

# **Le traitement psychologique du stress post-traumatique de Pierre Janet**

**ONNO VAN DER HART, PAUL BROWN AND  
BESSEL A. VAN DER KOLK**

---

RÉSUMÉ: la méthode psychothérapeutique du stress post-traumatique de Pierre Janet comprenait les étapes suivantes

- 1 - la stabilisation,
  - 2 - l'exploration de la modification de réminiscences traumatiques,
  - 3 - la réintégration de la personnalité et la réhabilitation.
- 

## **Le traitement du stress post-traumatique de Pierre Janet**

Pierre Janet a été sans doute le premier psychologue à formuler une méthode thérapeutique systématique de la post-psychopathologie traumatique et à reconnaître la nécessité d'adapter le traitement aux différents stades de l'évolution des réactions de stress post-traumatique.

Dans les années 1880, Pierre Janet a développé un traitement éclectique basé sur ses examens cliniques avec des malades sévèrement traumatisés, ayant des adaptations post-traumatiques soit hystériques (dissociatives) soit psychasthéniques (obsessives-compulsives).

Selon Janet, l'incapacité d'intégrer des souvenirs traumatiques était le problème central des syndromes post-traumatiques : le traitement de traumatismes psychologiques entraînait toujours un effort pour récupérer et pour intégrer les souvenirs du trauma dans la totalité des personnalités des sujets. Il n'a jamais développé une nosologie pour un « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD), mais il a certainement reconnu la nature fondamentalement bi-phasiques de la réaction traumatique, et, dans ses cas historiques ainsi que dans ses travaux théoriques, il a décrit en détails tous les critères contemporains DSM III pour la PTSD (voir Van Der Kolk et al., 1989).

Il a divisé les réactions traumatiques en trois stades: le premier comprend un mélange de réactions dissociatives (hystériques), de ruminations obsessionnelles et d'une agitation généralisée précipitée par un événement traumatique. Le deuxième stade de symptomatologie post-traumatique différée comprend un mélange de symptômes hystériques, obsessionnels et angoissants où il est difficile de reconnaître l'étiologie traumatique des symptômes. Le troisième et dernier stade est caractérisé par ce que les auteurs modernes appellent la détérioration post-traumatique (Titchener 1986) et comprend les désordres de somatisation, la dépersonnalisation et la mélancolie, et qui conduit à l'apathie et à l'isolement social. Tout comme les auteurs modernes, Janet reconnaissait que la guérison totale est rare, même lorsque le malade est capable de se rappeler le trauma en détails.

Janet était très conscient du fait qu'il était nécessaire d'établir une relation spéciale et solide entre le malade et le thérapeute avant même d'essayer d'aborder les réminiscences traumatiques. Il considérait le rapport entre le malade et thérapeute indispensable à la résolution du trauma, mais il reconnaissait que les malades sévèrement traumatisés étaient aptes à l'idéalisation susceptible de se développer en une « passion somnambuliste » intense (Janet 1897).

Janet conseillait aux thérapeutes deux attitudes apparemment contradictoires : d'une

part le malade doit accepter son autorité et ses conseils, d'autre part le thérapeute doit minimiser sa domination du malade (Janet, 1897 ; cf. Haule, 1986). Trop dépendre de l'autorité du médecin ne mènerait qu'à une guérison temporaire ; ignorer que le malade doit en principe garder le contrôle de sa vie conduit à une influence somnambuliste excessive (de nos jours on appellerait cet état « transférence psychose ») et entrave le traitement. Tout comme beaucoup de thérapeutes contemporains, Janet a appris à son corps défendant que si on néglige l'étendue du contrôle, la passion risque d'atteindre des proportions incontrôlables. Il a essayé de démontrer dans certains cas-types comment le rapport pouvait être utilisé même avec des malades gravement dérangés afin d'encourager l'action indépendante plutôt que d'encourager la dépendance excessive et la passion mal dirigée.

### **Le modèle par étapes de Janet pour le traitement du stress post-traumatique**

La méthode psychothérapeutique de Janet du stress post-traumatique comprenait les étapes suivantes

1. La stabilisation, le traitement orienté vers les symptômes et la préparation pour la liquidation des réminiscences traumatiques.
2. L'identification, l'exploration et la modification de réminiscences traumatiques.
3. La prévention de la rechute, le soulagement des résidus symptomatologiques, la réintégration de la personnalité et la réhabilitation.

Pour chaque étape, il était conseillé de recouvrer, d'explorer et de modifier les souvenirs traumatiques. Reprendre contrôle de sa vie est à encourager pendant tous les stades du stress post-traumatique, bien sûr dans les limites du possible des malades.

Le modèle par étapes de Janet ressemble beaucoup aux modèles modernes pour le traitement des désordres du stress post-traumatiques (PTSD) et des désordres dissociatifs (Braun, 1986; Brown et Fromm, 1986; Parson, 1984; Kluff, 1987 ; Sachs et al, 1988).

Les modèles par étapes ne peuvent donner que des directives thérapeutiques globales : ils doivent être modifiés pour convenir aux cas individuels. Janet variait l'ordre et les méthodes selon le stade de la maladie et l'état de l'économie mentale du malade. Pour certains problèmes comme l'assimilation des souvenirs traumatiques, il faut y revenir à maintes reprises pendant toute la durée du traitement. C'est pourquoi il présenta son modèle par étapes comme une méthode heuristique:

#### ***Étape 1 : Stabilisation et réduction des symptômes***

Pour les sujets aux réactions post-traumatiques graves ou pour ceux ayant des exacerbations pathologiques chroniques, il fallait tout d'abord stabiliser les symptômes. Le repos (y compris l'hospitalisation), la simplification du rythme de vie, la formation de relations thérapeutiques en étaient les moyens.

Dans les cas non-compliqués, bien que graves en général, ces procédés étaient suffisants pour permettre la récupération et la liquidation des souvenirs traumatiques. À cause du niveau peu élevé de la tension psychologique, les cas chroniques et complexes avaient tout d'abord besoin d'une stimulation mentale et d'une rééducation en vue de la liquidation des souvenirs traumatiques.

L'hypnose pourrait contribuer au soulagement de l'insomnie, des réactions de conversion et des états amnésiques ; il serait possible d'approcher d'une façon directe les paralysies motrices difficiles à manier ainsi que les anorexies ; les malades pourraient exercer leurs membres, pourraient manger, boire et protéger de cette façon leur bien-être physique. Le succès à ce stade améliora le rapport et facilita plus tard la récupération par hypnotisme des souvenirs traumatiques (Barrucand, 1967). Des suggestions orientées vers les symptômes pourraient à ce stade s'adresser à des symptômes mineurs comme le mal de tête. Janet a reconnu les limitations de cette méthode. Les malades étaient parfois capables d'accepter des suggestions non-relatives au trauma, alors qu'ils refusaient catégoriquement du matériel relatif au trauma. Dans certains cas, il en résultait une exacerbation des symptômes ou un développement de

nouvelles plaintes.

Janet était d'avis que ces échecs étaient le résultat d'états émotionnels se rapportant à des idées fixes relatives à des traumatismes conscients et qui ne pouvaient se résoudre que lorsque les souvenirs traumatiques latents étaient liquidés avec succès.

### ***Étape 2: la modification de réminiscences traumatiques***

Pour Janet, la liquidation des souvenirs traumatiques était la clef de la résolution du stress post-traumatique. Les souvenirs traumatiques dissociés subsistaient comme idées fixes conscientes et, échappant au contrôle personnel et conscient, faisaient périodiquement surface sous forme d'états sensibles, de sensations somatiques, d'actes autonomes, et de rêves liés au trauma original (Janet, 1893). Le manque d'intégration des souvenirs traumatiques a conduit à l'arrêt du développement de la personnalité « Incapables d'intégrer les souvenirs traumatiques, ils semblent aussi avoir perdu la capacité d'assimiler de nouvelles expériences. Les choses se passent donc comme si leur personnalité arrêtée définitivement à un certain point ne pouvait plus s'accroître par l'adjonction, l'assimilation d'éléments nouveaux » (Janet, 1904, 1911, p. 5312). Tous ces malades semblent arrêtés dans l'évolution de la vie, ils sont « accrochés » à un obstacle qu'ils n'arrivent pas à « franchir » (1919, II, p. 271). Dans des cas non-compliqués, les souvenirs traumatiques et la pression psychologique qui en découlait étaient « près de la surface » et étaient souvent disponibles pour des interventions non-hypnotiques. Parler simplement de leurs expériences et partager parfois un journal intime avec le thérapeute pouvait mener à une résolution. En général, les malades post-traumatiques étaient plus compliqués, ayant besoin de modifications techniques pour l'induction sous hypnose, pour exposer les souvenirs traumatiques et pour les transformer.

## **Exposition des souvenirs traumatiques**

Janet était le pionnier quant à l'emploi de l'hypnose et de l'écriture automatique dans la thérapie des malades post-traumatiques qui souffraient principalement de symptômes dissociatifs (Janet, 1886, 1889, 1898 a et b, 1904).

Il était convaincu que, même dans les cas les plus compliqués et les plus chroniques, il fallait remonter le cours des souvenirs jusqu'au premier événement traumatique d'importance. Souvent, les malades étaient surpris et soulagés de découvrir que leurs symptômes n'étaient pas physiques, mais étaient la conséquence d'un trauma psychologique. Pour beaucoup de malades, le premier obstacle était l'induction sous hypnose ; pour certains, il leur fallait des semaines et même des mois avant d'entrer avec succès dans un état hypnotique. Janet pensait que ces malades essayaient souvent de cacher des secrets traumatiques. Selon les interprétations modernes, cette résistance à l'induction hypnotique comprendrait aussi l'angoisse de réprouver les émotions relatives au trauma (Brown et Fromm, 1986).

Janet a utilisé une variété de techniques visuelles imagées pour exposer les souvenirs traumatiques allant de suggestions hypnotiques directes à l'écriture automatique, et la production de fantaisies et de rêves. Chez les malades avec des symptômes très manifestes ou avec de la résistance très élevée, la suggestion par distraction facilita les techniques d'exploration. Les souvenirs traumatiques une fois exposés, Janet fit appel à trois méthodes de traitement:

1. La réduction directe, utilisant une technique appelée la neutralisation;
2. La méthode par substitution, où les souvenirs traumatiques étaient remplacés par des images neutres et même positives;
3. La thérapie par reformulation (« reframing »).

## **La neutralisation des souvenirs traumatiques**

La liquidation par hypnotisme des souvenirs traumatiques était la méthode de traitement la plus directe et la plus hasardeuse. Elle consistait en un processus par étapes pour réprouver et pour raconter les souvenirs traumatiques, en commençant par ceux qui étaient les moins menaçants pour remonter vers l'assimilation des événements les plus traumatiques. Pourtant, pour beaucoup de malades traumatisés, revivre et

décrire le trauma était une tâche trop douloureuse et difficile. Ils étaient incapables de transformer l'événement traumatique en une narration neutre. Les forcer à le faire aurait pu conduire à une résistance plus grande encore, et produire de cette façon des intrusions non-voulues de souvenirs traumatiques ; il est clair que ce procédé n'allait pas sans risques. Pourtant, lorsqu'appliqué avec précaution sur des malades suffisamment préparés, les souvenirs traumatiques étaient souvent assimilés avec succès. L'exemple le plus célèbre de cette méthode est celui d'Irène (Janet, 1904).

### **La méthode par substitution**

Pour beaucoup de malades, les méthodes hypnotiques orientées vers les symptômes étaient trop superficielles, et la neutralisation trop traumatisante.

Parfois, Janet remplaçait par des images neutres et même positives les souvenirs traumatiques (Janet, 1889, 1894, 1894-5, 1898, a et b).

Il changeait, soit l'interprétation connue des événements traumatiques, soit les réactions émotives des malades. Changer le contenu de l'image a aidé Cam, le malade de Janet, à assimiler le souvenir de la mort de ses deux enfants. Janet a remplacé avec succès les images hallucinantes traumatiques par une image de fleurs épanouies (Raymond et Janet, 1898).

### **La reformulation**

Alors que les techniques de substitution par hypnotisme de Janet fonctionnaient relativement bien chez les malades ayant une symptomatologie post-traumatique à prédominance hystérique, i.e. dissociative, des modifications techniques étaient nécessaires pour les malades aux caractères à prédominance psychasthénique.

Ces malades s'occupaient de leurs souvenirs traumatiques avec un scrupule excessif et obsessionnel (Janet, 1903). Ils étaient tourmentés par un sentiment de culpabilité et par la pensée d'avoir dû se conduire autrement.

Selon Janet, ces « manies mentales de la perfection » étaient des efforts pour retrouver l'harmonie pré-traumatique (Janet, 1935). Dans ce cas, Janet préférait s'adresser aux souvenirs purement verbaux, plutôt qu'à l'image traumatique, et cherchait à reformuler le récit narratif en termes acceptables par le malade. Au lieu d'utiliser la substitution de l'image par l'hypnose, il se mit à réassurer le malade et à restaurer sa morale, et il remplaça le « mythe-malade » par un « mythe-thérapeutique » (Frank, 1973 ; van der Hart, 1988), ce qui rendit l'événement traumatique acceptable, et encouragea son assimilation.

#### ***Stade 3 : Réintégration de la personnalité et réhabilitation***

L'assimilation des idées fixes traumatiques était nécessaire, mais insuffisante pour la résolution complète du stress post-traumatique. Il fallait faire attention à trois autres problèmes médicaux : prévention de la rechute, réintégration de la personnalité et gestion du restant des symptômes de la névrose post-traumatique. Ces trois problèmes étaient liés à l'instabilité psychologique et à la diminution de la tension psychologique. Janet a décrit comment, face à une menace, la dissociation rendait ces malades vulnérables à des rechutes répétées. Il a essayé de résoudre ce problème en essayant de stabiliser le malade et de consolider les rendements acquis lors des deux premiers stades du traitement. Le trauma psychologique avait souvent occasionné non seulement un arrêt de la capacité d'intégrer de nouvelles expériences (Janet, 1904), mais aussi une régression à un stade antérieur du développement (Janet, 1893).

Des défauts de la personnalité spécifiquement post traumatiques comprenaient : attention peu soutenue et pauvre concentration ; suggestibilité ; incapacité d'initier, de maintenir, de poursuivre et d'achever des actions ; constriction des sentiments et hypochondrie. Chacune de ces déficiences de la personnalité pouvait coexister avec des restants des symptômes de la névrose post-traumatique. Ceux-ci pourraient inclure des plaintes fonctionnelles somatiques, des contractures motrices, des doutes psychasthéniques, des ruminations sans fin et une scrupulosité excessive.

Apathie, ennui et dépression : des restants probables de ces maladies. La thérapie de Janet s'adressait à ces symptômes de la névrose. Le traitement pour chacune de ces

conditions - prévention de la rechute, soulagement des symptômes, réhabilitation et réintégration de la personnalité - comprenait l'éducation, la stimulation et la direction morale. Janet a essayé d'intégrer ces différentes méthodes thérapeutiques afin d'augmenter l'énergie mentale des malades, de retrouver les fonctions perdues et d'acquies de nouvelles compétences.

### **La fin**

La réduction de la dépendance thérapeutique annonça le début de la fin. Le malade développa une attitude plus tranquille, était plus ouvert aux influences positives, et les rechutes étaient moins graves et duraient moins longtemps. Selon Janet, l'ingratitude était le meilleur signe de la guérison : lorsque le malade commençait à oublier les rendez-vous, il était sur le chemin de la guérison. À ce stade, il augmenta l'intervalle entre les séances et dans les cas graves et compliqués, des rendez-vous occasionnels prolongeaient l'influence thérapeutique pendant une période plus ou moins longue.

### **CONCLUSION**

Un des premiers concepts de Janet qui est tombé en désuétude et qui n'a pas été repris par la psychiatrie contemporaine est son modèle de l'économie mentale. Selon ce modèle, le trauma occasionne une instabilité dans les niveaux psychologique des malades et trouble toujours la tension psychologique, la capacité de diriger l'énergie vers un acte canalisé et créatif. Des recherches récentes ont confirmé la validité de ces concepts (Van der Kolk et Ducey, 1989).

Reconnaître cette énergie psychologique noncanalisée et inefficace a fourni à Janet la rationalisation du système de psychothérapie qui divisait son traitement en méthodes pour encourager la conservation de l'économie mentale (restitution psychologique) et en méthodes pour la croissance économique (dont le but est la croissance psychologique).

À l'occasion d'un hommage à la vision de grande envergure de Janet, Ellenberger (1950, p. 482) a souligné que la psychothérapie de Janet n'est pas une méthode partielle et exclusive « Non seulement elle n'exclut pas les autres méthodes, mais elle permet souvent de les mieux comprendre et d'en préciser le domaine d'application. Elle constitue moins une thérapeutique spéciale qu'une économie générale de la psychothérapie. »

### **BIBLIOGRAPHIE**

- Barrucand D. (1967) : *Histoire de l'hypnotisme en France*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Braun B. G. (1986) : Issues in the psychotherapy of multiple personality disorder. In : B. G. Braun (Ed.), *Treatment of mul-tiple personality disorder*. Washington, DC : American Psychiatrie Press.
- Brown, D. P. et Fromm, E. (1986) : *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, N. J. : L. Erlbaum.
- Ellenberger H. F. (1950) : La *psychothérapie de Janet*. In *Hommage à Pierre Janet : L'Évolution Psychologique* pp. 465-482.
- Frank J. (1973) : *Persuasion and healing*. Baltimore : John Hopkins University Press.
- Haule J. R. (1986) : Pierre Janet and dissociation : The first transference theory and its origins in hypnosis. *Am J. Clin Hypnosis*, 29 (2), 86-94.
- Janet P. (1886) : Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue Philosophique*, 25, I, 238-279. Janet P. (1889) : *L'Automatisme psychologique*. Paris : Félix Alcan. Reprint : Société Pierre Janet, Paris, 1973.
- Janet P. (1893) : L'Amnésie continue. *Revue Générale des Sciences*. 4, 167-179. (a) Aussi dans P. Janet (1898 a), *Névroses et idées fixes, vol. 1* Paris ; Félix Alcan.
- Janet P. (1894) : Histoire d'une idée fixe. *Revue Philosophique*, 37, 1, 121-163. Aussi dans P. Janet (1898 a), *Névroses et idées fixes, vol. 1*. Paris : Félix Alcan.
- Janet P. (1894-5) : Un cas de possession et l'exorcisme moderne. *Bulletin de Travaux de l'Université de Lvon*, 8, 41-57. Janet P. (1895) : Les idées fixes de forme hystérique. *Presse Médicale*, 3,

- 201-203.
- Janet P. (1897) : L'Influence somnambulique et le besoin de direction. *Revue Philosophique*, 43, I, 113-143.
- Janet P. (1898 a) : Le traitement psychologique de l'hystérie. Dans : A. Robin, *Traité de thérapeutique appliquée*. Paris Rueff. (a). Aussi dans: P. Janet (1911), *L'État mental des hystériques* sec. enlarged éd. Paris: Félix Alcan.
- Janet P. (1898 b) : Névroses et idées fixes, vol. 1 Paris : F. Alcan.
- Janet P. (1903) : *Les obsessions et la psychasthénie* (2 vol.). Paris : Félix Alcan. Reprint : Hafner, New York, 1976. Janet P. (1904) : L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453. Aussi dans P. Janet (1911), *L'État mental des hystériques*, Paris: Félix Alcan.
- Janet P. (1919) : *Les médications psychologiques* (3 vol.). Paris : Félix Alcan. Reprint : Société Pierre Janet, Paris, 1984.
- Janet P. (1935) : Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, II, 329-366.
- Kluft R. P. (1987) : An update on multiple personality disorder. *Hosp Comm. Psychiat.* 38 (4), 363-373.
- Parson E. R. (1984) : The reparation of self: Clinical and theoretical dimensions in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14, 4-56.
- Raymond F. et Janet P. (1898) : *Névroses et idées fixes*, vol. 2 Paris : Félix Alcan.
- Sachs R. G., Frischholz et Wood J. 1. (1988) : Marital and family therapy in the treatment of multiple personality disorder. *J. Marital Family Ther.* 14, 249-259.
- Titchener J. L. (1986) : Post-traumatic decline : A consequence of unresolved destructive drives. In : C. Figley (Éd.), *Trauma and its wake*, II. New York: Brunner/Mazel.
- van der Hart O. (1988) : Myths and rituals : Their use in psychotherapy. In : O. van der Hart (Éd.), *Coping with loss The therapeutic use of leave-taking rituals*. New York : Irvington.
- van der Kolk B. A. et Ducey C. P. (1989) : The psychological processing of traumatic experience : Rorschach patterns in PTSD. *J. Traumatic Stress*, 2 : 3.
- van der Kolk B. A., Brown P. et van der Hart O. (1989) Pierre Janet and Psychological Trauma. *J. Traumatic Stress*, 2 : 4.