

fonctionnels (spasmes divers, céphalées, algies), voire psycho-somatiques (asthme, hypertension, angor, ulcère gastrique, colite spasmodique, eczéma, goître et diabète), et des conduites morbides, telles qu'anorexie ou boulimie, alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, crises nerveuses, fugues, actes agressifs et tentatives de suicide. Chez les victimes physiques comme chez les victimes psychiques, la plainte somatique répétée est de règle, inscrite très souvent dans une mentalité et des comportements hypocondriaques. Les statistiques établies chez les victimes des attentats terroristes perpétrés en 1986 à Paris ont révélé une proportion surprenante d'affections psycho-somatiques (24%) apparues ensuite chez les victimes (Bouthillon, 2) et les études américaines ont insisté sur la fréquence des conduites asociales et agressives séquellaires chez les vétérans de la guerre du Viet-Nam.

Sous-jacents au plan des symptômes, des troubles de la personnalité caractérisent la névrose traumatique. Il ne s'agit pas de troubles pré-existants, mais de perturbations survenues après l'impact du trauma, témoignant d'une réorganisation (défensive ou morbide) de la personnalité et traduisant une certaine signification traumatique. Fénichel les a très bien ordonnés en disant que la personnalité frappée réagit désormais par un triple blocage de ses fonctions (14) : blocage des fonctions de filtration, blocage des fonctions de présence, et blocage des fonctions d'amour. En effet, les traumatisés sont désormais incapables de filtrer dans l'environnement les stimuli dangereux des stimuli anodins, et ils se sentent agressés par tout stimulus ; ils sont perpétuellement en état d'alerte, craintifs, prospectant anxieusement l'environnement, sursautant au moindre bruit, se détournant s'ils sont suivis et résistants à l'endormissement le soir, car s'abandonner au sommeil c'est relâcher sa vigilance. Leur sommeil est léger, avec réveil anxieux au moindre bruit. Par ailleurs, ils ont perdu leur curiosité pour le monde (qui leur paraît morne et lointain, quand ce n'est hostile), leur intérêt pour les loisirs et leur motivation pour le travail. Ils font preuve de moins d'initiative, sont devenus pusillanimes et peu entreprenants ; leur élan vital s'est émoussé, leur joie de vivre s'est éteinte et leur avenir leur apparaît comme bouché. Enfin, sur le plan affectif, ils ont tellement manqué de soutien et d'amour au moment crucial qu'ils sont désormais tenaillés par un

besoin inextinguible d'affection et de protection ; ils sont en perpétuelle quête d'amour, tandis qu'eux-mêmes sont incapables d'aimer autrui (tout leur amour disponible est désormais accaparé pour eux-mêmes) ; dès qu'ils s'adressent à autrui c'est pour se plaindre. Ils sont en outre toujours insatisfaits et exigeants, estimant être non reconnus, incompris, non soutenus et insuffisamment indemnisés. Aussi deviennent-ils aigris, susceptibles, irritables et enclins au retrait social et aux ruminations amères.

En conclusion, la névrose traumatique implique une restructuration de la personnalité qui, après l'impact du trauma, a adopté un nouveau rapport à l'environnement - nouvelle manière de percevoir, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir, - et un nouveau mode de défense, à savoir la répétition, donnant lieu à l'éclosion et à la perpétuation de symptômes de reviviscence, d'angoisse, d'asthénie, de souffrance somatique et à des comportements d'alerte, d'évitement, de perte d'intérêt, de quête affective et de repli social (Crocq, 7, 9). La névrose traumatique est une affection organisée et durable sinon chronique. Non traitée, elle évolue sur tout le reste de l'existence du patient, avec des périodes aiguës qui éclosent au gré des incidents rappelant l'expérience traumatique initiale. En fait, à la longue, les manifestations de reviviscence s'atténuent et se raréfient, tandis que les troubles de la personnalité s'accroissent et s'enkystent en organisation caractéropathique, avec tout ce que cela peut représenter d'invalide pour le patient et de perturbant pour son entourage.

● *Les états dépressifs réactionnels*

Il arrive qu'une victime, en réaction à la prise de conscience de ses infirmités physiques et de leurs conséquences (autonomie diminuée, dévalorisation, avenir compromis), développe alors, secondairement, un syndrome dépressif. Cette complication est fréquente, en particulier, dans le cas des brûlés de la face, entraînant une grave altération de l'image de soi et des rapports sociaux. Ces états dépressifs réactionnels à l'infirmité sont en général d'installation tardive. Ils se caractérisent par la tristesse, le sentiment de dévalorisation, la baisse de l'initiative et de l'élan vital, les ruminations mentales obsédantes sur le rétrécissement de l'existence, l'inhibition intellectuelle et volitionnelle et le repli social, et souvent aussi par des développements

hypocondriaques. Leur évolution est souvent chronique et traînante, à moins qu'une psychothérapie ne parvienne à les réduire en obtenant chez la victime une certaine acceptation de ses infirmités, de son image, et de sa condition sociale.

● *Le syndrome post-commotionnel crânien*

Pendant la première guerre mondiale, en 1916, le neuro-psychiatre Pierre Marie a décrit sous le nom de "syndrome subjectif des traumatisés crâniens" (18) un ensemble pathognomonique de troubles cognitifs et affectifs observés chez des sujets ayant subi un choc ou un ébranlement cérébral, direct ou à distance (effet de souffle). Ces troubles comprennent des céphalées, des vertiges, des acouphènes, une impression de flou visuel, une baisse de l'efficacité intellectuelle (attention, mémoire, jugement, concentration), de l'insomnie, des bouffées neuro-végétatives et des altérations affectivo-caractérielles (labilité émotionnelle, irritabilité). Ce syndrome est en général d'installation rapide (quelques jours ou quelques semaines après le trauma crânien) et, après s'être atténué en intensité, en quelques mois, évolue ensuite d'une façon stable et durable. Même dans les cas où l'état de la science ne décèle pas de lésion cérébrale, on admet que ces troubles sont dus à une étiopathogénie neuro-organique ou neuro-biologique, consécutive à la commotion.

● *Les psychoses organiques*

On a décrit des états neuro-organiques de détérioration mentale, démentiels ou pré-démentiels, consécutifs à une lésion cérébrale majeure provoquée par un accident ou une agression. Ils ne sont pas toujours d'installation immédiate et peuvent mettre un an ou plus à se manifester (Bénon, 1), ce qui peut soulever des problèmes médico-légaux. Sur le plan clinique, ils impliquent une altération majeure de toutes les fonctions mentales, non seulement cognitives (lucidité, attention, mémoire, jugement, raisonnement), mais aussi affectives (perte du contrôle émotionnel, puérilisme) et volitionnelles (aboulie, perte de l'autonomie), nécessitant l'assistance totale. Il s'agit de psychoses organiques, définitives, irréversibles, inguérissables, que l'on peut seulement espérer stabiliser au *statu quo*, car ces états impliquent aussi une plus grande sensibilité aux effets du vieillissement cérébral.

20