

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAVAIL DE MENTALISATION CHEZ DES ADOLESCENTS VICTIMES D'ÉVÈNEMENTS TRAUMATIQUES

Fatiha BEN MOUFFOK*

Résumé

D'après la théorie psychosomatique, un événement traumatique se définit selon la quantité de désorganisation qu'il provoque chez les individus. Ceux-ci réagissant suivant la qualité de leur fonctionnement mental à travers lequel leurs réactions varient.

Dans la consultation de Sidi Moussa, nous avons constaté que beaucoup d'enfants et d'adolescents qui ont vécu des situations traumatisantes se présentaient avec presque les mêmes symptomatologies, et ceci a initié les questionnements suivants :

Ces réactions sont-elles dues à un fonctionnement mental spécifique ? Sont-elles dues aux caractéristiques du travail mental durant l'adolescence ? Ou à l'effet de la situation traumatisante ?

Mots clés : Mentalisation, Pensée opératoire, Traumatisme, Adolescence.

ملخص

تبعاً للنظرية السيكوسوماتية يمكن أن تعرف الحدث الصدمي حسب نوعية الاختلال الذي يحدثه لدى الأفراد، والذين يستجيبون له وفقاً لنوعية التوظيف العقلي لديهم.

في مركز سيدي موسى، لاحظنا أن الكثير من المراهقين الذين عاشوا أحداثاً صدمية يتقدمون إلينا بنفس الأعراض تقريباً، مما أدى بنا إلى طرح التساؤل حول ما إذا كانت هذه الاستجابة راجعة إلى توظيف عقلي خاص، أو هي راجعة لخصائص المراقبة أو للوضعية الصدمية ؟

الكلمات الأساسية: تفكير عملي، صدمة، مراقبة عقلية.

* SARP.

INTRODUCTION

L'idée de ce qui va suivre émane des observations faites face à des adolescents qui se sont présentés au centre de Sidi Moussa.

Echecs scolaires, inhibition, et fréquents recours aux comportements sont les principaux motifs de consultation, et dès les premiers contacts, ces lourdes inhibitions s'imposaient, survenant parfois avec des phobies ou d'autres manifestations, et ceci suite à des événements traumatiques.

Et c'est justement ces manifestations symptomatologiques identiques d'apparence qui ont suscité le questionnement suivant :

Est-ce que ces manifestations renvoyaient, du fait de leur ressemblance, à un même registre de fonctionnement mental ? étaient-elles dues aux caractéristiques de l'adolescence ou aux conséquences des situations traumatiques ?

C'est en nous étayant sur la théorie psychosomatique concernant la mentalisation et la pensée opératoire, que nous allons essayer de répondre à ces questions, à partir des données des entretiens et des TAT de deux adolescents ; ceci exige de faire un bref détour théorique concernant les notions de mentalisation, de traumatisme, et d'adolescence.

APERÇU THÉORIQUE

La mentalisation

Durant leur vie les individus sont souvent sujets à des excitations qui touchent leur affectivité, et auxquelles ils doivent trouver des moyens d'écoulement et de décharge.

Ainsi, le concept de « mentalisation » d'après Marty (1991) a été mis en avant pour rendre compte des « **dimensions de l'appareil mental** » qui « **concernent la quantité et la qualité des représentations psychiques des individus** » et « **qui constituent la base mentale de chacun de nous** ». La quantité des représentations est liée à l'épaisseur des couches de représentations accumulées durant les phases de développement ; la qualité de ces représentations se rapporte au degré de leur disponibilité à la conscience et leur liaison, ainsi qu'à leur permanence. C'est au niveau du préconscient que les représentations se lient entre elles pour donner les associations d'idées, les pensées et les réflexions intérieures, accompagnées souvent d'échos affectifs agréables ou désagréables.

C'est suivant ces critères que varient les fonctionnements des mieux mentalisés telles les névroses mentales et les névroses de caractère bien mentalisées, aux moins mentalisées, représentées par les névroses de comportement.

Face à d'importantes excitations, des conflits sont éveillés suscitant un travail de l'appareil psychique : dans les névroses mentales ou bien mentalisées, une activité psychique va s'éveiller pour assimiler dans un temps plus ou moins long ces excitations. Quand la mentalisation est moins efficace, les moyens défensifs sont plus fragiles, et nous assistons à une accumulation d'excitations non écoulées. Ceci va provoquer ce que Marty (1980) appelle « **une désorganisation progressive** » qui « **voit ainsi disparaître, les unes après les autres, des organisations fonctionnelles chaque fois moins évoluées que les précédentes** », pour arriver enfin à atteindre le soma en passant par la « **pensée opératoire** » renvoyant à « **l'investissement du factuel** » (M. De M'uzan et C. David cités par P. Marty, 1972) et auquel P. Marty ajoute ce qu'il appelle « **l'investissement de l'actuel** » dont le processus pathologique résiderait dans la perte de la valeur fonctionnelle du préconscient qui semble disparu, l'inconscient n'est plus représentable, les deux processus mentaux sont coupés l'un de l'autre : le processus secondaire est réduit à lui même sans son « adversaire » (qu'est le processus primaire) et l'inconscient ne respire plus et n'imagine plus de travestis, bien qu'il continue à vivre et à tout percevoir. Ainsi, cet état de l'appareil psychique ne lui permet pas de sortir de ses émois suite à des stimulus traumatiques, ... et cela provoque dans un temps plus ou moins long l'extension de désordres somatiques.

Le traumatisme

Dans son livre « la psychosomatique de l'adulte », Pierre Marty (1992) définit l'impact de l'événement traumatique comme suit : « du point de vue économique, quelles qu'en soient les origines apparentes (événement ou dispositions nouvelles, psychologiques ou pathologiques internes), les situations traumatisantes provoquent soit un afflux d'excitations instinctuelles (pulsionnelles au niveau de l'appareil mental), soit une chute du taux d'excitation, soit une composition de ces deux phénomènes. C'est ainsi que les traumatismes risquent de désorganiser les appareils fonctionnels qu'ils atteignent, la désorganisation ayant tendance à s'étendre (dans un sens inverse à celui du développement) tant qu'elle ne rencontre pas un système susceptible de l'endiguer ». Ainsi « **les trauma-**

tismes se définissent par la quantité de désorganisation qu'ils produisent et non par la qualité de l'événement », et ce serait, donc, surtout par sa « **résonance affective** » que l'événement traumatique se définirait.

Par contre, d'autres auteurs, tels Croq et Alexander insistent sur la nature de l'événement lui-même dans le déclenchement de la réaction traumatique.

Comme il y a d'autres auteurs qui ont essayé de se mettre dans une position intermédiaire, tel J. Roisin (1995) qui classe dans son article « **considérations sur le traumatisme** » les événements traumatiques en trois types d'événements :

a. — **Ceux qui possèdent une nécessité traumatique** : telle la confrontation réelle à une menace de mort, la torture, ... et qui constituent une menace contre l'intégrité physique ou psychique ou une menace de disparition.

b. — **Ceux qui possèdent une probabilité traumatique** : car ils n'amènent pas inévitablement à la destruction, tels les cas de ceux qui ont assisté à une agression sévère sur le corps d'autrui.

c. — **Ceux qui sont dotés d'une possibilité traumatique** : il s'agit ici de faits qui pourraient provoquer une réaction traumatique malgré leur apparence très banale, car ils seraient liés à une signification destructive.

Ce genre de classification permet de prendre en considération aussi bien la qualité que la quantité de l'événement dans le déclenchement des réactions traumatiques chez l'individu.

Ces éclaircissements sont nécessaires dans l'élaboration de nos idées, dans la mesure où nous n'avons pas encore de renseignements concernant le fonctionnement mental des cas que nous exposerons, et que tout ce que nous pourrions avancer concerne uniquement la nature traumatique des événements qu'ils ont vécus, notamment par la connotation de menace de mort et de destruction qu'ils portent.

L'adolescence

A travers ce qui va suivre, nous essaierons de mettre en évidence quelques modes défensifs et quelques réactions qui apparaissent habituellement chez les adolescents dans des conditions plus ou moins habituelles.

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que l'adolescence est une récapitulation et un prolongement des premières années de la vie.

Par exemple, M. Klein (1932) a constaté que le matériel inconscient que présentaient les enfants en analyse était analogue à celui que rapportaient les jeunes enfants. L'adolescent a des pulsions très fortes et une activité fantasmatique et imaginaire très riche. Ces angoisses et affects s'expriment avec une intensité infiniment plus grande qu'à la période de latence.

Aussi, de nombreux auteurs insistent sur le développement des activités intellectuelles et sur l'intégration et la cohérence de la psyché, caractérisée par une baisse d'inhibition, et le choix de nouveaux objets autres que les parents. Selon A. Freud les mécanismes de défense sont surtout dirigés contre le lien avec l'objet infantile ; notamment par les mécanismes de déplacement de la libido vers d'autres personnes que la famille (par des identifications à des idéaux, à des pairs...), renversement de l'affect en son contraire et contre soi-même, et la projection.

Quand les défenses contre l'objet œdipien (le parent du même sexe) échouent, des défenses contre les pulsions surviennent : l'adolescent méprisant ses instincts développe des pensées qui rendent compte des pressions instinctuelles.

En tout cas, durant cette période, l'adolescent est sujet à divers changements physiques et psychiques, qui le mettent sous l'effet de conflits et d'importantes pulsions, et pour maîtriser ses angoisses, il devra développer ses intérêts et ses activités, notamment par le recours aux différents mécanismes de défenses cités, mais aussi par des mécanismes de sublimation et d'intellectualisation.

Ainsi, les caractéristiques du mode d'appréhension du monde chez l'adolescent exposées, nous donnerons, à travers les illustrations cliniques qui vont suivre, des exemples d'adolescents ayant vécu des situations inhabituelles et traumatiques, et nous tenterons de montrer l'impact de ces situations sur leurs fonctionnements mentaux.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Première illustration : WALID (13 ans)

Walid est un garçon de 13 ans qui a été amené par sa mère pour échec scolaire, absences et oublis.

La famille a vécu dans une région très touchée par le terrorisme, et elle a été obligée (avec tous les habitants de la région) de fuir sa maison suite à une attaque terroriste nocturne. Depuis, la famille ne s'est jamais stabi-

lisée, et se déplace d'un lieu à un autre, obligeant les enfants à changer à chaque fois d'école, et provoquant ainsi des séparations répétées qui ont énormément perturbé Walid.

Durant les entretiens, nous avons constaté que Walid est très inhibé, d'ailleurs de très longs moments de silence s'installaient. Même à l'école, il ne peut jamais se défendre contre ses camarades, et a recourt souvent aux pleurs.

Mais en contre partie, il manifeste souvent une importante agressivité envers sa petite sœur et son petit frère qu'il frappe beaucoup.

En ce qui concerne sa santé, Walid souffre de vertiges, de céphalées, et de problèmes d'otites.

A l'épreuve du T.A.T. Walid a réagi par une très grande inhibition qui est apparue dans ses longs silences, mais aussi par le recours aux comportements et au factuel, ces derniers apparaissant surtout dans des descriptions sèches des contenus de certaines planches (CF₁). Aussi certaines réponses par le contrôle se donnent à voir, mais elles ne relèvent pas d'élaboration active des problématiques des planches, et se bornent à des descriptions (A2.1) ou des remâchages (A2.8). La même chose peut se dire des très rares procédés labiles qui sont apparus.

Les procédés primaires sont aussi très rares, mais ils sont importants à la planche 8BM qui aurait suscité un important mouvement d'agressivité (E₉) chez le patient, celui-ci n'ayant pu être contenu que grâce à l'évitement surtout phobique (CP₁) et comportemental (CC₁), ce dernier est aussi important face aux représentations de destruction et de mort (E₉) suscitées à la planche 13MF.

Ainsi, les données du TAT laissent apparaître un fonctionnement mental plutôt vulnérable, presque sans aucun moyen efficace de défense ou de dégagement face aux conflits. La mentalisation du patient serait de ce fait considérée comme étant très fragile, laissant place à d'importantes possibilités d'atteintes somatiques.

A partir des données des entretiens et du TAT, nous pouvons constater la fragilité du fonctionnement du patient. Ces données expriment la façon dont les événements qu'il a vécus ont atteint sa psyché, et comment l'afflux d'excitation a pu causer cette lignée de désorganisation progressive qui commence déjà à atteindre le soma.

Aussi, nous constatons que cette fragilité est, donc, loin de répondre aux caractéristiques énoncées auparavant concernant le travail mental durant l'adolescence.

Deuxième illustration : HAMID (14 ans)

Hamid, un garçon âgé de 14 ans, a été amené en consultation pour énurésie nocturne et échec scolaire.

D'emblée il paraît très inhibé et les entretiens sont coupés par de longs moments de silences.

Hamid a grandi dans un milieu qui a fortement été affecté par les événements terroristes :

A l'âge de 6 ans, il ne pouvait avoir une scolarité normale, car les écoles ne travaillaient que les matinées, et les habitants de la région ne devaient pas sortir au-delà de 17h00.

Un jour, la voisine de Hamid a été enlevée la nuit, puis retrouvée morte le lendemain par lui-même et ses camarades, et c'est à partir de cet événement qu'il a commencé à développer des phobies nocturnes, et des phobies à l'égard des enseignants, ce qui l'inhibait complètement. Ses résultats scolaires ont commencé à diminuer depuis. C'est aussi à partir de là que l'énurésie nocturne est apparue.

Hamid est, aussi, décrit par ses parents comme étant très agressif avec ses camarades.

Les données du TAT montrent que Hamid a utilisé des procédés défensifs relevant surtout de l'évitement phobique (CP₁) et des idéalisations négatives de soi (CM₁), ainsi que le contrôle en deuxième position (telles les intellectualisations (A2.₁₃)). Viennent ensuite quelques procédés primaires et de très rares procédés labiles ; tous relevant essentiellement de registres mentaux, bien qu'il ait utilisé quelques procédés phobiques liés aux comportements, et que le recours au factuel étaient très rare.

Ainsi, les données du TAT mettent en lumière un fonctionnement jouissant d'une assez bonne mentalisation.

Ainsi, de ce qui a été présenté, on peut déduire que Hamid, malgré l'expérience traumatique, aurait assez de capacités mentales pour écouler les excitations et éviter de suivre une ligne de désorganisation progressive. Il a mis en avant des défenses relevant du registre mental, ce qui a déjà été constatée lors des entretiens (à travers ses énurésies et ses phobies, bien qu'il y ait quelques passages à l'acte, qui apparaissent dans l'agressivité qu'il manifeste envers ses pairs) et confirmée par le TAT,

Nous remarquons à travers ces deux illustrations cliniques que face à ces deux adolescents, qui ont vécu des situations traumatiques liées au terrorisme, nous nous retrouvons devant un tableau clinique qui d'emblée

paraît le même chez les deux cas, mais les entretiens et les données des T.A.T montrent que cette similitude renvoie à deux fonctionnements mentaux tout à fait distincts. L'un très menaçant pour l'équilibre somatique, l'autre plutôt bon et plus ou moins loin d'atteindre le soma. Les symptômes d'inhibition, échec scolaire, ... ne renvoient pas à un même fonctionnement mental, ni au fonctionnement mental spécifique de la période d'adolescence, ceux-ci étant très différents de ce que nous avons constaté à travers les données théoriques que nous avons exposées auparavant.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Partant du fait que la plupart des adolescents qui venaient en prise en charge, et qui avaient vécu des situations traumatiques, présentaient des tableaux cliniques qui paraissaient plutôt identiques, nous nous demandions à quoi pouvaient renvoyer ces similitudes : étaient-elles dues à un fonctionnement mental spécifique qui surviendrait suite à un événement traumatique ? étaient-elles dues aux caractéristiques normales de l'adolescence ? ou bien étaient-elles des manifestations semblables seulement dans leur apparence, et survenues suite à un événement traumatique, mais qui renverraient à des fonctionnements mentaux qui pouvaient être tout à fait différents ?

Les données que nous avons pu recueillir à travers les entretiens et les TAT, nous ont permis de constater que les fonctionnements d'échec et d'inhibition dans lesquels se positionnent les deux adolescents ne relèvent ni des caractéristiques normales de l'adolescence, ni d'un même fonctionnement mental auquel ces manifestations seraient spécifiques :

Ces manifestations sont surtout le résultat de l'exposition à une histoire traumatique qui met l'adolescent dans une importante inhibition et dans un fonctionnement d'échec.

RÉFÉRENCES

BROUSSELLE A., GIBEAULT A., VINCENT M. (2001). « Revue de quelques travaux psychanalytiques sur l'adolescence », in : BROUSSELLE et al. (ed.) *Adolescence*, Alger, SARP.

KLEIN M. (1973). *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF.

MARTY P. (septembre-décembre 1972). « L'inhibition intellectuelle », *Revue française de psychanalyse*, 5-6, 805-816.

MARTY P. (1980). *L'ordre psychosomatique : Les mouvements individuels de vie et de mort*, Petite Bibliothèque Payot.

MARTY P. (décembre 1991). *Mentalisation et psychosomatique*, Collection : Les Empêcheurs de Penser en Rond.

MARTY P. (1992). *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF.

ROISIN J. (juin 1995). Considérations sur le traumatisme, in : *Le bulletin freudien*, n°25.

