

## « Des récits d'un récit »

**Yannick PONSOT, Psychologue Clinicien,  
Coordonnateur Association CLINAMEN**

Il m'a semblé logique pour débiter notre série de conférences sur le psychotraumatisme d'aborder ce thème de « *l'indicible du récit traumatique et son impact sur nos pratiques professionnelles* », puisqu'il est au cœur de bon nombre de prise en charge du trauma complexe.

Par souci de méthode je commencerai mon propos par définir le traumatisme en nous appuyant sur plusieurs auteurs qui vont constituer notre trame de compréhension de ce phénomène qui actuellement hante nos consultations.

Crocq nous dit que le traumatisme est un :

*"Phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur"*<sup>i</sup>.

Lebigot<sup>ii</sup> ajoutera à l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience.

Cette nuance peut nous semble-t-il être plus à même de rendre compte de l'évolution de certains comportements observables chez nos patients en lien avec les différentes crises que nos sociétés contemporaines traversent.

En effet, si les études actuelles mettent l'accent quant au lien entre stress post traumatique, crise sanitaire, crise écologique et ses corollaires, le complément apporté par Lebigot me paraît essentiel dans la compréhension de ces phénomènes.

Nous synthétiserons donc notre cadre de définition du champ du psychotraumatisme

*« Comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge, ils entraînent une grande souffrance morale liée à des réminiscences (mémoire traumatique) avec la mise en place de conduites d'évitement (pour y échapper : phobies, retrait), des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des conduites dissociantes pour tenter de les auto-traiter (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes) ». Muriel Salmona<sup>iii</sup>*

La parole libère est un poncif en ce qui concerne la santé mentale. Nous savons que face au traumatisme il faut inviter le sujet à verbaliser.

Dans le « *debriefing à la française* », parmi les dix principes établis par Louis Crocq dans le cadre de l'intervention psychologique précoce auprès des victimes, il est conseillé

« *d'inciter (la victime) à la verbalisation de leur expérience singulière de l'évènement traumatique* »<sup>iv</sup>.

Ce principe essentiel à une valeur incontestable et permet l'amorce d'une symbolisation de l'évènement traumatique. Mais comme le souligne Sonia Chiriaco et qu'on perçoit entre les lignes de l'énoncé du principe de Crocq,

« *quand une personne nous parle d'un événement traumatique, elle nous parle toujours de ce qu'elle en a fait. Elle nous livre toujours une interprétation, car le réel ne peut être dit autrement qu'en l'habillant de symbolique et d'imaginaire* »<sup>v</sup>.

Nous percevons ici la dimension du potentiel « *bricolage symbolique et imaginaire* » qui ne peut permettre bien souvent le dépassement des difficultés et qui va venir potentiellement s'enkyster et se colorer des réactions de l'environnement. Je reviendrai sur ce point. C'est donc une étape nécessaire mais insuffisante dans bon nombre de situations et qui amèneront sans aucun doute à la chronicisation des troubles.

Seul le récit au final, en tant que « *synthèse de l'hétérogène* » comme le disait Ricoeur<sup>vi</sup> peut permettre le retour du sens et intégrer le trauma dans l'histoire du sujet.

De façon simple, un récit est une forme littéraire consistant en la mise dans un ordre arbitraire et spécifique des faits d'une histoire. Cette idée d'arbitraire souligne la subjectivité propre à chacun et les versions multiples des récits d'un même évènement selon les protagonistes qui l'ont vécu.

Comme le souligne Martine PARENT, cette forme narrative,

« *organise le diffus d'une action, d'une expérience, d'une confrontation entre l'être humain et le monde, elle y trace des lignes de force et de cohérence, elle y impose un ordre signifiant* »<sup>vii</sup>.

Le récit donne donc du sens en articulant l'ensemble des personnages, des éléments spatio-temporels et contextuels qui le constituent.

Cette démarche touche cependant ses limites dans le cas de l'expérience traumatique.

Intellectuellement, vous et moi nous nous savons mortels mais nous tous vivons comme si tel n'était pas le cas, nous tous vivons comme si nous étions immortels !

Nous pouvons imaginer la mort sans pour autant en avoir de représentation. Nous sommes du côté de l'imaginaire et non du côté du réel.

Face à une situation de danger extrême, nous sommes amenés à éprouver par tous nos sens la réalité de la mort.

Pour CONSTANT

*« La notion de traumatisme psychique transperce la cloison entre le corps et l'esprit avec ses manifestations autant corporelles que psychiques, ses excès, ses surprises, ses non-sens, ses énigmes...de l'émotion à la pensée, du cerveau à l'esprit, de l'excitation aux sentiments... Le traumatisme psychique ne se raconte pas, il s'éprouve »<sup>viii</sup>*

Nous quittons l'imaginaire pour plonger dans le réel, l'impossible, ce qui ne peut être complètement symbolisé dans la parole ou l'écriture et, par conséquent, ne cesse pas de ne pas s'écrire, avec toute la détresse que ce phénomène induit.

Sans représentation de la mort dans l'inconscient, ne pouvant se lier, cette image de notre finitude dans l'appareil psychique va venir constituer ce que Freud nommait « *un corps étranger interne* ».

*« Sans possibilité de liaison à d'autres représentations, l'événement va rester gravé « tel quel » dans la psyché, à l'état brut, tel qu'il a été perçu »<sup>ix</sup>(Julie FRANCOLS)*

venant perturber le fonctionnement psychique et générer un certain nombre de symptômes.

**La reviviscence traumatique** est la conséquence directe de

*« l'impossibilité à symboliser l'expérience traumatique, à transformer le sensoriel en code signifiant qui, lui, peut être rangé en mémoire mais aussi refoulé, déplacé, etc... Outre la souffrance immédiate provoquée par la sensation de revivre l'événement traumatique, le sujet perçoit de manière très inquiétante le figement de son histoire et la mise en boucle du cours de sa vie. L'écoulement du temps n'est plus linéaire, interrompu par le court-circuit de la reviviscence, il revient en boucle au moment du traumatisme »<sup>x</sup>(Bailly).*

Le problème avec le trauma c'est qu'il échappe parce qu'il est hors du temps et de l'espace, hors des normes habituelles et ne peut être catégorisé de fait en événement.

Face à un traumatisme majeur, le psychisme se trouve paralysé sans pouvoir fonctionner normalement.

Le paradoxe du trauma pour Régine Waintrater c'est

*« qu'il interrompt l'activité psychique, tout en forçant l'esprit à la reprendre, pour remettre de la pensée là où elle a fait défaut »<sup>xi</sup>*

Et nous touchons alors au cœur du problème : si le récit permet au sujet de dépasser le traumatisme,

*« Comment faire le récit d'une expérience impossible à penser selon les catégories mêmes que présuppose un récit (causalité, séquentialité, etc.) ? Comment faire le récit d'une expérience qui nous est inaccessible, incompréhensible ? »<sup>xii</sup>*

Je rajouterai : comment se prémunir des parasitages susceptibles d'entraver ou retarder l'émergence du récit ?

Ce parcours narratif s'inscrit dans les interactions entre le sujet éprouvé et son environnement, interactions qui le constituent et dans le cas du traumatisme peuvent entraver l'élaboration du trauma.

Je souhaite vous citer quelques exemples pour vous en démontrer l'importance.

Dans un de ses articles, Martin Pigeon <sup>xiii</sup> distingue deux attitudes faces au traumatisme: « *se taire* » et « *silence* ». Le silence, c'est cet impossible à dire que nous avons évoqué plus haut et qui s'impose au sujet, qui le frappe littéralement.

« *Se taire* » est une démarche volontaire qui interroge le lien à l'environnement et l'influence des interactions que le sujet entretient alors avec lui.

Il faut aussi se rappeler que pour la victime « *se taire* » peut se poser en fonction du jugement qui est le sien à être entendu et ce qui sera entendable par son environnement, son conjoint, sa famille, ses amis... « *Se taire* » c'est aussi parfois protéger, au prix de l'enkystement des troubles aussi...

**La dimension culturelle par ailleurs doit être prises en compte.** Son influence dans le processus de traumatisation et l'émergence potentielle du trouble de stress post-traumatique lors de la prise en charge psychothérapeutique des victimes ne peuvent être écartées.

Anne Claire Nonnotte souligne en effet que

*« la psychologie clinique et la psychiatrie, au travers des modèles psychopathologiques qui y sont déclinés, pourraient être mieux pensées dans leurs ancrages culturels qui sont le prisme à partir duquel l'identité, l'individualité, le sens, et la représentation de la vie et de la mort se construisent. Aussi, toute psychologie ne peut être que culturelle, en tout cas située sur le plan psychosocial et communautaire, parce que l'individu pris isolément, sans son enracinement social et familial, est difficile à appréhender. »<sup>xiv</sup>*

Cette notion de culture est à prendre au sens large. Pour l'UNESCO, elle est

*« est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. »<sup>xv</sup>*

L'intervention de Gilles THOMAS sur le *secret dans le récit traumatique en milieu militaire* tout comme celle de Denis PESCHANSKI sur les *enseignements des attentats du 13 Novembre* s'inscrivent en partie dans cette dimension.

Nous nous devons aussi de prendre en compte **l'impact de la parole traumatique sur le soignant**, le traumatisme, pouvant susciter chez ce dernier des sentiments et des impulsions fortes

*« des expériences non résolues, qui risquent d'altérer son attention impartiale et empathique au patient. Même un thérapeute solide et dépassionné peut atteindre ses limites personnelles quand il est confronté à des descriptions de traumas interpersonnels tels que la torture ou le viol »<sup>xvi</sup>.*

*« Chaque thérapeute doit trouver son propre équilibre entre deux extrêmes : surimplication, suridentification et fantasmes de toute-puissance d'un côté, et détournement, impuissance et désintérêt de l'autre. Le thérapeute devrait s'autoriser à être affecté comme n'importe quel autre être humain, mais en même temps il devrait pouvoir garder sa distance de la violence pathologique du trauma en opposant des forces de santé compensatoires, protectrices et salutogènes. Ce qu'il faut, ce n'est pas un thérapeute capable de porter un fardeau sans fin, mais un thérapeute flexible. Quelqu'un qui reconnaît ses propres forces et faiblesses et agit en fonction d'elles quand ses limites personnelles ont été atteintes. » Ulrich Schnyder*

Autre élément qu'il nous faut considérer c'est **l'espace d'accueil de cette parole**. Il faut instaurer un cadre physique et psychique sécurisant et de confiance à finalité contenante et de contention.

Dans bon nombre de situation, elle vient se livrer, comme un trop-plein auprès du soignant le plus naturel pour la plupart de nos concitoyens : le médecin généraliste. On perçoit bien entendu alors toute la complexité dans cet espace contraint à l'accueillir et à l'accompagner. Raphaël DUQUENOY pourra en témoigner.

Quelques éléments donc qui sont à prendre en compte pour faciliter cette dynamique narrative ou limiter les entraves à son émergence. Oui la parole est nécessaire et indispensable mais sa mise en récit est un objectif bien plus complexe...

D'autres approches peuvent permettre cette mise en récit et nous en verrons quelques exemples aujourd'hui avec les témoignages d'Allessandro JEDLOWSKI, de Dominique RACHEL-LEVY ou de Didier GUEDJ. Le corps, l'écriture sont des vecteurs potentiels d'une aide à la mise en récit.

D'autres approches peuvent venir appuyer la démarche thérapeutique quand l'accès aux mots n'est pas possible comme nous le verrons avec Alix LAVANDIER, et Noémie ROGGY.

*« Aujourd'hui, l'art thérapeutique semble exiger, pour beaucoup de psychothérapeutes, l'intégration simultanée ou la combinaison plus ou moins systématique de techniques et méthodes appartenant*

à différentes orientations pour observer leurs patients dans des situations émotionnelles, sociales, et les aider à dégager de nouvelles ressources. L'éclectisme se développe comme tentative de dépassement des modèles théoriques classiques. Inscrit dans une visée empirique, il se définit comme une pratique visant à choisir les concepts, méthodes et stratégies les plus efficaces à partir d'une variété de théories et de systèmes thérapeutiques... » Y. MAIRESSE<sup>xvii</sup>

Je vous remercie.

- 
- <sup>i</sup> Crocq L., « *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes* », Elsevier Masson, 2<sup>ème</sup> Edition, 2014
- <sup>ii</sup> Lebigot F, Bessoles P. « *Situation d'urgence, situation de crise : clinique du psycho-traumatisme immédiat* ». Victime/Agresseur. Tome V. Saint-Maximin : Editions du Champ Social, 2005.
- <sup>iii</sup> Salmona M. « *Psychotraumatisme : introduction* », Association Mémoire traumatique et victimologie <https://www.memoiretraumatique.org/>
- <sup>iv</sup> Crocq L., Bessoles P. (sous la dir.) « *Victime-Agresseur, tome IV. Récidive, répétition, répétition : lien d'emprise et loi des séries* », Nîmes, éd. Champ Social, 2004
- <sup>v</sup> Chiriaco S., « *Le désir foudroyé. Sortir du traumatisme par la psychanalyse* », Navarin le Champs Freudien 2021
- <sup>vi</sup> Ricoeur, P. « *Temps et Récit 1. L'intrigue et le récit historique* », Paris, Seuil, coll. Points Essais 1983.
- <sup>vii</sup> Parent A.-M. « Trauma, témoignage et récit. La dérouté du sens » revue Protée - Volume 34, numéro 2-3, automne-hiver 2006, p. 113-125
- <sup>viii</sup> Constant J., Reça M. « *Traumatisme psychique : une clinique transversale, une notion en trans...* » L'information psychiatrique 2014/6 (Volume 90), pages 411 à 413
- <sup>ix</sup> Francols J. « *Regard psychodynamique sur la différence entre STRESS & TRAUMA* ». Santé mentale.fr le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie.
- <sup>x</sup> Bailly L. « *Prévention de la répétition du trauma* » Contraste 2007/1 (N° 26), pages 233 à 240
- <sup>xi</sup> Waintrater, R. : *Sortir du génocide. Témoigner pour réapprendre à vivre*, Paris, Payot 2003
- <sup>xii</sup> Ibid Martine PARENT
- <sup>xiii</sup> Pigeon M., (1997) *L'impossible à dire*, Moebius, (73), 11-20 (1997)
- <sup>xiv</sup> Nonnotte A.- C. « *Trauma et culture Influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques* » <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/trauma-et-culture>
- <sup>xv</sup> Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.
- <sup>xvi</sup> Schnyder U. « *Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble* » Psychothérapies 2005/1 (Vol. 25), pages 39 à 52
- <sup>xvii</sup> « *Psychothérapie intégrative* » Yves Mairesse, Dans Dictionnaire de sociologie clinique (2019), pages 509 à 512