nue au réel de la mort, le sujet est en risque de se dissoudre dans les abîmes du silence, de s'exclure de l'humanité qui, pour être, obéit aux lois du langage. François Lebigot sait être là, dans la présence à l'autre, sans

1. Professeur de médecine légale. Psychiatre des hôpitaux, CHU de Lyon.

violence, sans impatience, gardant une écoute chaste qui ne se repaît pas de l'horreur, mais qui cherche à entendre dans ce qui se dit l'au-delà de la signifiante.

Ses patients lui ont appris l'effroi et il nous a transmis son savoir en traitant de cette clinique si mal connue, si négligée. Il nous convie et nous aide à mieux entendre les murmures des victimes et ce qui se dit en termes d'effroi ou de déni, comme à mieux comprendre et respecter leurs mécanismes de défense précoces.

Il en est de même pour la culpabilité et la honte qui les habitent si souvent, et que les thérapeutes ont parfois tant de difficulté à entendre et à travailler. Car ce n'est jamais par la déculpabilisation compassionnelle qu'une victime perd son symptôme mais en travaillant sur la faute, la faute originaire dont parle François Lebigot.

Il pointe une autre difficulté de la clinique et de la thérapie des victimes : la fascination de la victime elle-même par son trauma, la difficulté de s'en détacher, d'accepter la perte des symptômes et des sensations fortes éprouvées. Il parle aussi du mal, ce mal contagieux qui a contaminé l'être soumis à la violence, ce mal qui ne veut plus le quitter et le pousse à reproduire ce qui a été vécu dans des parcours tragiques.

Il sait aussi le rôle pathogène que peuvent avoir certains médias, preneurs ou voleurs d'images, de choc de préférence, passant en boucle sur les écrans de télévision ou tenant obstinément la une des journaux, associés parfois à des discours exaltés ou se voulant apaisants lorsqu'ils concluent en affirmant que « les psychologues sont sur place, la cellule d'urgence a été activée », comme si tout traumatisé pouvait trouver dès lors un interlocuteur spécialisé.

François Lebigot retrace dans ce livre l'évolution des idées sur la névrose traumatique devenue syndrome psycho-traumatique pour éviter le label anglo-saxon de syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Il insiste, à juste titre, sur le travail fondateur des psychiatres militaires, sur l'école du Val-de-Grâce. Il en fait partie et ses textes sont le reflet de la qualité et de la finesse de cette clinique. S'il sait

écouter, il sait aussi transmettre. Il aime partager avec générosité ce que ses patients lui ont appris. Il le démontre ici comme il le démontre dans les cours, les conférences, les interventions nombreuses effectuées en France ou à l'étranger.

Dans ce livre, je retrouve son goût pour la théorisation toujours appuyée sur des exemples cliniques multiples remarquablement travaillés et exploités.

La première partie est clinique et donne sa représentation du trauma qui s'oppose au « stress envahissant », la deuxième partie est thérapeutique et décrit les différents soins, depuis les soins immédiats, débriefings en particulier, jusqu'aux psychothérapies psycho-dynamiques.

Le dernier chapitre est consacré à quatre exemples de psychothérapie en milieu hospitalier : Piotr, légionnaire de 23 ans, patient « fondateur » du savoir de François Lebigot ; Leïla, 32 ans, victime d'un attentat en 1995, qui, en acceptant de « sortir » du trauma, a changé de perspective et cessé de se considérer comme une martyre du tragique de son existence ; Pierre, 20 ans, qui a enfin consenti à enlever « sa couronne d'épines » d'enfant maltraité ; Félix, 28 ans, Togolais victime d'un attentat dans le métro parisien, qui a été traité pour dépression liée à l'effraction traumatique et à la culpabilité deux ans plus tard.

Ces quatre exemples illustrent la clinique du trauma, cause de la perte de la dimension symbolique, et soulignent l'importance des soins jamais imposés mais proposés comme « une offre de fraternité discrète », selon Lacan cité par François Lebigot. L'acceptation de cette offre ouvre au renouage possible du Symbolique avec le Réel et l'Imaginaire, aux voies retrouvées de la Loi, à être « un parmi d'autres » à égalité de droit.

François Lebigot avec humilité, patience, rigueur et détermination, a aidé ses patients sur ce chemin des retrouvailles de l'être. Tenant son savoir de ses patients, il en parle avec respect et reconnaissance et a le grand mérite de nous en faire don.

Table des matières

<i>PRÉFACE</i>	V
----------------	---

Liliane Daligand

<i>REMERCIEMENTS</i>	XV
----------------------	----

<i>PROLÉGOMÈNES</i>	XVII
---------------------	------

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

1. L'effraction traumatique	3
------------------------------------	---

Le traumatisme psychique est une rencontre avec le réel de la mort
(le néant)

8

2. Clinique de l'effroi	13
--------------------------------	----

Les circonstances de la rencontre traumatique

13

Le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception ou d'une sensation (il s'agit d'un Réel)	17
Conditions favorisant l'effraction traumatique	21
Le cas Raphaël	23
3. Les éprouvés immédiats et durables résultant de l'effraction traumatique	27
L'Abandon	27
La Honte	29
La Souillure	30
La Culpabilité	30
4. Le déni de l'effroi	33
Les pertes de connaissance	39
La dissociation péri-traumatique	41
5. Première conclusion	45
6. La névrose traumatique	49
Historique	49
Les DSM successifs	51
L'effraction traumatique	55
Clinique de la névrose traumatique	58
<i>Le syndrome de répétition, 58 • Autres symptômes et syndromes, 61</i>	
Formes cliniques	66
<i>Formes asthéo-dépressives : syndrome de Targowla, 68 • Les autres formes cliniques, 68</i>	
7. Étiopathogénie	79
Facteurs tenant à l'événement	80
<i>La violence, 80 • La soudaineté, 81</i>	

Facteurs tenant au sujet	81
<i>La personnalité, 81 • La biographie, 82</i>	
Facteurs circonstanciels	84
<i>États physiologique et psychologique au moment de l'événement, 84 • La blessure physique, 84 • La déchéance morale, 85 • Mauvais fonctionnement d'un groupe, 85 • Les actions hors-la-loi, 85 • Origine du drame, impact des violences dues à l'homme, 86 • Les violences intra-familiales, 87</i>	

DEUXIÈME PARTIE

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT

8. Principes généraux pour une psychothérapie psychodynamique	91
La faute	97
Psychothérapie de soutien	98
9. Les premiers temps de la prise en charge	101
Les soins immédiats	101
<i>Les cellules d'urgence médicopsychologiques, 102 • La gestion de la crise, 104 • Les soins aux victimes, 106</i>	
Soins immédiats et soins précoces	117
10. Les soins post-immédiats (le débriefing)	119
Polémique actuelle	121
Réélaboration par Mitchell de son type d'intervention en situation critique : le CISM (<i>Critical incident stressmanagement</i>) (Mitchell 2008)	123
Le débriefing pratiqué en pays francophones	123
Le débriefing individuel	127

Le débriefing collectif	129
<i>Les participants, 129 • Le lieu du débriefing, 131 • Le moment du débriefing, 131 • Les débriefeurs, 134 • Le déroulement de la séance, 136 • Le nombre des participants, 142 • Durée de la séance, 142 • Contre-indications, 143 • Le post-débriefing, 145 • Les alternatives au débriefing, 145</i>	
11. Psychothérapies psychodynamiques	149
Le traumatisme psychique dans la névrose traumatique	149
Une psychopathologie et traitement	152
L'objet perdu	156
La découverte de l'autre scène	159
La faute originaire et le mal absolu	161
Situation d'urgence vécue	164
Le transfert	165
Jouissance et parole	169
Variantes	171
<i>Les psychothérapies intensives, 171 • Les psychothérapies pour états gravissimes, 173 • Le débriefing différé, 174</i>	
Conclusion	178

TROISIÈME PARTIE

SIX OBSERVATIONS DE PRISES EN CHARGE

12. Le cauchemar et le rêve dans le traitement de la névrose traumatique : Piotr	183
Le trauma	184
Une prise en charge inhabituelle	186
Éléments de biographie	187
Vengeance, culpabilité, vulnérabilité	187