

Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique

From the frozen time of trauma to the time of psychic mobilization

Sylvie TORDJMAN

Professeur en
pédopsychiatrie, chef
du pôle PHUPEA (Pôle
hospitalo-universitaire
de psychiatrie de
l'enfant et de
l'adolescent), CHGR et
université de Rennes 1 ;
Laboratoire
psychologie de la
perception (LPP),
université Paris
Descartes et CNRS
UMR 8242, Paris,
France.
s.tordjman@yahoo.fr

Résumé

Le trauma vient faire effraction dans la vie psychique du sujet en y provoquant une rupture, et la perception du temps en est altérée. Le temps est arrêté, gelé sur l'événement traumatique. Les définitions du trauma seront dans un premier temps abordées en s'interrogeant, à partir de ces définitions, sur la contribution des médias au développement du trauma. Puis nous centrerons notre propos sur le temps figé du trauma et l'intérêt de convoquer le passé et le futur dans le processus thérapeutique afin de remettre en mouvement et continuité la temporalité du sujet. Plus précisément, la thérapie et le travail d'accompagnement du thérapeute permettront, entre autres, de passer d'un temps suspendu monphasique, où il est souvent nécessaire d'accueillir le sujet dans sa sensorialité et corporalité, à un temps dynamique multiphasique, où il redevient possible pour le sujet de se projeter dans le futur et se remémorer le passé. Le rôle de la mémoire collective et du groupe dans la (re)construction de la mémoire individuelle, d'une enveloppe contenant et de la conscience de soi sera aussi discuté. Enfin, le passage de l'effroi sensoriel au récit, du kyste sensoriel traumatique à l'élaboration psychique, du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique, sera développé. Il est nécessaire de pouvoir disposer de divers outils thérapeutiques adaptés à ces différents temps. L'efficacité d'une approche thérapeutique dépendra de sa cohérence, tant pour le sujet que pour le thérapeute, dans le contexte de leurs temporalité, ressources et singularité, et de l'alliance thérapeutique qui pourra se développer.

Mots clés : trauma, psychotraumatisme, temps, kyste sensoriel traumatique, mobilisation psychique.

Les représentations du temps que nous construisons relèvent parfois de la perception d'un temps figé qui ne s'écoule plus, notamment après une expérience traumatique. C'est un temps arrêté, un temps gelé sur l'événement traumatique, le temps du trauma. Il peut être alors difficile, voire impossible, de se projeter

dans le futur ou de rappeler le passé antérieur à l'événement traumatique. La thérapie et le travail d'accompagnement du thérapeute permettront, entre autres, de passer d'un temps suspendu monphasique à un temps dynamique multiphasique... Nous reviendrons tout d'abord sur les définitions du trauma, avant de centrer notre propos sur le temps figé du trauma et l'intérêt de convoquer le passé et le

futur dans le processus thérapeutique. Le rôle de la mémoire collective et du groupe dans la (re)construction de la mémoire individuelle et de la conscience de soi sera aussi discuté. Enfin, le passage de l'effroi sensoriel au récit, du kyste sensoriel traumatique à l'élaboration psychique, du temps figé du trauma (temps monophasique et renvoyant à des représentations mortifères) au temps de la mobilisation psychique (temps multiphasique et s'inscrivant dans une dynamique de vie), sera développé.

Définitions du trauma : le kyste sensoriel traumatique

Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (PTSD : *posttraumatic stress disorder* en anglais), selon les critères de la classification américaine du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ne peut être posé qu'un mois après l'exposition aux événements traumatiques suivants : mort ou menace de mort, blessures graves ou menace pour l'intégrité physique, agression sexuelle ou menace d'une telle agression. Lorsque l'exposition est plus récente (trois jours à un mois), on parle alors de diagnostic de stress aigu. Alors que le DSM-4 considérait que seules les victimes ou témoins directs, exposés sur le lieu même de l'événement traumatique, pouvaient souffrir de stress post-traumatique, le DSM-5 reconnaît qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches), ou encore parce qu'il est confronté de manière répétée ou extrême à des détails pénibles de l'événement traumatique et/ou à son récit en raison de ses activités professionnelles (par exemple, un policier qui entend de façon répétée les détails relatifs à des violences sexuelles faites aux enfants). Cela ne s'applique cependant pas, dans le DSM-5, à l'exposition par l'intermédiaire des médias électroniques, télévision, films ou photos, à moins que cette exposition soit liée au travail. Le PTSD comprend, selon le DSM-5 et la CIM-10 (F-43.1, classification internationale des troubles mentaux de l'OMS, 1993), quatre types de symptômes : la reviviscence de l'événement traumatique, l'évitement des situations pouvant réactiver le souvenir de cet événement, des altérations cognitives et de l'humeur persistantes, et un hyperveil neuro-végétatif avec hypervigilance et hyperactivité. Le DSM-5 précise que les symp-

tômes observés doivent durer plus d'un mois et entraîner une perturbation affective ou socioprofessionnelle non imputable aux effets physiologiques d'une substance ou autre condition médicale. Enfin, le DSM-5 introduit le « PTSD préscolaire » concernant les enfants de moins de 6 ans. Ainsi, des critères jugés inappropriés ont été supprimés (par exemple, l'amnésie dissociative, à savoir l'incapacité à se rappeler d'un aspect important du traumatisme et le sentiment d'un avenir barré) et d'autres critères ont été adaptés (par exemple, les items évaluant le vécu interne ont été remplacés par des comportements observables). Bien d'autres définitions ont été données, comme la définition suivante du trauma par Laplanche et Pontalis (1988), qui s'inscrit dans une approche psychodynamique : « *Le trauma est un 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.* » On peut aussi citer ici l'approche transactionnelle définissant le traumatisme psychique comme un déséquilibre physiologique et psychologique entre les demandes d'une situation environnementale et les ressources d'un individu (Lazarus et Folkman, 1984 ; Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001). Ces ressources seraient débordées et ne permettraient pas au sujet de faire face à la situation traumatique dans laquelle il est confronté à la mort, la sienne ou celle des autres, mais qui le renvoie aussi à sa propre mort, avec une attaque de son intégrité corporelle et psychique. On retrouve ces différents éléments dans la définition de Crocq (2007) du traumatisme psychique en tant que « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférents à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* ». Janoff-Bulman (1992) souligne bien l'existence, lors de l'expérience traumatique, d'un sentiment de perte de contrôle et d'insécurité, et on pourrait ajouter d'impuissance.

À partir des définitions du trauma et du stress post-traumatique précédemment citées, on peut s'interroger sur la contribution des médias au développement du trauma, même si le DSM-5 ne reconnaît pas leur rôle, comme mentionné plus haut. En effet, la répétition en

boucle par les médias des informations relatives à l'événement traumatique peut alimenter le traumatisme en participant à sa fixation. Le kyste sensoriel qui se constitue pour les personnes exposées à l'événement traumatique sur les lieux mêmes de sa survenue (victimes directes et témoins), à partir d'une intégration sensorielle (stimuli visuels, sonores, olfactifs, tactiles, mais aussi gustatifs avec le goût de la poussière, ou encore kinesthésiques avec les mouvements chaotiques de la scène traumatique) peut tout aussi bien se constituer pour les personnes exposées indirectement à des stimuli sensoriels répétés ou intenses, même lorsque la perception est unimodale (seulement visuelle ou auditive) ou bimodale (visuo-auditive, comme à la télévision). Certaines personnes sont particulièrement vulnérables, comme nous pouvons le constater dans nos consultations avec les enfants ou patients psychotiques, en difficulté pour pouvoir se protéger en mettant à distance par le raisonnement l'événement traumatique et son cortège sensoriel qui pénètrent le sujet, sans pour autant qu'il y ait été directement exposé, et risquent de l'envahir, voire de le désorganiser. Même s'il ne s'agit pas ici d'une menace directe de l'intégrité physique et de mort, il y a cependant menace de désorganisation psychique qui peut être assimilée à une menace de l'intégrité psychique et de mort psychique potentiellement traumatiques. La construction et la pérennité du kyste sensoriel traumatique chez ces personnes viendraient rendre compte du degré de pénétration et d'incorporation des informations sensorielles reçues dans un débordement des capacités de métabolisation et mentalisation. Il est intéressant d'entendre des psychanalystes ayant suivi des personnes souffrant de PTSD expliquer que le récit qui se construit au fil des séances autour de l'événement traumatique offre des bénéfices thérapeutiques pour le sujet, mais leur permet également, en tant que thérapeutes, de continuer à penser, notamment dans des moments de flottement, quand ils sont eux-mêmes confrontés à une véritable immersion sensorielle leur faisant vivre aussi l'expérience traumatique.

Par ailleurs, l'information est d'autant mieux intégrée qu'elle est associée à une émotion, qu'elle soit de valence positive ou négative. L'émotion vient éclairer la scène de la réalité et, comme dans un bain de photographie, va permettre de fixer l'information. Ainsi, les événements à forte charge émotionnelle sont

mieux encodés et ultérieurement mieux remémorés que les événements neutres (Dolcos *et al.*, 2006 ; Hamann, 2001). Le ressenti d'une émotion et l'éprouvé corporel de sensations peuvent donc faciliter la mémorisation et le rappel d'informations. Or l'émotionnel et le sensationnel font partie des informations transmises par beaucoup de médias, même s'ils ne font souvent que répondre aux attentes d'un public fasciné par les événements traumatiques. De plus, Bassolino *et al.* (2014), en continuité des travaux sur les neurones miroirs, ont mis en évidence que l'action réalisée directement et celle observée indirectement dans un film entraînent la même représentation mentale et activité cérébrale. C'est dire l'importance de prendre conscience de l'impact des médias et de la nécessité de développer une réflexion éthique pour limiter de possibles effets délétères traumatiques. Certains journalistes sont d'ailleurs demandeurs de cette réflexion ; ils se disent parfois démunis et questionnent les conséquences potentiellement traumatiques de leur métier sur le public. La difficulté est de trouver un compromis entre les missions du journaliste dont le devoir est d'informer, et la façon dont est délivrée l'information. Le programme Papageno en France, tout comme la charte des journalistes américains, est une bonne illustration des résultats d'une réflexion menée en collaboration avec les journalistes afin d'éviter le risque de contagiosité des tentatives de suicide, en particulier chez les adolescents confrontés aux flashs d'information des médias. Il est ainsi recommandé de ne pas donner de détails sur les circonstances du suicide (notamment les détails sensoriels) et sur le jeune suicidé, détails qui risqueraient de le transformer en héros et d'amener les autres adolescents à vivre la scène dans des processus dangereux d'identification. On peut penser qu'une telle réflexion multidisciplinaire, associant les journalistes sur les informations relatives aux attentats, serait importante...

Le temps figé du trauma

Lorsqu'il y a trauma, l'événement traumatique vient faire effraction dans la vie psychique du sujet en y provoquant une rupture, et le sujet est figé dans le temps du trauma. Remettre en mouvement la temporalité et rétablir sa continuité est donc très important. Ainsi, dès les jours qui suivent un attentat en Israël, les enfants retournent à l'école, pour remettre

en mouvement le temps et ne pas renforcer la rupture traumatique en créant une rupture de la vie quotidienne.

Remettre en mouvement la temporalité et rétablir sa continuité peut aussi passer par l'évocation du passé et de l'avenir :

– Convoquer le passé participe au processus thérapeutique, notamment quand ce passé offre un socle rassurant qui s'est construit dans la petite enfance, sur lequel le sujet peut se ressourcer et s'ancrer pour résister, ou quand le passé douloureux entre en résonnance avec l'événement traumatique et vient amplifier la réactivité du sujet au stress traumatique. D'où l'importance d'un travail au long cours permettant de travailler sur les intrications entre passé et présent.

– Convoquer le futur, à savoir se projeter dans l'avenir, permet de remanier le présent et de mieux l'appréhender. Mais si le futur permet de reconstruire les représentations du présent, le présent peut aussi venir barrer les projections sur des perspectives d'avenir dans les situations de grande précarité sociale et/ou psychique. D'où l'importance de travailler avec les personnes exposées au stress traumatique sur la possibilité de se projeter dans le futur, en les accompagnant dans ce voyage et en leur renvoyant qu'elles sont des êtres en devenir.

Rôle de la mémoire collective et du groupe

La mémoire collective, au-delà des commémorations, va permettre au sujet de remanier ses représentations à partir des représentations collectives. Plus précisément, la narrativité collective va aider le sujet à (re)construire sa narrativité et à mettre ainsi à distance les réminiscences sensorielles du trauma en introduisant une mentalisation face à la sidération psychique provoquée par le chaos externe des événements traumatiques et son propre chaos interne. Accessible au public depuis le 8 septembre 2018, le film réalisé par un journaliste de la chaîne américaine CBS News, Mark LaGanga, en plein milieu des attentats du 11 Septembre à New York, rend bien compte tant du chaos externe que du chaos interne des personnes interviewées à quelques mètres des tours effondrées dans un brouillard de poussière. Ces mêmes personnes pourront pourtant à distance, grâce à leur narrativité étayée par la mémoire collective, se raconter et raconter un récit rationnel qui établit des relations de

cause à effet entre des événements chaotiques, mais aussi une continuité de l'histoire construite à partir d'un travail d'écriture et de réécriture collective du passé et du présent. C'est dire l'importance de la narrativité. La narrativité permet, grâce au langage verbal et au sens attribué, de se représenter l'impensable, d'accéder à une mentalisation et une symbolisation, de rétablir une continuité psychique par le déroulé d'une histoire nécessaire devant la brèche et la rupture causées par l'événement traumatique, de remettre en mouvement la pensée et de s'étayer sur l'autre (co-narration) et les autres (mémoire collective). Les autres vont apporter une contenance et replacer le sujet en tant que membre d'un groupe. La dimension groupale est ici fondamentale. Cette mémoire collective passe aussi en Israël par l'énoncé des noms et prénoms des personnes décédées et leur publication dans les journaux, ce qui permet de replacer ces personnes décédées et leurs apparentés au sein d'une filiation dans une dimension groupale et collective. Ce rappel à la collectivité remplit une fonction groupale renvoyant le sujet au soi social, qui se développe très tôt, dès l'âge de 5 mois (Lawrence *et al.*, 2004), bien avant la reconnaissance dans le miroir de l'autre (vers l'âge de 8 mois) ou de soi (vers 2 ans). Des chercheurs en psychologie du développement ont montré que les bébés choisissent sur un film vidéo les personnages intégrés au groupe plutôt que ceux à l'extérieur du groupe. Ils interprètent ce comportement comme une manifestation du soi social, dont le développement serait très précoce et correspondrait, selon eux, à un processus archaïque nécessaire à la survie de l'individu (Lawrence *et al.*, 2004). Ce rappel à la collectivité a donc une fonction non seulement contenante, en créant une enveloppe groupale, mais aussi de convocation du soi social, « soi archaïque », à une période précisément de régression de l'individu, quand la conscience de soi et de l'autre est mise à mal. On peut rapprocher ces propos des observations faites par certaines équipes mobiles psychiatrie-précarité (Mercuel, 2019) qui arrivent à initier un accès aux soins psychiatriques auprès de personnes sans domicile fixe ou auprès de migrants présentant des psychotraumatismes importants, grâce à des matchs de football auxquels ces patients acceptent de participer de façon régulière, alors qu'ils ne peuvent encore s'inscrire dans des psychothérapies individuelles. Ces moments de jeu en équipe impli-

quent une activité physique, connue de tous depuis l'enfance, où le sujet est reconnu en tant que membre d'un groupe, et constituent souvent un temps préalable nécessaire avant qu'une rencontre psychologique ou psychiatrique en face à face devienne possible et que puisse émerger un récit. Au moment où le sujet est confronté à la mort de ses proches et/ou à sa propre mort, moment d'angoisse extrême, de confusion, avec risque de perte des repères identitaires, le groupe offre à l'individu une protection en lui donnant de surcroît la possibilité de se sentir exister en tant que membre d'une collectivité.

Perspectives thérapeutiques : de l'effroi sensoriel au récit

La médiation groupale joue un rôle important pour pouvoir passer de l'effroi sensoriel du trauma au temps de l'élaboration psychique et de la mise en mots. Les représentations de l'autre et les représentations collectives vont remettre en mouvement la pensée du sujet et lui permettre d'accéder à une narrativité, sa narrativité, étayée par la narrativité de l'autre et des autres. De même, l'accueil du sujet dans sa sensorialité et sa corporalité est un temps inaugural essentiel du processus thérapeutique (temps archaïque, temps régressif). Il s'agit d'accueillir celui ou celle ayant vécu un événement traumatique comme on accueille un bébé dans un geste maternel, comme pour la renaissance d'une personne qui a été confrontée à la mort, sa mort.

Ce temps inaugural a à voir avec la rencontre de l'autre, des autres, et de notre humanité. Il est habituellement mis en place, quels que soient les types d'interventions préconisés dans les situations de psychotraumatisme, durant la première semaine qui suit l'événement traumatique, voire dans les 72 heures. Si ce temps inaugural n'a pu avoir lieu, il n'est pas trop tard pour convoquer ultérieurement le corps et la sensorialité en utilisant certains outils thérapeutiques à médiation corporelle, comme la relaxation, l'hypnose ou l'EMDR (*eye movement desensitization and reproprocessing*). Les représentations traumatiques reposant sur des constructions plurisensorielles (visuelles, sonores, tactiles, etc.), il est nécessaire de travailler sur l'intermodalité sensorielle et le corporel au cours du processus thérapeutique. L'autohypnose est un outil intéressant, car elle permet de rendre le sujet actif dans la gestion des effets d'un événement

traumatique qu'il a le plus souvent subi passivement en se sentant impuissant. Puis vient le temps de l'élaboration psychique avec les prises en charge au long cours, relevant de psychothérapies pouvant s'inscrire dans des approches variées (psychodynamiques, cognitives, systémiques, etc.).

Il y a le temps du processus traumatique (de l'effroi sensoriel à l'élaboration psychique) et le temps du sujet. Il est important de pouvoir disposer de divers outils thérapeutiques adaptés à ces différents temps. Ces temps ne sont pas toujours linéaires, ils peuvent être intriqués. Il devient alors nécessaire de combiner différentes approches thérapeutiques selon les besoins du sujet, soit avec le même thérapeute, soit en s'adressant à certains spécialistes formés aux outils nécessaires. Il est intéressant d'observer que les outils thérapeutiques, selon leur type d'approche, ne s'adressent pas aux mêmes temps du sujet et du processus traumatique. Ainsi, la psychanalyse permet de travailler sur le passé et est particulièrement indiquée quand l'événement traumatique vient réactiver des problématiques antérieures. Les approches cognitivo-comportementales sont, elles, plutôt centrées sur le présent. Quant à l'hypnose, mentionnée précédemment, elle permet de se projeter dans le futur et de construire, à partir d'un éprouvé sensoriel et corporel, de nouvelles représentations. Nous avons également souligné l'intérêt des thérapies à médiation corporelle (relaxation, EMDR, hypnose, etc.) pour travailler sur les processus archaïques de l'effroi sensoriel et du kyste sensoriel traumatique. La remise en mouvement de la temporalité figée par le trauma et la mobilisation psychique se feront dans le cadre d'une rencontre entre un thérapeute et un sujet, et grâce à des outils thérapeutiques disponibles, adaptés aux contraintes (les psychothérapies au long cours débutées avec des personnes migrantes peuvent, par exemple, être mises à mal du fait de l'interruption du suivi thérapeutique en rapport avec les déplacements de ces populations) et investis par tous les acteurs du soin (thérapeute, sujet, environnement familial). L'efficacité d'une approche thérapeutique dans le domaine du psychotraumatisme dépendra de la cohérence de cette approche, tant pour le sujet que le thérapeute, dans le contexte de leurs temporalité, ressources et singularité, et de l'alliance thérapeutique qui pourra se développer. ■

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association.

Bossolino M., Campanella M., Bove M., Pozzo T., Fadiga L. (2014). Training the motor cortex by observing the actions of others during immobilization. *Cerebral Cortex*. 24(12) :3268-3276.

Bruchon-Schweitzer M., Quintard B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.

Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered Assumptions : Towards a New Psychology of Trauma*. New York : Free Press.

Crocq L (2007). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier Masson.

Dolcos F., LaBar K. S., Cabeza R. (2006). The memory-enhancing effect of emotion : functional neuroimaging evidence. In Utti B., Ohta N., Siegenthaler A.I. (eds). *Memory and Emotion : Interdisciplinary perspectives*. Malden, MA : Blackwell Publishing, pp. 107-134.

Hamann S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Trends in Cognition*, 5(9) :394-400.

Laplanche J., Pontalis, J.-B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.

Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer Publishing Company.

Lawrence E., Shaw P., Baker D., Baron-Cohen S., David A. (2004). Measuring empathy : reliability and validity of the empathy quotient. *Psychological Medicine*, 34(5) : 911-919. DOI : 10.1017/S0033291703001624

Mercuel A. (2019, octobre). Évolution des pratiques. VI^e journée nationale des équipes mobiles psychiatrie-précarité, Paris.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*. Genève : World Health Organization.

Communiqué

BBADOS DU BÉBÉ À L'ADOLESCENT

Menaces sur les liens Amour du lien, amour de l'objet

Vendredi 27 novembre 2020

Faculté de Médecine, Amphi Binet – 45 rue des Saints-Pères – 75006 PARIS, France

Bernard Golse – AEPEA
Alain Braconnier – APEP-ASM13

Renseignements :
Estelle Georges-Chassot
Le Carnet Psy, 8 avenue J.B. Clément, 92100 Boulogne
est@carnetpsy.com

Abonnez-vous à *Perspectives Psy*

La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné

Voir Bulletin d'abonnement page 340 de ce numéro