

LE PSYCHOLOGUE FACE AU TRAUMATISME DE L'AUTRE

Une histoire à deux temps

*Cherifa BOUATTA**

RESUME

A travers le questionnement de quelques cliniciens ayant assuré la prise en charge de victimes de traumatisme, l'auteur décèle deux temps : un temps où le psychologue est lui même traumatisé et un deuxième temps où il parvient à récupérer des forces. La réaction du psychologue face au traumatisme de l'autre renvoie, entre autres, au fait que psychologue et victime vivent dans des mondes superposés se caractérisant par des traumatisme dans la psyché et la culture.

MOTS CLES : traumatisme, inquiétante étrangeté, effraction, psychisme, culture, mondes superposés.

* SARP

Université d'Alger

Psychologie 99/2000 n°8 (Numéro spécial)

En parlant de la formation et de la fonction des psychologues C.Chiland écrit : « J'ai même rencontré des psychologues heureux... » plus loin, elle ajoute : « rarement ». C'est de psychologues mal à l'aise dans leur fonction du fait du traumatisme de leurs patients que je voudrai vous entretenir aujourd'hui. Mais avant cela, il faut noter que les études sur le traumatisme privilégient généralement trois thématiques :

- Interroger la notion même de traumatisme d'un point de vue théorique et nosographique ;
- Evaluer les incidences que peuvent avoir les situations traumatiques sur la santé mentale des individus et des groupes ;
- Préconiser des techniques de réparation voire des techniques d'intervention dans l'urgence.

Il me semble que dans ces approches il existe une dimension qui n'a pas été pensée. Cette dimension concerne les incidences des patients traumatisés sur le thérapeute lui-même. En effet, comment celui-ci et les spécialistes de la santé mentale en général réagissent-ils face aux victimes de traumatismes ? Arrivent-ils à maintenir une position de neutralité, à écouter le drame et les horreurs rapportés par des enfants, des adolescents, des adultes ? ou bien sont-ils complètement débordés, désorganisés face au traumatisme de l'autre ?

Ces questions ne sont pas fortuites et ne sont pas formulées seulement pour combler une béance constatée dans la littérature spécialisée. Elles sont largement induites par les interrogations, les difficultés, le désarroi exprimés par certains de mes collègues face à des patients traumatisés (en parlant de mes collègues, je pense à moi aussi).

Ces observations m'ont amenée à interroger d'une manière relativement systématique quelques uns de mes collègues praticiens travaillant à la SARP ou participant à

ses activités. Il est vrai que par ce biais je ne vise aucune généralisation, il est vrai aussi que les réactions peuvent changer d'un psychologue à un autre et qu'elles peuvent varier en fonction des patients qu'il peut voir. Ceci est d'autant plus juste lorsqu'on revient à un principe de base de la psychologie clinique : le sujet dans sa singularité et quand on sait que c'est à partir de celle-ci que se conçoit l'entreprise thérapeutique.

Plus précisément j'ai interrogé huit de mes collègues sur leur expérience, sur leurs affects, sur leurs comportements, sur leurs pensées... face aux victimes de traumatisme et sur les réflexions qu'ils ont pu élaborer dans l'après-coup des séances.

J'ai analysé leurs discours afin d'en dégager les thèmes structurants et j'ai essayé ensuite de donner sens à leurs propos.

Globalement les idées développées permettent d'identifier deux temps : Le temps de l'impuissance

Le temps de la reprise et de la récupération

Il faut toutefois noter que ces deux temps peuvent coexister, se chevaucher comme ils peuvent être deux moments distincts dans la prise en charge.

PROPOS DE PSYCHOLOGUES

Le premier temps se compose des thèmes suivants :

- Incapacité, perte de l'identité professionnelle

J'ai été démunie de toutes mes capacités

J'étais paralysé dans mes capacités associatives

J'avais oublié que j'étais psychologue

- Le débordement, l'excès

C'était trop par rapport à ce que je pouvais supporter, c'était trop violent

Je sens que le poids de cette réalité m'écrase

J'étais submergée par la peur

- Contamination/ atteinte

J'ai été atteinte par voie directe c'est comme si les choses me blessaient et entraient par voie directe.

Je suis tombée malade.

Je souffrais avec eux, je ressens l'angoisse qu'ils vivent.

- Perte de distance

J'étais à sa place, je vivais la scène

Je n'avais plus de distance

- Retrait narcissique

Je m'éloignais du patient pour me pencher sur moi-même.

Le patient ne venait et n'occupait que la seconde place je pensais à mes difficultés

J'étais plus à l'écoute de moi-même que du patient

- Mise en échec

Pendant longtemps il ne parlait que de ça, j'essayai de le renvoyer à autre chose, à le faire associer mais lui restait toujours collé à ça.

Il n'y avait que ça, j'essayais de solliciter l'avant-l'après elle me décrivait les événements une fois, deux fois, trois fois...

J'ai essayé de faire des choses mais rien ne l'intéressait

- Evitement

Je voulais qu'elle ne revienne plus

J'ai orienté plusieurs patients

Je les évite, c'est conscient.

- Demande d'aide

J'ai pensé consulter

J'aurai aimé consulter un spécialiste, un psychanalyste qui pourrait nous aider à nous comprendre

On a besoin de support

- Manque de préparation/de formation

Il me fallait un mode d'emploi, une technique

J'ai l'impression que je n'étais pas préparé à ça

Il nous faut une formation spécialisée

- Menaces/atteintes provenant de l'extérieur

Ma maison a été détruite, j'ai échappé de peu à la mort

Des restrictions dans ma vie, avant de sortir je regardais à droite à gauche, j'ai développé des comportements paranoïdes.

Avant j'étais intégré dans un réseau relationnel maintenant c'est le vide

Perte d'amis, atteintes de personnes chères.

Le deuxième temps : le temps de la récupération, de la réflexion. Il se compose des thèmes suivants :

- Le cadre intérieur, l'empathie

Peu à peu un cadre intérieur s'est installé je sentais qu'il fallait que je leur dise : je vous comprends

J'étais surtout un support

- Propositions

La co-thérapie, à deux l'un pouvant être un support pour l'autre

La thérapie de groupe : le groupe pourrait juguler l'excitation

Le thérapeute serait contenant et le groupe serait contenant pour lui.

- La réflexion, la prise en compte de la spécificité de la situation.

Ce qui arrive c'est la remise en cause des valeurs, des fondements même de la société.

Il faut de nouvelles stratégies d'aide aux traumatisés qui prendraient en compte au moins une partie de leurs difficultés (matérielle, juridique...)

Il faudrait se pencher sur le groupe familial, la communauté parce que c'est ça qui a été atteint .

Il est clair que ce qui vient d'être exposé est loin d'obéir aux règles canoniques de l'analyse de contenu. Le lecteur aura remarqué l'absence de quantification et surtout le non-respect (parfois) de l'exclusivité des thèmes identifiés (le terme catégorie a été sciemment écarté pour ne pas prétendre à une analyse rigoureuse). L'objectif est ailleurs : il s'agit, ici, d'une modeste tentative pour donner sens au vécu d'un certain nombre de psychologues confrontés au(x) traumatisme(s) de l'autre.

LES DEUX TEMPS

Le premier temps que j'ai qualifié de temps de l'impuissance révèle que le psychologue est immédiatement impliqué dans le drame de la traumatisation de son patient. Il se sent envahi par des sentiments de désespérance, de culpabilité, de dégoût, de perte de sens de la conviction thérapeutique. Il se sent également débordé par des affects d'une violence extrême. Lorsque le psychologue parle d'atteinte, de contamination on peut penser que le pare-excitation, l'enveloppe psychique qui protège la distinction dedans/dehors ; Moi/Non Moi se fissure. Ainsi,

on peut parler de la perte soudaine des limites moi-objet, de la remise en cause du principe de réalité : le traumatisme, la scène traumatique venant se lover du côté du psychologue. Moment de confusion, voire de dépersonnalisation d'où les tentatives de retrait, d'individuation que le psychologue essaie d'instaurer en se penchant sur lui-même pour échapper à l'inquiétante étrangeté qui l'envahit.

Lorsque le psychologue n'est pas entièrement débordé par ses affects, il tente d'établir la relation avec le patient en faisant appel à son histoire, en sollicitant des associations... dans beaucoup de cas, il se rend vite compte qu'il y a fixation à l'événement et qu'il ne saurait y avoir ni avant ni après. Ou, autre cas de figure : le patient refuse de parler parce que cela ne sert à rien, parce que personne ne peut comprendre et surtout parce que la douleur, à la différence de la souffrance, est de l'ordre de l'indicible. Dans les deux situations le psychologue se sent disqualifié, renvoyé à son impuissance et à son désarroi.

Sidéré, impuissant, débordé par un orage émotionnel, le psychologue se retrouve dans un état de détresse où il n'arrive pas à s'apaiser par le recours à des objets internes protecteurs. Pour expliquer ce type de détresse Freud évoque la situation de détresse du nouveau-né qu'il considère – avec de nombreux psychanalystes- comme le paradigme permettant de rendre compte de l'état traumatique. Il nous semble difficile d'entériner une parfaite similarité entre les deux situations : nouveau-né et personnes traumatisées (enfants, adolescents, adultes) dans la mesure où chez ces derniers le traumatisme est un événement disruptif qui introduit un avant et un après dans l'histoire du sujet.

Compte tenu de ce qui précède on peut dire que le patient traumatisé est lui même traumatisant. C'est ainsi que l'expression *face au traumatisme* (faisant partie du titre) qui ménage -voire aménage- de la distance entre

psychologue- patient s'avère inappropriée puisque *le psychologue se retrouve dans le traumatisme*.

Le deuxième temps : le temps de la récupération
Existe-t-il une issue pour le psychologue ? Existents-ils des moyens pour faire échec à l'enlèvement dans lequel il peut se retrouver ?

Ce qui ressort des propos des psychologues lorsqu'ils se reprennent à prendre de la distance, à penser, c'est que la neutralité n'existe pas : il y a remise en cause du cadre de travail classique, des outils d'investigation...

En effet, les psychologues recourent rarement (certains pas du tout) aux techniques projectives. L'hypothèse sous-jacente étant que les sujets ont plus besoin d'être contenus, écoutés, voire d'un support qui les aide à retrouver des repères, à entreprendre un travail de deuil que d'être investigués. Le cadre lui-aussi peut subir des aménagements : ayant souvent affaire à des personnes dont les repères spatio-temporels sont bouleversés, le psychologue s'interdit l'enfermement dans une temporalité trop rigide. En outre et toujours dans le sens de l'adéquation du processus de prise en charge à la réalité des patients traumatisés le psychologue s'intéresse à l'individu mais aussi à la famille dans son contexte social global (situation matérielle : perte de biens, perte du travail, absence de logement, situation sociale, destruction des liens avec la communauté...). Ce faisant il procède à un véritable travail de reconstruction des liens. Ainsi deux observations s'imposent :

- Il n'est guère possible pour le psychologue d'isoler la personne du contexte social dans lequel les drames ont surgi ;
- Le travail de reconstruction ne saurait être du ressort exclusif du psychologue : les interventions de ce dernier doivent se conjuguer à un travail de réseaux qui considère les victimes de traumatisme dans leur être total (psychique et social).

QUAND L'HISTOIRE COLLECTIVE RATTRAPE PSYCHOLOGUE ET PATIENT

Revenons maintenant à l'orage émotionnel vécu par le psychologue. On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles ses réactions sont si fortes et désorganisatrices, lorsqu'on sait qu'il est familier avec la violence pulsionnelle, la souffrance psychique, les conflits psychiques et inter-personnels. Je n'ai pas la prétention ici de fournir tous les facteurs à l'origine de son traumatisme. J'en vois pour le moment au moins trois qui me semblent intervenir de façon directe dans les réactions du psychologue et participer des spécificités du traumatisme, des traumatismes, en Algérie.

les mondes superposés

J. Puget (1989) parle de mondes superposés lorsque patient et thérapeute sont immergés dans le même contexte social, ils sont exposés aux mêmes peurs, aux mêmes inquiétudes.

Lorsque le patient se retrouve face au psychologue il véhicule avec lui un drame parfois des drames multiples. Il a peut-être habité un quartier chaud, a vécu une menace constante, s'est senti disqualifié en tant que parent parce que ne pouvant plus assumer le rôle d'adulte protecteur, s'est souvent posé des questions : quand, comment, qui, jusqu'au jour où la tragédie a fait effraction : assassinat, massacre... Ainsi, la situation traumatique, la scène traumatique ne se produit pas dans un « ciel serein » mais intervient suite à ce qu'on pourrait appeler des traumatismes cumulatifs. Le récit rapporté par le patient ou par des tiers concernant le patient se superpose avec le vécu du psychologue qui s'interroge : à quand mon tour ?

Ces mondes superposés instituent une différence de taille entre l'intervenant étranger et le psychologue autochtone¹ Ce dernier partage avec son patient le même sort. Lui et sa famille peuvent à tout moment être objets de

¹ Je constatais en introduction que les approches consacrées au traumatisme se souciaient peu des incidences des victimes de traumatisme sur les intervenants (psychologues, médecins...), une hypothèse peut être postulée : la plupart des écrits produits par les spécialistes sont le fait d'intervenants étrangers. Dès lors on ne peut guère parler, en ce qui les concerne, de mondes superposés.

violence, vivre l'horreur ; lui aussi (voir les propos des collègues cités plus haut) a dû changer de mode de vie, restreindre ses activités, développer des comportements paranoïdes.

L'humanitaire expatrié (pour reprendre l'expression usitée) c'est-à-dire l'intervenant en pays étranger, s'il prend des risques n'est jamais immergé et submergé par l'Histoire Collective : elle n'est pas la sienne.

La réalité extérieure

Si le psychologue et le patient participent de mondes superposés c'est parce que l'un et l'autre sont confrontés à l'Histoire collective et c'est celle-ci qui initie la rencontre psychologue-victime de traumatisme.

La réalité extérieure, l'événement, la situation de violence extrême (Selon V. Nahoum-Grappe, 1995) exerce son emprise sur les groupes et les individus et le psychologue ne peut ignorer cette réalité sous prétexte d'une « antériorité », d'une « prédisposition individuelle » qui expliquerait, à elle seule, l'état traumatique.

L'épistémologie nous apprend que l'ordre psychique et l'ordre social n'obéissent pas aux mêmes lois de fonctionnement, néanmoins la situation de violence et de cruauté amène à reconsidérer les rapports entre la réalité psychique et la réalité sociale autrement que dans le cadre d'opposition, de distinction ou de clivage qui soutiennent les points de vues habituels sur ces questions (R. Kaës, 1989) il y a donc à penser, pour les psychologues, l'incidence intrapsychique de bouleversement et de rupture qui affectent l'organisation et le fonctionnement de l'appareil psychique lorsque surgissent des catastrophes sociale et historique ; faute de quoi le psychologue adopte une démarche faite de déni et de reification de la réalité.

Le traumatisme dans le psychisme et la culture²

lorsque des bébés sont assassinés, lorsque le fils devient l'assassin du père, des frères, lorsque l'ami

² titre emprunté à l'ouvrage de Doray (B.) et Louzoun (c)
(voir bibliographie)

d'hier... la psychopathologie classique en termes de PTSD (post-traumatic stress disorders) ou de névrose traumatique ne peut cerner les différentes facettes des traumatismes. Il faut considérer à ce moment –là la pathologie du lien social dans la mesure où ce sont les lois, les croyances, le cadre culturel à partir desquels la réalité est décodée et sur lesquels s'étaient les individus qui sont attaqués. Ainsi, dans la situation de l'Algérie, les différentes figures de la mort ne peuvent être traitées par la psyché comme un deuil normal lequel s'étaye toujours sur une inscription collective culturelle et religieuse : ce sont les rites du 3^e, 40^e jours, la visite au cimetière qui obéissent à des règles collectives et où les parents, les voisins, les amis sont présents pour aider à entreprendre le travail de deuil.

Celui-ci prend (le deuil) appui sur des énoncés communs qui disent quelque chose d'important et de nécessaire sur l'origine, la fin, la succession des générations (R. Kaës, déjà cité). Or, le destin des morts a été dévoyé.

La violence extrême, dans la mesure où elle s'attaque au lien social, au cadre culturel, conduit au brouillage des règles qui gouvernent l'interdépendance groupale autour de la vie et de la mort, du délit et de la sanction.

L'ordre social devient incompréhensible, incohérent. Ce faisant cette violence extrême met en péril les identifications du Moi à l'humain et partant la vie psychique elle même. C'est pourquoi nous parlons de traumatisme dans le psychisme et la culture.

Pour le psychologue reconnaître la détresse de la victime c'est appréhender les traumatismes sous leur multiple inscriptions et partant prendre position sur l'ordre du monde qui les a produits.

POUR CONCLURE : DEUX OBSERVATIONS ET UNE INTERROGATION

- La situation que traverse l'Algérie est-elle unique, spécifique ? s'il y a spécificité elle est, à notre avis, toute relative. En effet, nos lectures nous ont permis de découvrir de fortes similitudes entre ce qui se passe en Algérie et ce qui s'est passé en ex-Yougoslavie (pour ne prendre qu'un exemple). Par ailleurs le vécu et les conceptualisations des psychanalystes argentins (dans **Psychanalyse et Violence d'Etat**, voir bibliographie) vivant avec leurs patients dans des mondes superposés, sous dictature militaire, ont nourri (et continuent à nourrir) notre réflexion.

- Pour le psychologue sortir de l'enlissement, de la sidération dont il peut être atteint c'est refuser un projet mortifère et faire appel aux ressources vitales (à la pulsion de vie) qui permettent d'investir le futur personnel, celui de ses objets d'amour mais aussi formuler un projet de vie pour les victimes.

- Interrogation : ce qui vient d'être présenté concerne le vécu du psychologue face à des victimes innocentes : quelles seraient ses réactions face à l'agresseur s'il venait à y être confronté dans sa consultation ? militant de la santé mentale, va t-il considérer que toute personne en souffrance doit être aidée ou bien, au contraire, va t-il refuser celui qui est à l'origine du drame ?

Bibliographie

BARROIS (C.) : les névroses traumatiques. Dunod ; Paris, 1988

CHILAND (C.) : Les psychologues. Fonctions et formation
.Psychi franç, 28-1-1983

DORAY (B.), LOUZOUN (C.),: Le traumatisme dans Le
psychisme et la culture. s/dir Erès 1997

PUJET (J.), KAËS (R.), VIGNAR (R.) : Violence d'Etat et
psychanalyse. Dunod, Paris, 1989

الاخصائي النفسي إتجاه الصدمة

ملخص

من خلال سؤال بعض الأخصائيين الاكلينكيين الذين تكفلوا بضحايا الارهاب، تبيّن لصاحب المقال أن هناك زمانين: زمان أولي يكون فيه الأخصائي تحت أثر الصدمة، و زمان ثاني، يتمكن فيه الأخصائي من إسترداد قواه.

إن إستجابة الأخصائي إتجاه صدمة الآخر تعكس في جُمْلَة ما إلى عوالم مركبة التي تتميز بصدمات في النفس و الثقافة.

الكلمات الأساسية: الصدمة - الغرابة المقلقة - إختراق نفسي - ثقافة -

عوالم مركبة