

Intervention du Professeur C. Barrois* après l'exposé du Dr J.Westermeyer

Médecin-Chef des Services hors Classe (e.r.), Professeur agrégé du Val-de-Grâce, ancien Consultant national pour la psychiatrie et l'hygiène mentab dans les Armées, Psychanalyste. 39. Boulevard de Port-Royal - 75013 - Paris.

Je remercie les organisateurs, et notamment le Docteur Simon-Daniel Kipman, Président de la Fédération Française de Psychiatrie, de m'avoir fait l'honneur de m'inviter à participer à cette réunion franco-américaine exceptionnelle.

La psychanalyse française, a, selon le voeu de Freud, généralement admis la pratique par les non-médecins et, de ce fait, a été enrichie par un apport interdisciplinaire de haut niveau universitaire notamment.

Le dogmatisme et le théoricisme, et parfois le chauvinisme ont toujours été, notamment en France, des obstacles au développement de la recherche clinique et provoqués parfois des retards évidents dans la recherche. En effet, nous le savons, tous les "modèles" psychiatriques ne sont que des constructions artisanales qui ne servent qu'à pouvoir parler, changer et transmettre notre expérience, sans plus. Comme le disait l'humoriste Jules Renard "il faut savoir changer d'idée comme de chemise, c'est une question de propreté" ... intellectuelle.

Joseph Westermeyer fait précisément partie de ces psychiatres américains que j'admire: j'ai dû recourir à un article d'Ochberg, dans le *Journal of Traumatic Stress* d'octobre 1989, pour mieux le connaître et mesurer à quel point il connaît bien ce dont il parle. Je vous rappellerai :

- qu'il a pratiqué la médecine générale 3 ans au Laos, et en a étudié la culture comme la vie quotidienne de ses populations;

- qu'il y est retourné par la suite chaque année pendant 10 ans;

- qu'il y a vécu personnellement les situations d'extrêmes dangers de la guerre et y a perdu des amis très proches;

- qu'après 1975, il s'est occupé des vagues de réfugiés du Sud-Est Asiatique:

Laotiens, Thaïs, etc. et a fondé un centre de traitement où il a employé plusieurs de ses vieux amis en qualité d'interprètes des langues multiples de ces pays montagneux: selon certains linguistes, la langue Hmong serait d'origine turco-mongole; les Hmong, comme les Méos, ont une tradition de nomades et des cavaliers, et sont les héritiers lointains de l'empire mongols du 13^e siècle.

Durant la guerre d'Indochine, l'armée française avait, dès 1951, créé des maquis Méo et Hmong, aux confins de la Chine (Yunnan) ennemis traditionnels des Vietnamiens de la plaine. Les Hmong sont une ethnie guerrière d'une bravoure et d'un sens de l'honneur remarquables. Toute leur histoire, depuis 1000 ans, est tissée de combats et de hauts faits.

Nous avons été particulièrement intéressés, en étudiant l'histoire de ces civilisations, d'apprendre que les Méos et les Hmong pratiquent des rites chamaniques dans lesquels on retrouve le thème de la descente aux enfers et d'autres aspects du mythe gréco-thrace d'Orphée qui est en fait un mythe universel. Dans mes travaux sur les syndromes psychotraumatiques², j'ai été conduit à lui donner une place privilégiée pour l'intelligibilité psychanalytique des troubles car le recours au complexe d'oedipe et au concept de narcissisme s'avérait inadéquat à en saisir la dynamique profonde.

J. Westermeyer, dans son exposé, n'a fait qu'évoquer ce qu'il a remarquablement développé dans son article de 1989 du *Journal of Traumatic Stress* (ainsi que dans les 26 publications qu'il cite sur ce sujet).

Il nous pose le problème de l'hétérogénéité du diagnostic de l'axe I du DSM-IV en concluant qu'il est justifié de distinguer, au sein du PI SD (terme auquel je préfère celui, beaucoup plus précis et simple de "syndrome psychotraumatique") les *Post Traumatic Stress Symptoms* et de *Post Traumatic Stress Disorders*. De plus il distingue, dans les situations traumatisantes graves, celles qui visent délibérément la victime et celles qui concernent également d'autres personnes.

Enfin il signale l'importance de la survenue des états dépressifs (déjà constatée par Kinzie chez les réfugiés cambodgiens).

J. Wertermeyer, dans une optique transculturelle, a insisté dans ses travaux sur les modalités des demandes thérapeutiques et sur les représentations du médecin au sein des populations qu'il a étudiées.

Cependant, le problème subsiste de savoir si certains troubles **non psychotraumatiques** sont simplement **associés aux P.T.S.D.**, ou bien en sont des **complications**

Ochberg, à propos des travaux de J. Wertermeyer, a très justement souligné, dans une formule d'une concision saisissante que: "perdre sa culture, c'est tout perdre".

Le statut de ces états dépressifs est donc d'une singulière complexité, entre l'impact du danger de "mort socioculturelle", et celui des pertes d'objets inhérentes à la transplantation. Ainsi le recours aux substances toxicomanigènes n'est-il pas une tentative de guérison de la dépression dans des cultures où la prise ritualisée ou habituelle d'opiacés est très ancienne ?

J'ai examiné et traité plusieurs patients présentant des syndromes psychotraumatiques survenus dans de multiples situations: les deux guerres mondiales, les guerres d'Indochine et d'Algérie, les rescapés des camps nazis et viet-minh, victimes d'exactions terroristes, otages du Liban, rescapés de catastrophes naturelles, d'accidents, etc.

De plus, j'ai travaillé dans des cadres et des statuts multiples, ce qui m'a permis d'avoir plusieurs angles de vue, depuis le cadre analytique jusqu'aux responsabilités d'expert, de conseiller technique, pour les Armées et le Ministère des Anciens Combattants (*Veteran's Administration*) allant de la prévention et des conduites thérapeutiques pour les blessures psychiques à grande échelle jusqu'à l'adaptation des textes législatifs régissant l'indemnisation des syndromes psychotraumatiques consécutifs aux guerres et aux actes de terrorisme.

A la lumière de cette expérience, qui est cependant limitée, je m'interroge sur l'opportunité d'une distinction tranchée entre PISS et PISD. Celle-ci est certainement bien fondée sur des considérations cliniques et évolutives, mais je crains que certains médecins et psychiatres, surtout quand ils sont experts judiciaires, perdent de vue, l'unité psychodynamique de ces troubles et trouvent là un prétexte facile pour des quantifications trop rigides des préjudices. Nous pensons qu'il est préférable, selon le vieux principe d'économie du philosophe Guillaume d'Ockham (XIV^e s.) qui recommandait de ne pas multiplier les êtres sans nécessité (*Pluritas numquam est ponenda sine necessitate*). Si, entre psychiatres avertis, nous savons fort bien que des syndromes ne sont pas des choses, il n'en n'est malheureusement pas de même pour d'autres qui, derrière des termes différents, croient qu'il existe des réalités différentes (cf. les idées platoniciennes). N'est-il pas préférable de décrire des formes cliniques au service d'une rubrique diagnostique englobante.

Le statut de la répétition est-il analogue à un travail de deuil ?

C'est un problème central en psychanalyse depuis Ferenczi et Freud mais aussi en psychopathologie générale. E. Bibring distingue la répétition du besoin et le besoin de répétition, ce dernier étant écartelé entre automatisme de répétition mortifère traduisant la pulsion de mort chez Freud et les tentatives de liaison des représentations entre elles (Bindung). Cet aspect positif de la répétition correspondrait pour certains analystes à une tendance réparatrice et à une remise en circulation du sens au sein de ce qui était jusqu'alors chaotique et morcelé. Dans cette mesure, le besoin de répétition relèverait, en partie, des pulsions de vie au sens de Freud. Il faut remarquer ici combien ces conceptions des phénomènes psychiques répétitifs comme leur théorisation restent encore de nos jours assez

simplistes et imprégnées d'une conception dialectique un peu naive. Nos propres constatations cliniques psychanalytiques nous ont montré la nécessité d'approfondir le concept de répétition, tout en reconnaissant la place fondamentale et incontournable du concept de pulsion de mort chez Freud. Par contre, nous n'avons personnellement pas constaté, lors du traitement des syndromes psychotraumatiques, l'aspect réparateur que E. Bibring attribuait à certains aspects du besoin de répétition.

L'étude du syndrome psychotraumatique nous a conduit à distinguer, sur le plan psychodynamique, les dépressions classiques, d'une part, et les états de détresse dépressive des PrSD. Dans ces cas en effet, il nous a semblé important de considérer qu'il s'agissait d'une modalité très particulière de perte: le sujet doit effectuer en effet, en quelques secondes, le deuil de lui-même, et cette perspective catastrophique d'anticiper le fait de devenir un cadavre, une chose inanimée, fait comprendre en partie le déchâînement de violence qui ébranle toutes ses structures psychiques. La situation traumatisante engendre ainsi une rupture de l'historicité du sujet, un clivage traumatique dont les effets vont se perpétuer, sous la forme d'un corps étranger interne envahissant. Ce sont les effets incoercibles de cet objet clivé interne qui constituent véritablement le traumatisme psychique en acte.

Nous nous trouvons totalement en accord avec Julius Westermeyer, notamment dans ses travaux de 1989 concernant les interactions entre les traumatismes psychiques et les facteurs socioculturels. C'est dans un esprit très voisin que nous avons nous-même développé le concept de *traumatisme second* qui frappe les survivants et les rescapés dont l'état peut se trouver très aggravé par les innombrables formes de rejet, de méconnaissance et d'indifférence sociales qui plongent à nouveau la victime dans la solitude et la détresse. Les attitudes xénophobes soulignées par J. Westermeyer font évidemment partie de cette situation traumatisante seconde.

Pour conclure les réflexions que nous a inspirées le remarquable exposé du Docteur Westermeyer, nous sommes tentés de rappeler le souci qu'a exprimé notre regretté collègue le Professeur Tatossian concernant la nécessité de situer la rencontre psychiatrique à son véritable niveau phénoménal. Il serait inconséquent et déplacé de considérer les troubles que nous venons d'évoquer comme de simples déviations du comportement et de la pensée.

Pour illustrer ce propos, nous ne pouvons mieux faire que de citer Dostoïevski: "Il y avait un malade dans l'établissement de Schneider, un homme très malheureux. C'était un malheur si affreux qu'il ne peut peut-être pas y en avoir de semblable. Il était soigné comme aliéné; à mon avis, ce n'était pas un aliéné, mais un homme qui souffrait atrocement: c'était là toute sa maladie." (L'Idiot).

2 cf. C. Barrois, Les Névroses traumatiques, Paris, Dunod, 1988.
et Psychanalyse du guerrier, Paris, Hachette "Pluriel" 1993.