

Le traumatisme psychique : une clinique de l'effroi

En santé mentale, l'accent est parfois mis sur certaines entités cliniques. Aujourd'hui, nous sommes entrés dans l'ère du traumatisme psychique. Cette « mode » impose ses travers. Un excès d'attention à un symptôme ou à un état pathologique est toujours suspect, surtout lorsque s'y mêlent une confusion des concepts et un défaut de compréhension des approches, de méthodes thérapeutiques et des théories. Pour autant, ces travers n'invalident pas la réalité d'une clinique qui se donne de plus en plus à voir en cabinet et dans les institutions sanitaires et sociales.

Il existe plusieurs acceptations de la notion de trauma (ou traumatisme psychique) (1). Nous n'allons pas toutes les explorer mais nous pencher sur le traumatisme de l'effraction, en référence à la notion d'effraction du pare-excitation amenée par Sigmund Freud (1920), mais aussi aux travaux de Sandor Ferenczi (1932) (nous n'oublions pas les traumatismes précoces et cumulatifs même si nous ne pouvons en parler ici).

Les figures et destins du traumatisme psychique de l'effraction se rencontrent au décours de la confrontation avec la mort, de sa menace, de son imminence et de son immanence (la compréhension terrible de la porter en soi). Autrement dit, le sujet est submergé par un ressenti de rupture de continuité d'existence, d'annihilation de soi et de son désir, du

fait de viols, d'accidents ou d'agressions. Je m'attacherai à souligner certaines spécificités, reconnues de longue date, surtout celles qui témoignent de mon expérience avec la clinique du traumatisme psychique (2). Je soulignerai les symptômes, les vécus, les modalités d'existence, de manière générale, et donc fatalement réductrice.

LA RENCONTRE AVEC LA CLINIQUE

Dans les lieux de consultations spécialisées, nous recevons des hommes, des femmes, des enfants, individuellement ou en famille, suite à des vécus traumatiques récents ou anciens, uniques ou cumulatifs, en urgence ou au long cours. Accueillir des personnes victimes d'agressions sexuelles, de coups et de blessures, de maltraitances, de cambriolages, de torture, de génocide, d'exil... est le quotidien des soignants. Au-delà d'une formation à l'écoute, cette clinique nécessite une capacité à réaménager le cadre d'accueil et psychothérapeutique habituel.

Si la spécialisation, du type « victimologie » peut questionner, voire être clairement critiquée face à l'hypercomplexité du psychisme humain, on ne peut dénier la spécificité du traumatique. Il s'agit non seulement d'un état mais d'un processus, qui peut se retrouver au décours de toute pathologie ou organisation psychique, s'articulant, parasitant la construction psychique du sujet, ou œuvrant au cœur d'un espace psychique enkysté, clivé (dissocié).

D'emblée, soulignons que la parole est difficile pour toutes personnes ayant vécu des événements traumatiques extrêmes, qui les amènent à se couper des autres. Souvent, elles sont adressées par des tiers et des partenaires institutionnels, qui leur affirment que « la psychothérapie leur fera du bien », « qu'il faut parler de ce qu'il s'est passé ». Pourtant, elles souhaitent

Laurent Tigrane TOVMASSIAN

Docteur en psychopathologie et psychanalyse, Consultation post-traumatique de Saint-Denis, responsable de l'Unité de formation et de recherche sur les traumatismes de Saint-Denis.

© Annie Kurkdjian. 42 x 50 cm mixed media sur carton 2009.



Avec un patient traumatisé, le thérapeute se retrouve dans une situation paradoxale où la parole peut être vécue comme angoissante pour le sujet, déchiré entre le désir d'oublier le vécu traumatique et la nécessité de s'exprimer pour être aidé. Repères pour la prise en charge de l'anéantissement et de la rupture des liens.



© Annie Kurkdjian.

L'artiste : Annie Kurkdjian

Née en 1972 à Beyrouth, Annie Kurkdjian y a vécu les seize années de guerre civile. C'est une enfance marquée par le bruit des bombes, la terreur, l'insécurité permanente, l'irrégularité des choses ordinaires. Arménienne, elle porte déjà en elle, à travers l'histoire de sa grand-mère, le traumatisme du génocide. À 12 ans, alors que la famille se prépare à quitter le Liban, elle perd son père dans un violent assassinat pour vol et découvre le lendemain, dans les journaux, la photographie de son corps gisant, criblé de balles. Jeune adulte, elle souffre de trichotillomanie (compulsion à s'arracher cheveux, sourcils, poils) et prend conscience qu'il lui faut trouver un exutoire à la souffrance inscrite dans son corps. Après avoir cherché sa voix un temps, effectué des études de gestion, puis d'art, de psychologie et enfin de théologie, Annie Kurkdjian devient artiste. En 2005, elle guérit complètement de ses maux et commence une « nouvelle vie » avec des expositions régulières en France et au Liban, où elle a son atelier. « *J'ai trouvé dans la peinture un moyen pour me protéger, transformer la douleur, ressusciter* », explique-t-elle simplement.

Ce sont donc les œuvres d'une artiste issue du traumatisme qui illustrent ce dossier. Des peintures à la fois sobres et puissantes, qui mettent en scène des êtres dans des postures torturées, monstrueuses, grotesques. Ils fixent parfois le spectateur, d'un œil mort, les épaules voûtées, comme harassés et perdus. Les corps paraissent disséqués, analysés, ce sont des images glaçantes et douloureuses. Ces grandes toiles au souffle tragique nous questionnent sur la vie. Pour Annie Kurkdjian, la réponse surgit dans la sincérité de la démarche artistique : « *L'art peut tout sublimer, la guerre, la honte, l'enfer tout entier.* »

• En savoir plus :

– un site : www.anniekurkdjian.com
– à lire : *Life*. Peintures et dessins. Catalogue de l'exposition. Galerie Espace Eqart, 2015.

généralement oublier l'expérience vécue qui les envahit quotidiennement dans un présent qui ne passe pas. Elles voudraient oublier la dépersonnalisation qui les a saisis lors de l'impact de l'effraction, retrouver le fil d'une temporalité avec le passé, le présent et le futur, afin de se sortir de ce présent qui n'en finit plus de ne pas se transformer en souvenir. Nommer ne leur donne pas l'impression de « *tuer la chose* » mais, au contraire, de la ré-invoquer, au risque de revivre l'effroi et son impact destructeur. La menace du retour du clivé (dissocié) terrorise certaines d'entre elles car il risque de les re-projeter dans un vécu agonistique. La honte et la culpabilité souvent ressenties après le vécu traumatique viennent quelquefois appuyer ce désir d'oubli (3). Il faut donc respecter la rythmicité du patient, lui accorder une chance de digérer l'événement, et ne plus s'imaginer que l'injonction à parler lui soit forcément bénéfique. En revanche, nous devons nous adresser à lui et l'accueillir s'il est sous le coup de la panique suite à un événement potentiellement annihilant ou létal.

Déchiré entre la volonté d'oublier le vécu traumatique et l'impossibilité de se perdre dans l'oubli, le sujet peut alors se résoudre à consulter, surtout s'il pense avoir épuisé ses autres recours. Son monde interne n'a pu lui fournir les ressources pour échapper à l'image et au vécu traumatique ou pour les digérer. Ses proches peuvent ne lui être d'aucun secours, participant même parfois à ses souffrances par le déni de ce qui a été vécu, voire par complicité avec un agresseur. Le sujet expérimente alors la faillite de ses défenses psychiques et celles de son environnement, voire la trahison de ce dernier, et peut s'enfermer dans une impasse mortifère. Dans la clinique du traumatisme de l'effraction, c'est la répétition et la reviviscence des expériences traumatiques qui conduit le plus souvent les sujets à consulter. Ici je choisirai donc de ne pas parler du traumatisme sans image, ou bien du traumatisme clivé précocement et dénié de manière (plus ou moins) efficace. Soulignons que les impressions traumatiques peuvent s'imposer suite à un accident unique et brutal ou des événements moins explosifs mais cumulatifs.

EFFRACTION ET EFFROI

Le concept d'« *effraction du pare-excitation (pare stimuli)* » a été proposé par Freud (1920) pour catégoriser la

spécificité du vécu traumatique. Il s'agit de l'effraction d'un agent extérieur au sujet en son intimité psychique et/ou corporelle, nous ne parlons donc pas ici du trauma porté par l'attaque interne des pulsions. Lorsqu'un sujet a été victime d'une agression, d'un viol, d'un acte attentant à son intégrité jusqu'à le menacer de mort ou d'anéantissement, l'effroi le prend et le fige. L'effraction de la membrane pare-excitation (pare-stimuli), qui normalement repousse ou filtre les excitations de l'extérieur, provoque la perturbation économique des investissements psychiques habituels. L'organisme psychique fonctionnant comme un système énergétique en constant remaniement, le traumatique est relatif, à la fois à la violence de l'événement et à l'état de la barrière de défense.

Certains neuroscientifiques développent une théorie similaire d'une « *membrane psychique* » filtrant les stimuli, comme l'a fait Francesco Varela (1974) avec « *l'auto-poïèse* » (4).

Cette effraction prenant par surprise, l'effroi ressenti et la sidération figent en quelque sorte le sujet. Soulignons l'accent porté par Freud sur l'effroi, qui amène une différence avec la commotion physique. Ce que reprend le *Vocabulaire de la psychanalyse* (1967) : « *Effroi (Schreck), peur (Furcht), angoisse (Angst) sont des termes qu'on a tort d'utiliser comme synonymes; leur rapport au danger permet de bien les différencier. Le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu. Le terme de peur suppose un objet défini dont on a peur. Quant au terme d'effroi, il désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé; il met l'accent sur le facteur surprise. Entre effroi et angoisse, la différence réside dans le fait que le premier est caractérisé par la non-préparation au danger, tandis qu'"il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi". C'est en ce sens que Freud voit dans l'effroi une condition déterminante de la névrose traumatique qui est même parfois désignée comme névrose d'effroi : Schreckneurose.* »

LES FAITS POTENTIELLEMENT TRAUMATISANTS

Se trouver projeté dans un vécu traumatique implique un ressenti de passivité extrême, ou plutôt, de « passivation ». En effet, vivre

quelque chose dans la passivité suppose un certain investissement, alors qu'un sujet projeté dans la passivation est réduit à un statut d'objet : il n'investit pas l'expérience, il est investi et submergé par elle. Il lui reste à tenter d'intégrer cette expérience, mais y parvenir sans le recours d'un autre reste extrêmement difficile. La brutalité de l'effraction prend le sujet par surprise dans un « arrêt sur image », dans un hors-temps, un présent envahissant et indépassable. Dans l'impossibilité de réagir, le sujet peut alors être envahi par un sentiment de rupture de continuité d'existence. Si le processus traumatique se déploie, il peut écraser l'imaginaire et la vie fantasmatique. Nous retrouvons alors régulièrement le tableau clinique du syndrome psychotraumatique : répétition, reviviscence, hypervigilance, angoisse, dépression, isolement avec coupure des liens. Nous sentons alors souvent l'effondrement psychique et physique chez ces sujets, surtout, lorsque pour ajouter l'injure à la blessure, ils voient leurs proches incapables de supporter ce qu'ils vivent et de les soutenir.

Les projets de vie, si naturels et « normaux » ne sont plus envisageables, l'angoisse est tellement omniprésente que la personne cherche avant tout à ne plus en être envahi.

Il existe des événements potentiellement plus traumatisants que d'autres, même si tous les sujets n'y répondent pas de la même façon. La rencontre avec une menace de mort ou l'immanence de la mort est l'exemple princeps, le sentiment de rupture de continuité d'existence en est un autre, ces deux vécus pouvant être repérés aussi chez des sujets ayant subi des agressions sexuelles, intra ou extra familiale au cours desquels la menace vitale n'est pas toujours présente.

On ne peut en effet réduire le traumatique au seul registre du surgissement du réel de la mort. Des expériences traumatisantes tels que l'inceste, ne livrent pas forcément le sujet au réel de la mort mais à un sentiment de rupture de continuité d'existence, de déni de soi et de son désir. L'agonie psychique est l'un des éléments vifs de sa souffrance. La reviviscence et l'effondrement des défenses peuvent être immédiats ou envahir le sujet après un temps de latence et perdurer. De plus, il existe un côté irréversible au vécu et à l'impact traumatique. Le sentiment de faillite narcissique lié à ce vécu d'anéantissement psychique s'accompagne souvent de honte, voire de culpabilité et de dépression.

LATENCE ET APRÈS-COUP TRAUMATIQUES

Nous ne sommes plus dans la question de la prédisposition, comme ce fut le cas au début du XX^e siècle (5), ni dans l'acceptation qu'il est « normal » de réagir par un syndrome psychotraumatique suite à un « événement traumatisant ». L'idée est que ce qui est traumatique résulte de la rencontre entre un sujet et un vécu qui ne peut être symbolisé, et qui n'a pu être symbolisé aussi en raison de la défaillance de l'environnement.

Il s'agit donc d'une rencontre non pas entre deux items (sujet/événement) mais entre trois (sujet/environnement/événement). Cette « rencontre » peut engendrer un processus traumatique après un temps de latence (les signes trouvent une expression en après-coup, quelques jours/mois/années après « l'accident »), que je nomme « latence traumatique » pour la distinguer de la période de latence post-œdipienne classique. De même, l'expression « après-coup traumatique » me permet de souligner que le vécu revient à l'identique, non transformé, contrairement à l'après-coup post-œdipien.

DÉFENSES ARCHAÏQUES

Ainsi, au décours de cette latence traumatique, les mécanismes de défense habituels sont mis en échec. Le sujet est dans l'agonie sous le ressenti de l'anéantissement mais aussi à l'agonie devant

la fulgurance de l'échec de ses défenses habituelles. Les défenses propres au registre du jeu psychique ont pour but d'aider à intégrer et à transformer le vécu des épreuves « habituelles » de la vie. Elles permettent à chacun de rêver à des voies de substitution à ses désirs ou de trouver refuge pour surmonter les épreuves. Devant cet échec, le sujet doit alors faire appel à des défenses plus archaïques, comme le clivage (dissociation), le morcellement et l'atomisation (6) afin de se couper d'une partie de soi, morte ou enkystée, pour continuer à vivre comme si de rien n'était. Le déni (ou l'identification à l'agresseur, plus élaborée), accompagne parfois ce clivage. Certaines de ces défenses sont finalement assez proches de mécanismes biologiques de survie : « faire le mort », évitement, hypervigilance, par exemple. Leurs aspects archaïques nous rappellent que l'homme n'est pas qu'un être de langage mais aussi un être de nature et de culture. Repérer des défenses quasi instinctives venant au secours des mécanismes plus élaborés psychiquement souligne la part de l'étagage entre nature (ce qui est vital) et jeu psychique. C'est cet étagage (7) qui a été rompu du fait du traumatisme psychique et reste toujours hors-circuit du fait du processus traumatique. Ces mécanismes, même accompagné par le déni de l'environnement, ne sont pas tout-puissants et ils n'empêchent donc

À lire. *Quels traitements pour l'effraction traumatique ?*

Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques

Trauma, stress post-traumatique, effraction, sidération... Face à la multiplicité des traumatismes – individuel, collectif, accident, génocide, agression sexuelle... – doit-on parler d'une ou de diverses cliniques ? Quel type de cure proposer après un traumatisme ? Ces traitements relèvent-ils de modalités thérapeutiques et transférentielles spécifiques ? Peut-on en faire une modélisation théorique ? Et qu'en est-il des « brief therapy », type déchoquage, plus à la mode actuellement qu'un travail psychanalytique qui prend en compte la temporalité du sujet ? Existe-t-il des pratiques de soins de groupe du type ateliers artistiques ? Enfin, peut-on prévenir les troubles psychosociaux dont l'ampleur se révèle aujourd'hui ? Dans de multiples lieux institutionnels des cliniciens, psychiatres, psychologues, psychanalystes avec des infirmiers, des travailleurs sociaux accueillent leurs contemporains en souffrance du fait de blessures psychiques. La question du traumatisme est au cœur de leur pratique. Cet ouvrage les aidera à repenser ce concept plus que jamais actuel et à se réinterroger sur sa prise en charge.

• *Sous la dir. de L. T. Tovmassian et H. Bentata. Ed. In Press, col. Explorations psychanalytiques, 2014, 312 pages.*

Et aussi : Le traumatisme dans tous ses éclats

• *Sous la dir. de L. T. Tovmassian et H. Bentata. Ed In Press, col. Explorations psychanalytiques, 2012, 250 pages.*

À paraître : Traumatisme, lien social et éthique

• *Sous la dir. de L. T. Tovmassian et H. Bentata. Ed In Press, col. Explorations psychanalytiques, décembre 2015.*

pas toujours, ni de manière permanente, la reviviscence (expressive ou non) du vécu traumatique comme du sentiment agonistique. Nous pouvons ainsi avoir affaire à un retour du clivé (dissocié) comme à un retour du vécu (reviviscence) marquant l'échec du clivage. Retours qui constituent l'un des symptômes de ce que nous appelons syndrome de répétition.

RÉPÉTITION

Nous l'avons vu, la répétition du vécu traumatique, sa reviviscence, est l'une des expressions évidentes de la spécificité du syndrome psychotraumatique. La reviviscence n'a pas atteint le statut d'une représentation transformée du vécu (8). L'affect, mais aussi l'image, la perception et la sensorialité, sont identiques en tout point. Du moins dans un premier temps. Par son existence même, la reviviscence signe l'échec du sujet à digérer le vécu traumatique et à le transformer, contrairement à la réminiscence et au souvenir qui sont des formations réaménagées du vécu.

Pour exemple, un conducteur de poids lourd, agressé par des jeunes portant des casquettes à la visière renversée, revoyait toute la journée les images de ces casquettes et du poing de son agresseur. Il évitait avec terreur toute silhouette coiffée d'une casquette ainsi portée. Ses cauchemars reproduisaient ces perceptions. Ses jours et ses nuits étaient ainsi envahis par ces images avec l'angoisse panique qui les accompagnait.

La reviviscence agit ainsi comme un parasite qui, par le côté invasif de la répétition, plonge toujours plus le sujet dans l'angoisse panique suite à l'effroi, voire dans la dépression. Nous retrouvons de tels phénomènes chez les victimes de viol, de torture et d'agressions.

Cette répétition souligne donc l'échec de l'appareil psychique à métaboliser le vécu traumatique. Soulignons toutefois qu'elle a aussi au départ une fonction thérapeutique, l'aspect traumatolytique (tentative de lier, d'intégrer le vécu, cher à Ferenczi), de reprendre le contrôle, de ne plus être dans la passivation.

L'effet du processus traumatique est illustré par le fait que le but initial de cette répétition est finalement mis en échec et ce n'est que dans un second temps que la fascination, la « *jouissance* » (9) s'imposent comme une voie de secours. La dimension de la quête primaire du sujet est bien de ne plus être possédé par cette

répétition, et cette quête semble être toujours là, sous-jacente. À trop mettre l'accent sur d'éventuelles fascinations, jouissance et bénéfices secondaires, nous avons peut-être tendance à évacuer cette dimension de quête traumatolytique.

RUPTURE DES LIENS ET RECONNAISSANCE

Le sujet est également isolé de son environnement, qui n'a pu être suffisamment étayant. Il ne trouve pour seul refuge que l'isolement dans un vase clos, coupé du monde. L'autre, et l'extérieur peuvent alors être vécus comme des agresseurs. Le thérapeute doit prendre conscience de ce que le patient peut aussi l'identifier à un agresseur potentiel.

Cette exclusion de la communauté humaine s'accompagne souvent, voire est même issue, d'un manque de reconnaissance par l'autre du vécu traumatique du sujet, déni qui ne fait que majorer la souffrance traumatique, comme l'a souligné Ferenczi (10), ce que nous nommons aussi aujourd'hui « *victimisation secondaire* » ou traumatisme second (Barrois, 1998).

La reconnaissance du trauma s'affirme comme l'un des vecteurs de transformation psychique du vécu traumatique. Il est recommandé de relever ce qui appartient au registre du traumatisme, ce qui est plus ou moins aisé lorsque ce dernier est récent, mais est éminemment plus compliqué lorsqu'il s'agit d'un vécu ancien, surtout lorsque ce vécu s'est greffé sur le fil de la construction psychique du sujet.

Les exilés peuvent souvent entrer dans le jeu psychique associatif une fois leur titre de séjour accepté et leur vécu reconnu.

SPÉCIFICITÉS DE LA THÉRAPIE

Une autre spécificité du processus traumatique est de proposer des situations transférentielles particulières qui impliquent une reconnaissance de la part du soignant. De plus, le travail de symbolisation s'effectue « à l'envers » de l'habitude. Ainsi, nous partons d'une reviviscence ou d'une angoisse (souvent au travers du transfert), afin d'intégrer le vécu brut dans le jeu et la réalité psychique, plutôt que de déconstruire le jeu psychique pour en révéler les composantes conflictuelles initiales. Il s'agit donc, dans un premier temps, de tisser une trame psychique plutôt que de la déconstruire. Dans un second temps, nous pouvons aller plus en profondeur si nécessaire et retrouver un travail analytique classique.

• Xavier et sa passagère «bizarre»

Nous illustrerons cette transformation de la répétition et de la reviviscence traumatique avec le cas de **Xavier**, la trentaine, qui vient au Centre de psychotraumatologie « *en dernier recours* ». Il ne vit « *plus normalement* » depuis deux ans. Il lui est arrivé quelque chose qui a tellement défié ses conceptions et ses certitudes que sa vie en est éclatée.

• **Le traumatisme psychique a surgi sur une route**, au volant de sa voiture, par le biais d'une mauvaise rencontre.

© Annie Kurkdjian, 135 x 88 cm, pastel on board, 2013.





Un jour, sur le chemin de son travail, Xavier prend en charge une autostoppeuse. Il a le temps, est de bonne humeur. Il ne remarque rien de « *spécial* » avant de s'arrêter. Pourtant, une fois dans la voiture, cette femme lui paraît « *bizarre* », il remarque que son sac de course est plein de bouteilles d'alcool. Maintenant qu'elle est dans la voiture, Xavier ne peut pas se résoudre à la faire sortir. Cette femme lui indique sa destination, et alors qu'ils roulent depuis un moment, Xavier se sent de moins en moins à l'aise, elle a décidément l'air bizarre. Soudainement, elle saisit un couteau dans son sac et le pointe sur le flanc de Xavier. Sa surprise se transforme en terreur, il la regarde incrédule, sidéré. Elle le somme de prendre un petit chemin puis lui intime de s'arrêter. Xavier ne sait pas ce qui va lui arriver et craint le pire.

Pendant de nombreux mois, Xavier est envahi par les reviviscences de l'agression. Je ne développerai pas davantage ce cas, par souci de confidentialité, mais aussi parce que ce qui s'ensuivit a été très difficile à croire. Et c'est bien la question qui fâche. Personne n'a mis en doute les faits mais son entourage et les professionnels ont douté de son effroi et du fait qu'il a vécu cette agression dans la passivité. La reconnaissance que je lui ai apportée a été d'une grande importance et lui a permis d'enclencher des associations libres et du jeu

psychique. Voici quelques fragments du processus psychothérapeutique.

• **Xavier aimerait vivre sa vie comme avant...**

Au début, pendant plusieurs semaines, il évoque seulement un cauchemar qu'il fait presque toutes les nuits. Il se revoit dans la voiture, le couteau sur son flanc, cette voiture est comme une prison. Il se réveille à chaque fois terrorisé. La peur de mourir l'envahit. Ses nuits sont de plus en plus courtes et il fuit le sommeil. Ses angoisses, sa dépression sont accentuées par le manque de sommeil et la fatigue. Il espère que les séances lui feront du bien mais je vois son état s'aggraver au fil des semaines. J'essaie de lui faire parler d'autre chose, de sa famille, de ses amis, de ses intérêts.

• Pendant une séance, je lui demande, à nouveau ce que lui évoque le couteau sur son flanc, et **cette fois il parle d'autre chose que de sa peur de mourir**. Lui vient l'image d'une baleine frappée par un harpon. Peu de temps après, ce jeu psychique se révèle aussi dans ses cauchemars. Ainsi la scène cauchemardée à l'identique se transforme. Il n'est plus seulement enfermé dans la voiture, mais au dehors. Une autre fois, il fait le tour comme quelqu'un qui observe la scène de l'extérieur. Je le sens aussi de plus en plus à son aise, il se laisse aller à parler de choses plus triviales, mais voilà... L'image du couteau est toujours là, angoissante. Je lui redemande alors ce qu'elle lui évoque et cette fois il parle de circoncision. Son association sur la

baleine m'avait soulagé, car elle signait la sortie de l'état figé. L'association sur la circoncision constitue une métaphorisation ancrée sur un vécu de l'enfance qui, bien que traumatique en soi, a aussi eu une valeur structurante pour Xavier. Mais il n'est pas dans notre propos de dire que le traumatique n'est qu'une redite de la castration (circoncision). Ce sont deux registres différents. La circoncision qui lui revient en mémoire est la porte ouverte sur son histoire et sa propre intimité psychique, conflictuelle ou non. À partir de là, les rencontres ressemblent de plus en plus à des séances psychanalytiques classiques de névrosé. Ses cauchemars se font de moins en moins envahissants et pressants. Le déplacement psychique a eu lieu avec la métaphore de la baleine et grâce à la relation transférentielle et la contenance du cadre. Notons que le fait de venir au Centre de psychotraumatologie a déjà un effet de reconnaissance. Un tel cadre a en quelque sorte donné à Xavier une légitimité par rapport à l'agression subie. Si ce cadre est signifiant, il faut surtout que le psychothérapeute reconnaisse la légitimité de la « plainte ». Précisons aussi que nous ne parlons pas forcément frontalement du vécu traumatique, cela n'est pas toujours possible pour le patient, il faut travailler les bordures et respecter son rythme. Souvent, je pars de ce qui leur procure du plaisir, un hobby, un sport... Il m'arrive fréquemment de demander au patient de m'enseigner son hobby (tricot, cuisine, peinture...), ce qui favorise l'établissement du lien et lui donne une position active. L'efficacité d'une thérapie, quelle qu'en soit la méthode, tient surtout à la qualité du lien entre le patient et le thérapeute et la prise de conscience du partage d'affect entre les deux.

Une fois l'investissement libidinal sur le psychothérapeute et le jeu psychique rendus possibles, une grosse part de la voie de sortie de l'état puis du processus traumatique est entamée. Cependant, il ne fait aucun doute que le traumatique peut saisir le psychothérapeute ou le soignant dans ses multiples dimensions mortifères. Un travail sur soi est plus que nécessaire.

CONCLUSION

À la rencontre du traumatisme psychique, nous nous retrouvons dans une situation paradoxale où le sujet arrive en consultation spécialisée pour parler de ce qui l'angoisse ou le terrorise, mais sans pouvoir ou vouloir

vraiment le faire de peur d'expérimenter à nouveau la faillite, la chute ou la trahison de l'environnement.

L'intersubjectivité et la relation sont au cœur du processus psychothérapeutique en général, et avec la clinique du traumatisme psychique en particulier. Le désir étant quasiment éteint chez le patient, le psychothérapeute doit avoir celui de lui tendre la main, (la tendresse du psychothérapeute n'est jamais loin). La contenance et l'étayage du psychothérapeute passent par son attitude, sa voix, sa prise de parole, une écoute attentive, portée par un regard soutenant, *a contrario* d'une écoute flottante hors d'un champ de vision commun. Il est donc d'abord question de créer le lien transférentiel pour ensuite accompagner le sujet vers un au-delà qui, dans le cadre de la psychothérapie, peut alors l'amener à un travail sur des problématiques conflictuelles propres au registre du refoulé.

Bien évidemment, une telle attitude du soignant n'est pas sans lui coûter en énergie ou en angoisse. L'empathie, la compassion, et la tendresse nécessaires face à ces sujets demandent aussi beaucoup en dons de soi, consciemment et inconsciemment. Un patient me dit souvent à quel point il se sent léger après nos séances. Quant à moi, même après vingt ans d'expérience et presque autant de supervision, j'ai pu me trouver au bord de l'apnée à la fin de certaines séances. Il m'a fallu mettre ce ressenti en travail.

Ce que le patient projette dans la relation avec le thérapeute n'est donc pas sans impact sur ce dernier. De plus, le soignant à sa propre histoire et construction psychique et les récits traumatiques peuvent trouver une résonance chez lui qui majorent l'aspect épuisant de cette relation thérapeutique.

Il est question de créer ensemble et non pas de mettre en présence un psychothérapeute proposant un protocole à un

patient devant s'y soumettre. De cette façon, le sujet prend possession de ce qui se produit en séance puisqu'il en est co-créateur. Cette question est très importante lorsque l'on rencontre un sujet ayant été dénié, effacé et plongé dans la passivité.

Les signes du traumatique peuvent se rencontrer partout, dans toute pathologie. S'il n'est pas obligatoire de créer des centres spécialisés pour déployer cette clinique et la prendre en charge, en revanche, on doit en reconnaître les spécificités.

1- « Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations. » *Vocabulaire de la psychanalyse.*

2- Cela fait maintenant 20 ans que je reçois cette clinique du traumatisme psychique en Centres spécialisés mais aussi en secteur de pédopsychiatrie.

3- Il me semble important de souligner que la culpabilité en question n'est pas névrotique (même si les deux registres peuvent faire résonance), mais souvent un moyen de retrouver une position active.

4- Janet (1889) dans «l'automatisme psychologique» insiste sur «la prédisposition de l'individu à être bouleversé par les émotions et à voir son champ de conscience se désagréger».

5- La théorie de l'autopoïèse est à la base de l'énaction, théorie neurobiologique de Maturana et Varela. Voir *L'inscription corporelle de l'esprit*, de Varela. Un système autopoïétique est organisé comme un réseau de processus de production de composants qui régénèrent continuellement par leurs transformations et leurs interactions le réseau qui les a produits, et qui constituent le système en tant qu'unité concrète dans l'espace où il existe, en spécifiant le domaine topologique où il se réalise comme réseau. Il s'ensuit qu'une machine autopoïétique engendre et spécifie

continuellement sa propre organisation. Cette machine, à l'image de la cellule, dispose d'une membrane.

6- Voir Ferenczi, « Réflexions sur le traumatisme » et « Confusions de langues... »

7- Concept freudien, développé de façon intéressante par Kaes, Laplanche...

8- Il y a un débat : faut-il dire « perception » ou « représentation » si l'on considère que toute image psychique est le fruit d'un travail de représentation à minima? Il n'en reste pas moins que nous n'avons pas affaire à une représentation transformée du vécu brut, inscrite dans une chaîne de représentations elles-mêmes transformées de la mémoire. Nous avons affaire à une « mémoire traumatique ».

9- Au sens lacanien du terme.

10- Ferenczi a travaillé en particulier sur le déni de la mère devant ce qu'a subi son enfant agressé sexuellement.

BIBLIOGRAPHIE

- Barrois C. *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod, 1998.
- Damiani C., Lebigo F. *Les mots du trauma*. Philippe Duval, 2011
- Ferenczi S. *Journal clinique*. Paris : Payot, 1985.
- Ferenczi S. *Réflexions sur le traumatisme*. In : *Œuvres complètes, Psychanalyse IV*. 642. Paris : Payot; 1932-1982. p. 139-48.
- Ferenczi S. *Confusions de langues entre les adultes et l'enfant*. In : *Œuvres complètes, Psychanalyse IV*, 644. Paris : Payot; 1932-1982.
- Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. In : *Essai de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque 647 Payot; 1920-1976. p. 13-28.
- Kaes R. *Étayage et structuration du psychisme*. *Connexions*; 1984. p. 11-8.
- Tovmassian L.T., Bentata H. *Quels traitements pour l'effraction traumatique? Avec le concours de l'Université Paris Diderot-Paris 7*. Paris : In Press, 2014.
- Tovmassian L.T., Bentata H. *Le traumatisme dans tous ses éclats. Clinique du traumatisme. Avec le concours de l'Université Paris Diderot-Paris 7*. Paris : In Press, 2012.
- FG Varela, FH Maturana, R Uribe, *Autopoiesis : The organization of living systems, its characterization and a model*, *BioSystems*, Vol. 5 (1974), pp. 187-196.
- *Vocabulaire de la psychanalyse* (1967). J. Laplanche et JB Pontalis. Paris, PUF.

Résumé : Si notre société paraît se focaliser sur le traumatisme, il s'agit pourtant d'une clinique spécifique, qui requiert pour la traiter d'en reconnaître les spécificités. Les figures et les destins du traumatisme psychique de l'effraction se rencontrent au décours de la confrontation avec la mort, de sa menace, de son imminence et de son immanence mais également de formes d'agression où le sujet est submergé par un ressenti de rupture de continuité d'existence, d'annihilation de soi et de son désir. L'auteur décrit les symptômes présentés par les victimes, ainsi que les dispositions essentielles d'écoute et d'empathie du thérapeute, qui crée le lien transférentiel pour ensuite accompagner le sujet vers un au-delà qui, dans le cadre de la psychothérapie, peut alors l'amener à un travail sur des problématiques conflictuelles propres au registre du refoulé.

Mots-clés : Après-coup – Clinique – Dépersonnalisation – Effondrement psychique – Effraction psychique – Étayage – Événement de vie – Mécanisme de défense – Relation thérapeutique – Reviviscence – Syndrome post-traumatique – Traumatisme psychique – Victimologie.