

Figurabilité du trauma

Séminaire de Formation du le 27 mai 2013

Autour de ce thème de la figurabilité psychique, en novembre 2011, à la suite du colloque, **Sabine Fos-Falque** et **Bénédictte Berruyer-Lamoine** proposaient de créer des petits groupes de recherche.

Brièvement, il s'agissait de « poursuivre l'exploration des processus qui permettent la construction de l'image ».

Elles citaient la définition de **Laplanche et Pontalis** :

Figurabilité : Exigence à laquelle sont soumises les pensées du rêve. Elles subissent une sélection et une **transformation** qui les rendent à même d'être représentées en images, surtout visuelles ». **Laplanche et Pontalis** ajoutent : « le système d'expression que constitue le rêve a ses lois propres. Il exige que toutes les significations, jusqu'aux pensées les plus abstraites, s'expriment par des images ».

A partir de ce thème, précisent nos collègues, les auteurs explorent le rêve nocturne, les pensées oniriques diurnes, la rêverie en séance, l'hallucinatoire.

Il me semble que le mot important est le mot TRANSFORMATION.

Dans un article de **César Botella** (« Rêverie-rêveries et travail de figurabilité »), ainsi que dans le résumé écrit par **Monique Aumage** à partir de leur ouvrage, le concept se précise et se développe.

Je reprends très brièvement.

Monique Aumage retravaille donc les idées développées dans l'ouvrage des **Botellas** :

« Pour Freud, c'est une fonction inhérente au psychisme, qui permet un travail de transformation, d'intégration (au sens winnicottien) et de réorganisation de la vie psychique ».

« Le cadre analytique a pour fonction de négativer la perception pour faciliter les processus régressifs indispensables à l'abord de la psyché ».

« C'est dans la rencontre entre un souvenir positif et l'expérience négative du manque que se constitue le psychisme humain ».

« La représentation des choses vient pallier le négatif du manque ou de l'absence de l'objet ».

Monique poursuit, toujours dans la continuité des **Botellas** :

« La névrose traumatique serait à comprendre dans une négativité : désorganisation brutale du psychisme du fait du violent excès d'excitation et d'un état de détresse du moi dans l'incapacité de se représenter une situation d'incohérence et d'absence de sens ».

« Tout trauma aurait deux faces : positif, représentable dans l'après coup de la névrose infantile ; l'autre, celle des réactions négatives constitue un reste irréprésentable. Ces effets négatifs se manifestent par des symptômes *sans contenu* des inhibitions, des rétrécissements du moi. Cette partie de la psyché peut facilement échapper à l'action de la cure analytique ».

Pour pallier à cette difficulté, l'analyste est amené à régresser « dans un fonctionnement animique ou pré animique, en continuité avec le fonctionnement inconscient du patient », les dérivés de ces deux inconscients font écho ou se mélangent.

Comment penser cet « impensable », cet « irréprésentable » que sont ces symptômes sans contenus, ces inhibitions, ces rétrécissements du moi ?

Comment comprendre cette négativité de la névrose traumatique ?

La clinique du trauma peut-elle se penser différemment ?

Pour cela, il nous faut introduire la notion de dissociation.

En effet la clinique du trauma et de sa figurabilité se pose en lien avec cette notion de dissociation.

Y a-t-il différentes formes de dissociations ? La dissociation traumatique est-elle de même nature que la dissociation psychotique ?

Quelle différence entre le clivage et la dissociation ? N'est ce qu'une question de vocabulaire ?

Dans le vocabulaire de la psychanalyse de **Laplanche et Pontalis**, le terme de dissociation n'est pas répertorié directement.

On trouve le terme de dissociation en référence à la schizophrénie : la spaltung (p. 435) :

« La subsistance côte à côte de groupements, de représentations indépendants les uns des autres ».

Pour **Bleuler**, il y a deux moments de la **spaltung**, véritable désagrégation du processus mental : un éclatement et un **clivage de la pensée** en différents groupements (p. 435).

Dans un dictionnaire de la psychiatrie : **dissociation** est, « à la suite de Bleuler, l'équivalent du mot **discordance** ». Il désigne la rupture de l'unité psychique.

« La dissociation peut se manifester très diversement par tout indice traduisant une dysharmonie, une inadéquation entre l'idée, l'attitude et la teneur affective exprimées dans un même moment ». « C'est donc à un sourire, à un pli du sourcil, à un regard, au ton d'une phrase qu'on la décèlera, quand on constatera qu'ils sont « détachés » du contenu idéique ou émotionnel qu'ils accompagnent » (p. 210 du dictionnaire).

Le **clivage du moi** (vocabulaire de la psychanalyse p. 67) : Terme employé par Freud pour désigner un phénomène bien particulier qu'il voit à l'œuvre surtout dans le fétichisme et les psychoses, soit la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle. L'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement.

Ce terme a des emplois anciens en psychiatrie. « Il renvoie à la notion générale d'une capacité de dédoublement psychique chez l'être humain » (**A. de Mijolla**, Dictionnaire international de la psychanalyse).

Dès 1894, **Freud** donne une causalité pour ce processus : « Les patients que j'ai analysés, en effet, se trouvaient en état de bonne santé psychique, jusqu'au moment où se produisit dans leur vie représentative un cas d'inconciliabilité, c'est-à-dire jusqu'au moment où un événement, une représentation, une sensation se présenta à leur Moi, éveillant un affect si pénible que la personne décida d'oublier la chose, ne se sentant pas la force de résoudre par le travail de pensée la contradiction entre cette représentation inconciliable et son moi ».

« Le Moi rejette la représentation insupportable en même temps que son affect et il se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue jusqu'au Moi ».

A la fin de sa vie, réintroduisant « la réalité de la menace » (p. 338 dans l'abrégé de psychanalyse), il caractérisera la névrose comme « le fait qu'une personne puisse adopter, par rapport à un comportement donné, deux attitudes psychiques différentes, opposées et indépendantes l'une de l'autre ».

Pour **P. Janet**, « la notion de faiblesse de la **synthèse psychologique** occupe une place majeure ».

Pourquoi toutes ces digressions ?

Deux exemples :

Mr X vient consulter parce qu'il...

[...]

Autre exemple :

Mme M est adressée par son médecin traitant...

[...]

Le travail psychique de ces deux patients est en cours. Celui de Mme M beaucoup plus avancé que celui de Mr. X.

Lorsqu'il y a traumatisme, l'image se fige, quelque chose dans le psychisme est bloqué, l'image n'a plus rien à voir avec le travail de l'imaginaire, c'est comme si cela patinait dans une répétition sans fin.

Je pense que le trauma empêche la mise en œuvre du TRAVAIL de figurabilité.

Le trauma est figurable : l'image du trauma est même trop figurable mais elle empêche la mise au travail du psychisme qui reste figé dans une figuration immuable. Les images, comme dans un cauchemar, sont bien réelles, elles habitent la personne. Elles l'entraînent parfois dans des réactions inconnues, étranges, qu'elle-même ne reconnaît pas forcément comme lui appartenant. La personne est paralysée, elle n'a pas de pouvoir, ni sur ces images, ni sur ses réactions.

La figurabilité, le figurable, le représentable, la représentation

Artemisia : le figurable se met au travail.

Artemisia est une artiste internationale. Elle est née à Pise en 1593 et son père Orazio, artiste peintre, lui apprend en cachette le métier. Elle sera la première femme à être reçue dans les rangs de l'Academia des Disegno de Florence.

Extrêmement douée dès son plus jeune âge, son père la confie à son ami afin qu'il lui donne des leçons de perspective. L'ami, peu recommandable, va la violer. On peut penser qu'un certain nombre de ses tableaux témoignent du traumatisme subi et de la tentative pour le dépasser.

Ainsi le tableau « Judith et Holopherne » (1620-1621), mais aussi « Yaël et Sisera » (1620).

De passif, le sujet devient actif. Dans le fantasme, la femme violée tue le violeur potentiel. La victime utilise son intelligence pour se venger.

En même temps, la répétition du thème questionne. Artemisia peint ce tableau sous de nombreuses formes, elle peint aussi des femmes qui tuent, très concentrées sur leur ouvrage, déterminées. De même dans le tableau « Yaël et Sisera »...

Par contre, le tableau « La nymphe Corisca et le satyre », peint en 1635-1640, est très différent. Il me semble que ce tableau montre comment le trauma a pu être dépassé. La nymphe se moque du satyre, son regard est rieur, du genre : « tu ne me fais plus peur » ; et : « je t'ai bien eu ». La nymphe se sauve, belle et vigoureuse ; le satyre, lui, reste à terre, presque ridicule.

Comment penser l'irreprésentable ?

Quels modèles théoriques peuvent nous aider à mieux appréhender notre clinique du trauma ?

Pourquoi certains patients peuvent-ils dépasser les traumatismes qu'ils ont vécus, les intégrer et devenir résilients, et d'autres pas ?

Je vais me référer à un livre que j'ai trouvé passionnant : « **le soi hanté** ».

Les concepts sont un peu différents de ceux que nous utilisons habituellement, j'ai donc fait un travail de retraduction.

Les auteurs de cet ouvrage pensent que **la dissociation est « la clé de la compréhension de la traumatisation »**.

Ils questionnent : « qu'est-ce qui est, en fait, dissocié chez l'individu traumatisé ? »

Voici leur définition du Traumatisme :

Trauma signifie « blessure » ou « choc ».

« Pourtant, les événements ne sont pas traumatisants en eux-mêmes, ou plutôt ils le sont potentiellement par l'effet qu'ils ont sur une personne donnée : tout le monde ne sera pas traumatisé face à un même événement extrêmement stressant. Par conséquent, lorsque nous parlons de traumatisme dans ce livre, nous ne nous référons pas à un événement, mais seulement aux individus qui ont développé un trouble d'origine traumatique, un certain degré de dissociation structurelle » (p. 42).

« Le niveau de traumatisation d'un individu est déterminé par l'interaction de deux ensembles de facteurs : les caractéristiques objectives de l'événement, et les caractéristiques subjectives définissant l'énergie et l'efficacité mentales de la personne ».

Les auteurs caractérisent ensuite les événements potentiellement traumatisants : les violences interpersonnelles (blessures physiques, menaces de mort, etc.), les événements qui représentent une perte d'attachement, la trahison d'une personne objet d'attachement, les maltraitances à enfant qui comprennent souvent la totalité de ces facteurs.

Plus loin, les auteurs précisent que « c'est l'exposition récurrente, au fil du temps, à des *stresseurs* majeurs, comme les maltraitances à enfant, qui paraît avoir les effets les plus perniciose sur les survivants de traumatismes ».

« La traumatisation chronique est un facteur majeur dans le développement de formes plus complexes de dissociation structurelle » (p. 43).

Les parties dissociatives sont donc des composantes d'une personnalité unique.

Dans la littérature clinique, on parle d'états du moi, d'états dissociatifs ou dissociés du soi, d'états ou d'identité dissociatifs, de self dissociés, etc.

Les observations cliniques suggèrent que la personnalité du survivant ne se divise pas au hasard au cours du traumatisme, mais qu'elle a une structure cohérente à partir de laquelle d'innombrables variations peuvent émerger. La division de la personnalité la plus simple est entre une partie adaptée du Moi et une partie du moi dissociée ou clivée.

Le Moi adapté assure toutes les tâches de la vie quotidienne et l'évitement des souvenirs traumatiques. Il se concentre sur la vie quotidienne.

L'autre partie dissociée, elle au contraire, a des réactions défensives et émotionnelles liées à la menace, à laquelle le survivant semble fixé.

Ici on retrouve ces notions où le Moi se clive en deux ou plusieurs parties, qui ne se reconnaissent pas forcément entre elles, qui même s'évitent.

Les souvenirs traumatiques sont très différents des souvenirs narratifs autobiographiques :

L'expérience traumatisante ne peut pas être intégrée complètement comme une partie du vécu propre de la personne.

Le moi se rappelle de l'événement traumatique, mais il manque les émotions, les sensations appartenant au souvenir et, souvent, le sentiment que cela lui est arrivé personnellement. Il est de la plus grande importance de comprendre la nature des souvenirs traumatiques, parce que les traitements efficaces, quelle que soit la technique qu'on utilise, mettent l'accent sur **la transformation du souvenir traumatique en un récit symbolique**. Cela requiert un degré substantiel d'intégration entre les différentes parties du moi.

Les souvenirs narratifs sont une fonction de la personnalité vivante.

Ils peuvent se déclencher sans référence particulière à des signaux situationnels.

La personne peut raconter d'horribles événements de façon adaptée, le récit peut être généralisé, en évitant certains détails personnels, ou trop intimes, ou trop dérangeants pour l'auditoire. Le souvenir narratif rempli des fonctions sociales et relationnelles. Il sert de lien entre les êtres humains.

Le souvenir traumatique est très différent : il est le propre de la partie dissociée. Ce sont des expériences hallucinatoires, solitaires, involontaires, qui se composent d'images visuelles, de sensations, d'actes physiques, qui peuvent occuper le champ perceptif entier et sont terrifiantes pour l'individu (p. 63).

Dans cette partie dissociée, les survivants n'ont pas pu créer une histoire personnelle complète, ils sont incapables de partager leur expérience. Ils sont piégés dans l'expérience traumatisante, où ils revivent leur terreur sans pouvoir la raconter.

Les souvenirs traumatiques sont plutôt des expériences sensori-motrices et affectives que des récits.

Les souvenirs traumatiques se caractérisent subjectivement par une impression d'intemporalité et d'immutabilité.

Ces souvenirs sont automatiquement réactivés par des **stimuli particuliers**. Par ailleurs, ces croyances sont enchâssées dans des expériences extrêmement menaçantes et bouleversantes. Elles sont donc hautement résistantes aux interventions thérapeutiques purement cognitives.

En raison des émotions violentes associées à ces noyaux pathogènes, voire en raison d'une amnésie, les survivants de traumatismes peuvent être très réticents à en faire le récit, voire incapables de le faire.

Le Moi peut cependant être envahi par l'intrusion de ces symptômes dissociatifs.

Ainsi ma patiente ...

[...]

Ferenczi (p. 73) expliquait déjà que le traumatisme entraîne une division durable de la personnalité dans laquelle une partie dissociative se manifeste comme « un gardien contre le danger » et l'attention de ce gardien est presque complètement dirigée vers l'extérieur.

Ainsi, cette partie dissociée présente une rétraction involontaire et rigide de son champ de conscience, centré pour l'essentiel sur le danger lié à son vécu traumatique. Le survivant, lorsqu'il vit dans cette partie dissociée, peut être envahi de peur, de colère, de honte, de désespoir ou de dégoût ; **il ne se rend pas compte que l'événement traumatisant est passé.**

La phobie centrale chez les individus traumatisés, c'est la phobie des souvenirs traumatiques. Plus la phobie est grande, plus les intrusions sont fréquentes.

Le plus souvent, les intrusions sont partielles, de sorte que le survivant n'a pas d'amnésie, mais plutôt une certaine conscience de sensations, d'images visuelles, une impression d'être obligé de se comporter ou de ressentir les choses d'une certaine façon.

Parfois la personne ressent une irritabilité, une hyper ou hypo-activation physiologique, une dépression, de l'anxiété, de la rage, des insomnies, des pulsions autodestructives, etc.

Le travail du psychanalyste va être de permettre que le moi et les parties dissociées s'intègrent dans une personnalité unique. Pour se faire il est nécessaire que le moi prenne conscience de ce qui est arrivé à la partie dissociée et que cette partie dissociée s'aperçoive que les événements traumatisants sont terminés.

Comment faire ce travail d'intégration ?

En ce qui concerne ma patiente...

[...]

Thomas H. Ogden dans « **Cet art qu'est la psychanalyse** » (chap. 4, « *De l'incapacité de rêver* »), explique (p. 83) :

« Reprenant la pensée de Bion qui introduit le terme *fonction alpha* pour désigner l'ensemble encore inconnu d'opérations mentales qui de concert, transforment les impressions sensorielles brutes (*élément bêta*) en éléments d'expérience (les *éléments alpha*) pouvant être emmagasinés sous forme de mémoire inconsciente, de manière à les rendre disponibles pour la création des liens nécessaires au travail inconscient, préconscient et conscient accompli par le psychisme dans le rêve, la pensée, le refoulement, le souvenir, l'oubli, le deuil, la rêverie, l'apprentissage par l'expérience ».

« Si le patient (p. 84) ne peut pas transformer son expérience émotionnelle (sensorielle brute) en *élément alpha*, il ne peut pas rêver ». Plus loin il précise : « Si le patient ne peut pas transformer son expérience émotionnelle en *élément alpha*, il ne peut pas rêver. [...] Le patient ne peut pas rêver, ni dormir, ni s'éveiller. »

« Si une personne (p. 85) est incapable de transformer des données sensorielles brutes en éléments d'expérience inconscients susceptibles d'être emmagasinés et rendus disponibles pour la liaison, elle est incapable d'activité onirique, car rêver revient à faire des liaisons émotionnelles dans la création des pensées du rêve ».

[...]

Pour ces patients, les impressions vécues dans le sommeil sont indiscernables de celles éprouvées dans la vie éveillée ».

Le vécu est proche de l'hallucination : « l'hallucination est à l'opposé du rêve et de la pensée inconsciente de l'état de veille ».

La sensation, le vécu de terreur, sont les mêmes pour ma patiente...

[...]

La sensation est brute, le réveil brutal, l'élaboration difficile malgré les liens évidents qu'elle fera rapidement entre l'événement traumatique et sa phobie.

Nous ne sommes pas ici dans un travail de lever du refoulement. La levée du refoulement est un processus du côté du souvenir qui se met en récit et ainsi va pouvoir prendre sens dans une histoire. Ici, il n'y a pas d'histoire, il y a un état figé à un moment donné. La personne peut avoir conscience de ce qu'elle a vécu, elle peut le comprendre, c'est même trop éblouissant pour elle, mais **il n'y a pas de TRAVAIL de figurabilité**, le souvenir est figé sans que ni la prise de conscience ni le temps écoulé ne puisse le transformer en histoire, en récit.

Le travail thérapeutique va être alors de nature différente : Il s'agit de permettre aux différentes parties du moi de dépasser la phobie qu'elles ont les unes des autres. La phobie est entretenue par l'horreur du vécu et son caractère d'irréalité. L'objectif est de faire dialoguer ces différentes parties entre elles

afin de développer une sorte de « co-conscience » et d'empathie entre ces différentes parties de ce moi dissocié.

Il y a maintenant quelques semaines, ma patiente à pu ...

[...]

Les différences parties d'elle-même sont maintenant intégrées, ma patiente ne se sent enfin plus double, elle est réunifiée. Tout son univers psychique est transformé par sa capacité nouvelle à prendre en compte les différents aspects de sa vie et surtout d'elle-même.

L'histoire de Mr X est différente.

Nous sommes en début de travail et Mr X a une histoire très traumatique...

[...]

Dans son texte « **La crainte de l'effondrement** » Winnicott écrit (p. 207) :

« Ce qui est signalé par le phénomène plus psychotique examiné ici, c'est un effondrement de l'institution du Self unitaire. Le moi organise des défenses contre l'effondrement de l'organisation du moi, et c'est l'organisation du moi qui est menacée ».

Winnicott expose le thème principal (p. 209) : « Je soutiens que la crainte clinique de l'effondrement est la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé ».

Il explique que c'est la crainte de « l'angoisse disséquante qui fut, à l'origine, responsable de l'organisation défensive que le patient affiche comme un syndrome pathologique ».

« Dans son avancée vers l'indépendance, l'individu passe d'une dépendance absolue à une dépendance relative. Chez l'individu en bonne santé, le développement s'installe à un rythme qui ne déborde pas celui du développement de la complexité des mécanismes mentaux en liaison avec le développement neurophysiologique.

On peut décrire l'environnement facilitateur comme une *holding* qui évolue en *handling* auquel s'ajoute la présentation d'objet » (p. 207).

Comme vous l'imaginez, pour mon patient, rien ne s'est passé comme cela aurait dû et on peut raisonnablement se dire que oui, la crainte de dépersonnaliser dont il parle correspond à cette crainte de l'effondrement dont parle **Winnicott**.

L'effondrement a déjà eu lieu, et mon patient a colmaté les brèches avec un certain succès et beaucoup de souffrances.

Winnicott évoque ensuite « l'analyse pour rien » et plaide pour que le patient fasse « pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée. Cette chose passée et à venir devient alors une question d'ici et de maintenant, éprouvée pour la première fois. C'est l'équivalent de la remémoration, et ce dénouement est l'équivalent de la levée de refoulement qui survient dans l'analyse des patients névrosés » (p. 212).

Dans son RE le patient va pouvoir éprouver ce qu'il a à éprouvé dans un *ici et maintenant* qui, grâce à l'imaginaire, est un ailleurs, et peut-être faire pour la première fois une expérience où il se dit et où, non seulement il est entendu (peut-être), **mais où il s'écoute**.

Une partie de son moi adulte écoute l'autre partie de son moi qu'il voudrait tenir à distance, nier, ne pas voir.

Voici son RE...

[...]

Ce patient a conscience que ce sont bien là ses images, ses expressions, elles lui sont très familières et pourtant pas encore complètement identifiées comme personnelles.

C'est un début. Une chose pourtant est sûre...

[...]

Le souvenir dans cette cure est reconnu, il existe, mais sans être habité pleinement. Cet homme fait comme dit **Cyrułnik**, dans son livre (p. 51) : « J'ai rapidement compris qu'il suffisait de me taire pour parler aisément ».

C'est exactement ce que fait Mr X...

[...]

La théorie de l'attachement développée par **Bowlby** permet de comprendre pourquoi certains sont résilients et d'autres pas. Je crois que je vais garder ces développements pour d'autres échanges et peut-être terminer mon propos en citant **Barbara**.

Dans sa chanson « L'aigle noir », **Barbara** évoque « cet aigle noir qui crève le ciel et venant de nulle part... »

Je voudrais vous lire le 8^{ème} couplet inédit :

« Quatre plumes couleur de la nuit

Une larme ou peut être un rubis

J'avais froid, il ne me restait rien

L'oiseau m'avait laissée seule avec mon chagrin ».

Et puis, dans « Il pleut sur Nantes », où peut-être peut-on dire que le travail de figurabilité a fait son œuvre :

« Au chemin qui longe la mer

Couché dans le jardin de pierres

Je veux que, tranquille, il repose,

Je l'ai couché dessous les roses,

Mon père, mon père.

Il pleut sur Nantes

Et je me souviens

Le ciel de Nantes

Rend mon cœur chagrin ».

Je terminerai avec les mots de **Cyrułnik** (p. 141) :

« La mémoire traumatique est composée d'un assemblage d'images précises, entourées d'un halo de mots et de sentiments incertains que nous devons remanier pour ne pas déprimer. C'est dans cette zone en reconstruction que la créativité nous donne un outil de résilience. Quand tout est trop clair, nous sommes soumis à la répétition, nous ne pouvons que réciter. C'est dans l'étonnement que nous éprouvons le plaisir d'élucider. La partie lumineuse nous apporte des archives vérifiables, tandis que la zone d'ombre nous invite à la créativité ».

Bibliographie :

- D. W. WINNICOTT, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Connaissance de l'inconscient, Ed. GALLIMARD, nov. 2011.
- B. CYRULNIK, *Sauve-toi, la vie t'appelle*, Odile JACOB, sept. 2012.
- THOMAS H. OGDEN, *Cet art qu'est la psychanalyse*, Psychanalyse, ITHAQUE, mars 2012.
- ONNO VAN DER HART, ELLERT R. S. NIJENHUIS, KATHY STEELE, *Le soi hanté, dissociation structurelle et traitement de la traumatisation clinique*, DE BOECH, Juin 2012.
- . Et bien sûr, Barbara !