



Extrait du Espace d'échanges du site IDRES sur la systémique

[http://www.systemique.be/spip/article.php3?id\\_article=310](http://www.systemique.be/spip/article.php3?id_article=310)

# Choc traumatique et mémorisation :une approche clinique et théorique de l'ESA et l'ESPT et ses conséquences pratiques au niveau du doigt.

Date de mise en ligne : dimanche 11 novembre 2007



## Description :

- SAVOIR THÉORIQUE - Échanges à partir d'articles , bibliothèque, dictionnaire et concepts de la systémique - Article donné par son auteur pour stimuler des échanges -

Résumé : Choc traumatique et mémorisation. L'auteur propose des éléments pour une théorie de la mémoire traumatique, qu'il tente de vérifier à travers la mise en oeuvre de protocoles psychothérapeutiques congruents avec ces éléments de théorie. Il resitue la question de la névrose actuelle dans son rapport avec l'orthodoxie psychanalytique et insiste sur la nécessité d'offrir aux patients atteints de névroses actuelles et post-traumatiques un soutien psychothérapeutique actif multimodal.

---

**Espace d'échanges du site IDRES sur la systémique**

---

Summary : Traumatic shock an memorizing. The author suggests few elements for a theory of the traumatic memory. Then he tries to verify through psychotherapeutic protocols. He wonders about the psychanalytic orthodoxy concerning actual neurosis. Endly, he underlines on the necessity of offering to patients suffering of actual neurosis and ESPT a multimodal therapy.

## Sommaire

- [Choc traumatique et mémorisation :une approche \(...\)](#)
- [Une vignette](#)
- [Caractéristiques générales des événements \(...\)](#)
- [Du point de vue de la victime](#)
- [Cognitionnel, motivationnel, émotionnel](#)
- [Choc traumatique, perception et mémoire](#)
- [syndrome de stress post-traumatique et \(...\)](#)
- [ESA : débriefing, un traitement spécifique pour \(...\)](#)
- [ESPT : débriefing différé au long cours](#)
- [Psychanalyse et névrose post-traumatique](#)
- [Une thérapie spécifique, pour un trouble \(...\)](#)
- [névrose post-traumatique et état de stress \(...\)](#)
- [Conclusion](#)

# **Choc traumatique et mémorisation :une approche clinique et théorique de l'ESA et l'ESPT et ses conséquences pratiques au niveau du débriefing.**

**Jean-paul GAILLARD**

Résumé : Choc traumatique et mémorisation. L'auteur propose des éléments pour une théorie de la mémoire traumatique, qu'il tente de vérifier à travers la mise en oeuvre de protocoles psychothérapeutiques congruents avec ces éléments de théorie. Il resitue la question de la névrose actuelle dans son rapport avec l'orthodoxie psychanalytique et insiste sur la nécessité d'offrir aux patients atteints de névroses actuelles et post-traumatiques un soutien psychothérapeutique actif multimodal.

Mots-clés : organisation cognitive, motivationnelle, émotionnelle - perception - mémoire - oubli - syndrome de stress post traumatique -névrose post-traumatique - névroses actuelles - psychanalyse - chronicisation - psychothérapie - CUMP - victimes.

Summary : Traumatic shock and memorizing. The author suggests few elements for a theory of the traumatic memory. Then he tries to verify through psychotherapeutic protocols. He wonders about the psychoanalytic orthodoxy concerning actual neurosis. Endly, he underlines on the necessity of offering to patients suffering of actual neurosis and ESPT a multimodal therapy.

Key words : cognitive, emotional motivational organisation - perception - memory - forgetting - actual neurosis - posttraumatic stress disorder - post-traumatic neurosis - psychoanalysis - chronicity - therapy - psychiatric teams - victims.

---

## **Une vignette.**

Robert P. M. P., 42 ans, est agent commercial. Il m'est adressé par son médecin généraliste qui le suit depuis un an, pour des difficultés croissantes dans son travail. Il me dit avoir des idées de suicide très fréquentes, et même des débuts de passage à l'acte : quand il est dans sa voiture, il se voit foncer sur les camions qui arrivent en face, ou plonger dans la rivière. Dernièrement, il s'est pris à rêver de pendaison, devant une corde pendant à une poutre dans son garage.

Il était dans un tel état, l'an dernier, que son médecin l'a arrêté de août à décembre. Cet arrêt lui a fait le plus grand bien, il a décompressé et a repris son travail en janvier, avec plaisir. Puis les choses se sont de nouveau dégradées, les tentations suicidaires sont revenues, aussi fortes et aussi incompréhensibles (la corde dans le garage). Dans son travail, il est de nouveau complètement bloqué ; il n'a aucune assurance en lui. Quand il arrive dans une ville où il a 40 clients qu'il connaît bien, il peut rester hébété sur un parking, dans sa voiture pendant une heure, avant de pouvoir bouger. Ou encore, il peut s'arrêter sur le bord de la route et hurler dans sa voiture qu'il en a marre, et pleurer tout seul pendant une heure. Son médecin l'a de nouveau arrêté depuis une semaine et lui a donné mon adresse.

Quand tout cela a-t-il commencé ?

La déprime a commencé au début de janvier 1995. Avant, il n'avait jamais connu rien de tel. Sa femme et ses enfants sont gentils, sans problème (sa femme l'attend dans la salle d'attente). Cinq minutes avant la fin de l'entretien, il m'apprend que le 26 juin 1994, il a eu un accident de la circulation. C'était la première fois en 17 ans de circulation intense. Il s'est assoupi et sa voiture est partie dans le fossé. Blessé à un oeil et cervicales lésées, mais pas gravement. Sa voiture était complètement détruite ; il a fallu la soulever pour dégager son bras pris dessous, puis la découper pour le sortir de l'épave. Après coup, il s'est vu mort, il a eu une peur énorme.

Six mois plus tard, les troubles s'installaient.

## **Caractéristiques générales des événements susceptibles de produire un choc traumatique et d'engendrer un ESA et un ESPT**

Le DSM IV propose, au sein du chapitre Troubles anxieux, une description de deux troubles distincts bien qu'apparentés : l'état de stress aigu (ESA) et l'état de stress post traumatique (ESPT).

Dans la mesure où ces descriptions sont rigoureuses et dépouillées, il est impossible d'en produire un résumé. Nous convions donc nos lecteurs à les consulter préalablement à la lecture du présent travail : elle en sera grandement facilitée.

Bien que nous pensons avoir quelques raisons théoriques et cliniques de nous défier de l'idéologie sous-jacente au contenu du DSM (Watzlawick et Nardone 2000 - Lebovici et coll. 1985), nous devons admettre que la description des deux troubles qui nous occupent ici nous semble efficace. Il est vrai que, s'agissant de troubles de type « actuel », la question d'une étiologie psychogénétique ne se pose pas, nous évitant d'entrer dans les conflits paradigmatiques existant entre tenants du tout neuro-cognitifs et tenants du tout psychogénétique. Nous ne nous situons dans aucun de ces bords.

Au-delà de la description produite par le DSM, qui ne serait qu'une suite anecdotique si elle n'était exhaustive, nous proposerons un meta-regard en quatre points, dont nous pensons qu'il ouvre à une approche psychologique et

contextuelle de ces troubles.

Il semble qu'une variété infinie d'événement puisse produire un choc traumatique susceptible de déclencher un ESA, puis d'entraîner le développement d'un ESPT. Si l'observateur peut se donner des limites a priori quant à leur définition, tous, cependant, revêtent les mêmes caractéristiques, du point de vue de la victime.

## Du point de vue de la victime.

La précision « du point de vue de la victime » nous semble fondamentale ; elle nous inscrit d'emblée en contradiction avec un certain nombre d'auteurs qui postulent qu'un ESA et un ESPT ne sont admissibles en tant que tels que s'ils ont été provoqués par un événement hors du commun, susceptible d'affecter tout humain.

Cette option nous semble insoutenable pour trois raisons au moins :

- il est impossible de produire une liste d'événements « hors du commun, susceptible d'affecter tout humain », sauf à reléguer ESA et ESPT dans les troubles les plus orphelins de la planète,
- la clinique montre quotidiennement que des événements parfaitement anodins du point de vue de l'observateur peuvent être fauteurs d'ESA et d'ESPT,
- le même événement, suffisamment grave du point de vue de l'observateur, affectera puissamment un sujet et pas un autre.

Les caractéristiques provoquant un choc traumatique sont les suivantes :

- il est inclassable au sens plein du terme : de fait, la victime n'est pas en mesure d'insérer l'événement dans une catégorie lui permettant d'identifier sa valeur (bon - mauvais : jugement de valeur), encore moins de l'identifier (jugement d'existence). L'organisation cognitive du sujet est ainsi mise en court-circuit ;
- ils sont subis : durant leur déroulement, la victime ne peut les vivre que passivement, impuissante à y reprendre l'initiative. Ce fait intéresse l'organisation motivationnelle, elle aussi mise en court-circuit ;
- ils sont vécus avec une intensité émotionnelle très élevée, probablement encore jamais éprouvée. Ce fait intéresse l'organisation émotionnelle, ici suscitée au delà des limites de ses auto-contrôles.
- ils sont reçus comme violents à l'extrême, marqueur d'une effraction des clôtures organisationnelles (Varela 1989).

## Cognitionnel, motivationnel, émotionnel

Si l'on y ajoute le métaregistre interactionnel qui les actionne, ces trois registres résument assez bien, pensons-nous, l'ensemble de l'activité humaine.

L'activité cognitive, motivationnelle et émotionnelle renvoie à l'organisation neurale qu'il semble cohérent de concevoir à partir de ces trois organisations ou systèmes (Ledoux 2002)..

Elle renvoie de façon tout aussi cohérente à l'organisation mentale, sachant que les organisations cognitive motivationnelle et émotionnelle neurales n'obéissent pas aux mêmes règles de fonctionnement que les organisations cognitive motivationnelle et émotionnelle mentales.

Le modèle autopoïétique (Varela, Maturana), ainsi que le modèle de l'organisation par le bruit (Atlan) nous proposent de considérer chacune de ces organisations comme opérationnellement close et générant ses propres univers de signification. Des régularités en termes de pensées, croyances et comportements émergent du jeu des perturbations qu'elles s'adressent mutuellement à partir des perturbations que le milieu leur fait subir. Nous développons l'hypothèse selon laquelle l'apparence d'un seul et même monde co-produit par ces six organisations, est fonction de conditions de vie et d'apprentissages suffisamment normaux dans un groupe humain (Gaillard 2002-B), mais que, en réalité, chacune d'elle génère son propre monde ; l'illusion d'unicité serait, selon nous, liée au caractère suffisamment normal des expériences vécues. Le « normal » est ici référé d'une part au non débordement des fourchettes physiologiques encadrant le fonctionnement « normal » du SNC, d'autre part au « suffisamment viable », tant du point de vue de ce dont une espèce animale peut s'accommoder ou qu'elle peut assimiler, que du point de vue de ce qu'une culture donnée définit comme fourchettes possibles en termes de cognition, d'émotion et de motivation, que du point de vue des capacités individuelles d'un sujet (couple vulnérabilité - résilience).

Notre hypothèse, concernant l'ESA et l'ESPT, implique que pour qu'un événement soit à valeur traumatique, il doit dépasser les valeurs « normales », tant du point de vue neural que du point de vue mental. Concernant le registre neural, les travaux de Yagi et ceux de Ledoux, par exemple, permettent de concevoir le forçage d'apprentissages neuraux par mutations somatiques (Yagi 1999), c'est-à-dire la génération quasi-instantanée (environ 24h selon nous) de nouveaux câblages neuraux stables déséquilibrant les jeux d'interactions habituels entre les trois organisations, en imposant un primat de l'organisation émotionnelle neurale sur ses deux sœurs neurale et sur ses trois cousines mentales.

Pour ce qui concerne le registre mental, reprenons les quatre conditions d'émergence d'un ESA et d'un ESPT, tel que nous les avons énoncé plus haut :

## **Ils sont inclassables au sens plein du terme**

Robert P., qui nous a fourni notre première vignette, ne s'est pas trouvé en mesure de classer ce qui lui arrivait, incarcéré sous le volant de sa voiture, tête en bas, sans visibilité, un bras coincé sous le toit et du sang lui coulant sur le visage. Il ne disposait d'aucune catégorie du type « moi-même ayant un accident de voiture dans ces conditions », ni même, pouvons-nous supposer, d'un schéma corporel susceptible d'absorber une telle position. Cette proposition implique qu'il existe des sujets pour lesquels eux-mêmes ayant un accident de voiture dans toutes sortes de conditions constitue une réalité bien que non vécue dans les faits. Lorsque ces sujets font l'expérience effective d'un accident de voiture, cet événement revêt donc une forme différente de celle éprouvée par Robert P. Un grand nombre de pilotes de rallye sont dans ce cas et peuvent connaître des accidents spectaculaires sans jamais développer un ESA ni un ESPT.

Ce que nous appelons catégorisation ou classement constitue le moteur logique de toute cognition en situation. Le modèle darwinien a rendu triviale la proposition selon laquelle un système vivant doit, du point de vue de sa survie, classer instantanément les événements dans lesquels il est inséré dans les catégories minimales « bon » ou « mauvais » (pas danger, danger), cela résumant les fonctionnalités de bases de l'organisation motivationnelle (couple approche-fuite). Cette entreprise permanente de catégorisation événementielle ne spécifie pas l'humain puisqu'elle est repérable sur la totalité de l'échelle du vivant ; elle définit élégamment le concept d'adaptation (Varela 1989).

L'organisation langagière qui, elle, spécifie l'humain, implique un développement considérable de cette caractéristique du vivant. De fait, l'humain produit son passé et son avenir dans le présent de la structure langagière (Gaillard 2002-C) ; ce qu'on appelle habitudes mentales, schémas mentaux ou réducteurs de complexité (Luhmann 1995, Gaillard 2002-A) lui permet de faire face à la plupart des situations. Les situations nouvelles « normales » trouvent le plus souvent une catégories dans laquelle les accueillir. Ce bricolage se montre incapable d'accueillir l'exceptionnel du point de vue du sujet concerné : c'est le cas des événements à valeur traumatique. Le sujet se trouve donc à cet instant devant un blanc cognitif.

## **Ils sont subis**

Parce que nous créons, entretenons et enrichissons nos mondes à travers nos expériences vécues, mais aussi à travers nos expériences anticipées (c'est à dire imaginées), parce que les valeurs du couple vulnérabilité-résilience se construisent de manière aléatoire, deux sujets différents peuvent, à partir de la même expérience vécue, construire : l'un, un insoutenable sentiment d'impuissance et de passivité contrainte, l'autre un sentiment d'accomplissement d'initiatives pertinentes et utiles. Il est d'observation triviale que, pris dans un même événement, les comportements et attitudes des sujets déterminent largement la survenue ou non d'un ESA puis d'un ESPT : la belle étude de Duchet et al (2000) à partir de deux victimes de l'attentat du RER en 1995 l'illustre parfaitement.

Du point de vue de l'organisation motivationnelle, l'un agit, l'autre reste sidéré. Il faut ici remarquer que nous avons ici affaire à des parties composantes d'un système (système neural et système mental) : le premier sujet ne montre aucun blanc cognitif et agit ; le second montre un blanc cognitif et reste sidéré. L'interaction circulaire entre les deux organisations est ici évidente (nous préférons l'appellation blanc cognitif à celle d'état dissociatif que son multi-usage en psycho et neuropathologie tend à rendre flou) (Grivois 2001).

## **Ils sont vécus avec une intensité émotionnelle très élevée**

Cette remarque est corollaire des précédentes : de quelque nature qu'il soit, un événement traumatique est, par définition, un événement vécu par le sujet concerné avec une très violente émotion. C'est ici que nous situons la linéarisation (Neuburger 1995) forcée de processus par définition circulaires et inter-régulants (homéostasie). Nous avons pu observer dans une recherche sur la maladie telle qu'elle se présente au cabinet du médecin généraliste que des processus de linéarisation (décircularisation) se trouvaient très souvent à l'origine de troubles dérivant du fonctionnel au somatique.

Nous le théorisons en termes de décomplexification d'un système, c'est-à-dire en termes d'accentuation de redondances qui rendent le système concerné incapable de se réguler face aux perturbations extérieures. Nous avons montré qu'il suffisait d'instiller de la diversité dans ces systèmes pour qu'ils se montrent très rapidement capables d'autorégulation et que disparaissent les symptômes (Gaillard 1995, 1998). Dans le cas d'un événement traumatique, il semble que le pic émotionnel jamais encore éprouvé génère un apprentissage neural (Yagi 1999) suffisamment dense et stable pour recalibrer l'ensemble du système neural sous le primat de l'organisation émotionnelle.

La production mentale miroir « normale » de l'émotionnel est l'affectif (pour peu que nous acceptions cette définition de l'affect selon laquelle il serait un processus émergent d'un couplage suffisamment stable entre un objet émotionnel et un objet cognitionnel). Dans le cas d'un événement à valeur traumatique, ce couplage est impossible et l'émotion reste de l'émotion, c'est-à-dire une production hormono-neurale. Par la suite, de chaque couplage fortuit avec un objet impliqué dans l'événement traumatique (nous sommes ici dans le registre du signal : ce peut être une odeur, un son, ou n'importe quelle chose présente ou ressemblant suffisamment à une chose présente lors de l'événement), émergera le même pic émotionnel, souvent associé à une image ou plus précisément une impression rétinienne, tirée de l'événement (les flashes).

Les éléments qui nous conduisent à poser l'hypothèse d'un primat de l'organisation émotionnelle sont les suivants : dans tous les cas d'ESPT que nous avons eu à observer, en tout point confirmés par les observations des confrères et par la liste DSM, nous voyons une décomplexification importante de l'organisation mentale cognitionnelle ; la pensée des sujets se réduit au fil du temps à quelques thèmes, tous issues de l'événement traumatique : obnubilations, ratiocinations, blocages, blancs, vont se succédant, les objets cognitionnels s'appauvrissant qualitativement et quantitativement. Nous observons de même un appauvrissement progressif de l'organisation motivationnelle : les comportements du sujets se focalisent autour de stratégies d'évitement, d'abord de lieux, objets et personnes susceptibles de déclencher un pic émotionnel, puis de tout lieu, objet et personnes, à l'exception du strict nécessaire.

Nous avons ainsi pu décrire ce que nous avons appelé le syndrome du mulot, chez plusieurs sujets atteints d'ESPT. Robert en était : il refusait de sortir de son pavillon et se montrait suffisamment désagréable avec ses enfants pour que ces derniers l'évitent au maximum ; il ne sortait que dans son jardin, derrière la maison et, dès qu'il entendait le moindre bruit en provenance des pavillons voisins il courait se réfugier dans son garage, jusqu'à ce qu'il soit certain que l'intrus était parti... comme l'aurait fait un mulot. Stratégies d'évitement, donc, souvent suivies ou associées à des temps de prostration de style catatonique. (Ce terme de syndrome du mulot, pour choquant qu'il puisse paraître, ou précisément parce qu'il l'est, est très utile dans notre action de débriefing différé : nous l'utilisons ainsi avec nos patients qui, loin de s'en offusquer, peuvent ainsi construire des représentations fortes sur des actes jusqu'alors dénués de signification pour eux).

Il semble donc bien que l'altération importante du fonctionnement des organisations cognitionnelles et motivationnelles soit déterminée par un câblage émotionnel dominant.

### **Ils sont reçus comme violents à l'extrême**

Là encore, il me semble important de privilégier le point de vue du sujet, face au point de vue de l'observateur et d'admettre que ce qui définit le mieux la réalité d'un choc traumatique est l'observation de son destin post-traumatique ; en d'autres termes, un choc qui ne produit sur un sujet aucun des symptômes actuellement bien répertoriés comme relevant d'un ESA et d'un ESPT (accident de train, avalanche, etc.), n'est pas pour lui un choc traumatique, même s'il en a toutes les apparences du point de vue de l'observateur.

Réciproquement, il est extrêmement important d'admettre qu'un événement qui déclencherait chez un sujet les symptômes actuellement bien répertoriés comme relevant d'un ESA ou d'un ESPT est un événement traumatique, même s'il n'en a pas les apparences du point de vue de l'observateur. Il est d'observation courante, pour un thérapeute, qu'un événement d'apparence anodine, comme une agression verbale, puisse produire chez un sujet une émotion extrêmement vive, voire un écroulement psychologique très durable.

La remarque qu'en fit Freud en 1920 garde toute sa fraîcheur : « Dans un grand nombre de traumatismes l'issue de la situation dépend, en dernière analyse, de la différence qui existe entre les systèmes non préparés et les systèmes préparés à parer au danger (...) » (S. Freud, 1920), Nous avons associé violence et effraction ; ce terme d'effraction est souvent employé par les thérapeutes qui ont à recevoir des sujets souffrant d'ESPT, après un accident, un viol, une agression. Loin d'une métaphore, ce terme d'effraction rend compte d'un événement systémique : si nous admettons que chaque organisation composante d'un système vivant produit sa clôture (condition de la production de son identité, de son unité et de son autonomie) (Varela 1989, Maturana 1991), ce qui la définit comme autoréférentielle et auto-informante, si nous admettons qu'une caractéristique essentielle du vivant est la caractéristique auto-organisationnelle, nous considérons que « Un processus d'auto-organisation peut être compris comme une augmentation de quantité d'information (qui implique une complexification) en l'absence d'action programmatrice de l'extérieur. » (Atlan 2000). Dans le cas qui nous occupe, nous tenterons de montrer qu'il y a action programmatrice de l'extérieur, impliquant les effets de décomplexification que nous avons décrit plus haut.

## Choc traumatique, perception et mémoire

Nous associons ces trois concepts, dans la mesure où nous considérons comme triviale l'hypothèse selon laquelle un choc traumatique, ainsi que le syndrome qui s'en suit, relève d'un destin de perception, suivi d'un destin de mémoire. C'est pourquoi nous estimons qu'il est nécessaire, au préalable, de définir aussi rigoureusement que possible les processus en jeu dans la perception (Gaillard 1994) et donc aussi dans la sensation.

## syndrome de stress post-traumatique et mémoire

Si les pathologies de stress aigu n'ont guère attiré l'attention des auteurs depuis un siècle, il n'en est pas de même pour les pathologies post-traumatiques qui sont répertoriées de longue date, en médecine et en psychologie clinique, sous des vocables différents : - névrose traumatique (Oppenheim. 1889) - névrose de guerre (S. Freud. K. Abraham. S. Ferenczi. E. Jones. 1918-20. S. Ferenczi 1932) - névrose de comportement ou à mentalisation incertaine, dépression essentielle (Marty, Kreisler, 1966) - état de stress post-traumatique (Crocq, A.L.F.E.S.T./ DSM 4) - Posttraumatic stress disorder (DSM III. 1980) - syndrome de stress post-traumatique (M. de Klercq) L'ensemble gagnerait, selon nous, en clarté, à ce qu'il soit incessamment recadré dans son contexte le plus évident : le phénomène de mémoire.

Nous entendons appuyer notre hypothèse sur trois niveaux de remarques :

1. La neurologie contemporaine a clairement mis en évidence que le système limbique (archécortex) est un régulateur neural principal dans la mémoire et dans l'émotion. Par ailleurs, l'observation psychopédagogique montre aisément que mémoire et émotion sont intimement liées : elles constituent même probablement un seul et même processus mental. Il existe en effet un seuil émotionnel, souvent nommé investissement, au dessous duquel la mémorisation ne s'opère pas.
2. Il existe un niveau de traitement neural des perceptions qui court sur environ 24 heures et qui semble intégrer le matériel ainsi mémorisé dans les processus les plus habituels de la mémoire, à savoir le couple oubli-remémoration. Ce niveau de traitement des perceptions, courant sur environ 24 heures, bien qu'il soit d'observation triviale (Porot 1965), régulièrement attesté par l'observation systématique d'amnésies lacunaires, partielles ou totales après électrochoc et après intervention chirurgicale sur l'encéphale, n'est curieusement pas étudié sous l'angle « traitement mémoriel » : nous le baptiserons traitement mémoriel 24h. car les troubles amnésiques ainsi observés portent régulièrement sur un laps de temps de 6 à 24 heures.
3. La mémorisation des perceptions traumatiques semble bien ne pas obéir au même protocole ; en effet, il est d'observation triviale que les perceptions traumatiques n'ont pas accès au phénomène d'oubli tel que défini plus haut et que, le plus souvent, elles ne cessent d'occuper une place envahissante dans le registre habituel de l'attention consciente. Quand elle semblent ne pas occuper une telle place dans le registre de l'attention consciente, elles produisent systématiquement des rejets sous la forme d'un changement considérable dans les modes de fonctionnement du système cognitivo-motivo-émotionnel du sujet traumatisé, c'est-à-dire dans la manière qu'il a de produire ses univers perceptifs, relationnels, émotionnels, sociaux, professionnels, familiaux, etc. De même, donc, qu'il existe un seuil émotionnel au dessous duquel la mémorisation ne s'opère « pas assez », il existe un seuil émotionnel au dessus duquel la mémorisation s'opère « trop ».

Notre hypothèse centrale est celle-ci :



- le traitement mémoriel 24h. des perceptions relève de la structure langagière, soit la combinaison circulaire des mémoires phonologique, sémantique, iconique et sensori-motrice (etc.), associée à un ordonnancement logique de catégorisation et de métacatégorisation (Bateson et al. 1956, Fisher 1980). Ces niveaux logiques sont combinées les uns aux autres par le biais du discours intérieur (symbolique) et du théâtre intime (imaginaire). La faculté oubli-remémoration-attention consciente serait fonction du succès de ce traitement mémoriel 24h.

- la perception traumatique n'est pas une perception à proprement parler. En effet, la perception est un processus actif, étroitement régulé par un puissant phénomène autoréférentiel : aucun objet sensitif (c'est-à-dire un jeu de stimuli physiologiquement possibles pour l'un ou l'autre de nos sens) ne pénètre durablement dans la structure 24 h. ou structure perceptive, s'il ne reçoit le label patte blanche (Gaillard 1994), c'est à dire s'il n'est pas activement sélectionné. Il est d'observation constante que l'humain, dans les actions de la vie courante, ne sélectionne qu'un nombre très restreint d'objets perceptifs, là où un grand nombre sont disponibles. Nous-mêmes avons pu calculer sur un échantillon d'un millier d'étudiants que la moyenne est de trois : entre zéro et six objets ! Zéro reflétant clairement le degré d'auto-computation (Morin 1996) auquel se livre l'humain dans une situation non conforme : le « qu'est-ce qu'il peut bien me vouloir ? » est associé à un blanc cognitif (le sujet n'a rien vu de ce qu'il avait devant les yeux).

Nous posons l'hypothèse selon laquelle l'objet d'une sensation traumatique, dont il faut souligner qu'il est systématiquement porté par une intensité émotionnelle très élevée, combinée à une absence de classement possible de cette situation pour soi et à une inhibition motivationnelle, traverse, shunte ou contourne la structure mémorielle 24h. et actionne, sans traitement préalable, la structure « mémoire long terme » (Baddeley 1995) où elle ne bénéficie alors pas de la fonction d'oubli. De ce fait, elle se comporte comme une perception perpétuellement activée ou excessivement activable. Il est probable que le traitement 24h. de mise en mémoire, c'est à dire essentiellement la fonction oubli-remémoration, soit largement fondé sur la régulation des structures sensori-motrices par la structure langagière et que, donc, notre mémoire d'usage viable soit une mémoire narrative, une mémoire dans laquelle les choses sont traitées à travers les mots. La mémoire traumatique serait, elle, constituée de choses muettes, c'est-à-dire de rien qui soit intégrable dans la structure narrative (das Ding de Freud, le Réel de Lacan, l'irreprésentable de Crocq, notre inclassable). Il est d'observation triviale qu'un animal choqué revit émotionnellement le choc à chaque fois qu'il se retrouve dans le lieu du choc ou à proximité directe des objets liés au choc : ce simple couplage suffit à lui faire vivre un état de panique. Ce modèle animal est fort proche de ce que nous observons dans les ESPT humaines.

## **ESA : débriefing, un traitement spécifique pour une prise en charge avant 24h.**

Les hypothèses qui précèdent se combinent aisément avec l'attitude pragmatique, aujourd'hui courantes en victimologie, qui préconise une prise en charge précoce des victimes de choc traumatique, ainsi que de leurs proches (débriefing préconisé dans les 24h., par la plupart des professionnels spécialisés).

Nous pensons contribuer ici à valider ce choix : pour être couronnée d'un succès thérapeutique immédiatement consistant, cette prise en charge devra nécessairement avoir lieu durant le traitement mémoriel 24 heures qui suit le choc et qu'elle devra consister en une cure de recalibrage émotionnel et de recadrage contextuel, de préférence collective (meilleure régulation de l'émotion et de la psycho-motricité qu'en individuel). Elle intégrera tous les niveaux logiques qui sont actuellement reconnus pour concourir à la construction normale des perceptions ou, plus précisément, de l'enaction (Varela 1989-1994, Gaillard 1998), de façon à mettre en jeu les six organisations (cognitionnelle, motivationnelle, émotionnelle neurale et mentale) que nous avons citées plus haut : - la parole combinée à l'acte - le sens (langage) confronté aux autres niveaux de signification (coordinations d'actions) (Maturana, Varela 1994) - l'image décrite verbalement et gestuellement, puis dessinée - l'activation sensori-motrice (les sens tels qu'ils ont été suscités et débordés dans une activité musculaire) - les émotions, telles qu'elles ont été

ressenties, c'est-à-dire avec les contextes spatio-temporels durant lesquels elles sont apparues et telles qu'on peut alors les recalibrer.

Ces niveaux logiques sont, en temps normal, étroitement combinés dans l'enaction (perception-action-contextes) : c'est de cette combinaison qu'émergent les perceptions-actions « narratables », susceptibles d'une intégration en mémoire 24 heures. Les thérapeutes respecteront donc, et encourageront autant qu'il est possible, le caractère spontanément chaotique de ce processus enactif : succession de récits rédigés, décrivant l'événement sous tous les angles possibles à l'aide de logiques verbales différentes (narration linéaire à l'endroit puis à l'envers, dérive associative verbales et gestuelles, jeux de résonances, jeux de mots, jeux de rôles réparateurs théâtralisés, rédaction de textes, réflexion éthique et logique, apprentissage par cœur des textes, dessins de grande dimension, recadrage et recalibrage à partir d'événements passés, etc.).

La procédure de recalibrage (Erickson 1990) consiste à combiner l'événement avec d'autres événements difficiles vécus par le sujet, mais dont il s'est bien sorti, de façon que l'événement traumatique prenne place dans une catégorie considérée comme régulable par le sujet.

La procédure de recadrage (Watzlawick 2000) consiste à imposer un changement de contexte à l'événement, ce qui le redéfinit en termes de significations et donc d'effets sur le sujet.

La relaxations et les massages mutuels (trapèzes, dorsaux, mains), ainsi que des exercices sensoriels y seront systématiquement associés. Ils sont, à notre sens, très importants en ce qu'ils relancent un puissant processus identitaire et inter-identitaire que le choc traumatique tend à dissoudre, et offrent la possibilité d'un recalibrage de l'intensité émotionnelle dans ses couplages sensori-moteurs : Nous n'oublions pas, en effet, que l'intensité émotionnelle est l'élément majeur dans la production traumatique et dans sa pérennisation : il est donc l'objet central de notre action. Les débriefeurs, psychiatres, psychologues, infirmiers, doivent être suffisamment formés à ce type de protocole pour diagnostiquer les différentes modalités de réaction au choc (stuporeux, agités, obsédés, mouches du coche, normaux, etc.), de façon à moduler le protocole au gré de leurs possibilités du moment.

Un sujet en ESA n'est jamais en mesure de demander de l'aide : cette cure est donc nécessairement très incitative.

Il existe un puissant frein idéologique à effet iatrogène, très dominant dans les milieux psychologiques et psychiatriques, qui conduit presque systématiquement les psys à se mettre dans une position de déni de soin et de refus d'assistance à personne en danger. Nous rappelons à ceux-là que l'obligation de moyens les concerne tout autant que les médecins somaticiens. Les victimes d'ESA ne sont, dans leur quasi-totalité, pas en mesure de demander l'aide de première nécessité qui leur éviterait un ESPT, pour la raison simple que l'ESA inhibe les capacités interactionnelles nécessaires à l'opération d'une demande (De Clercq 1995) : blanc cognitif, stase motivationnelle et dépassement émotionnel ne sont guère favorables au développement d'une demande.

Sous le prétexte d'une attitude respectueuse de la liberté du sujet, de nombreux psys opposent aux demandes de proches et d'autres professionnels une clause de non intrusivité et prétendent qu'il doivent attendre que le sujet concerné opère lui-même une demande d'aide. C'est ainsi que les enfants et adolescents violés et maltraités, les victimes d'accidents graves et les suicidants peuvent se voir très rapidement exclus des soins qui éviteraient que leur vie et celle de leurs proches soient détruites pour de longues années, voire définitivement (nous avons trop souvent entendu dans nos supervisions cette phrase assassine : « je dois attendre qu'une demande s'élabore ! »). Un sujet en ESA n'est jamais en mesure de demander de l'aide : dans un premier temps, il se montre même souvent hostile aux professionnels venus l'entourer. C'est pourquoi les entreprises de débriefing mises en oeuvre doivent être très incitatives ; elles doivent se montrer capables de passer le mur érigé par l'ESA entre les praticiens et les sujets victimes. Les professionnels concernés doivent donc construire des stratégies d'affiliation (Rougeul 1992) complexes (joining), permettant aux sujets traumatisés d'accéder et d'adhérer aux soins nécessaires.

## ESPT : débriefing différé au long cours.

Lorsque le débriefing 24h n'a pas enrayé la survenue, 6 mois à un an plus tard, d'un ESPT dont les professionnels savent combien il est profondément invalidant et destructeur de lien familial, une thérapie ou plutôt une remédiation cognitivo-motivo-émotionnelle au long cours nous semble offrir un certain degré d'efficacité. L'échantillon de patients ainsi traités est insuffisant pour que nous en tirions des conclusions, mais ces patients ont indubitablement bénéficié de ce mode d'intervention qui, dans le meilleur des cas, s'est déroulé sur deux années. Le protocole est sensiblement le même que celui que nous pratiquons en débriefing 24h., à ceci près qu'il s'étale sur plusieurs années et qu'il implique la famille qui, dans tous les cas, souffre autant que le sujet traumatisé (De Clercq 1995).

### Freud et les névroses actuelles

En 1893, S. Freud publie ses Etudes sur l'hystérie. Dans les deux années suivantes, il entreprend de produire un cadre conceptuel pour un univers clinique encore chaotique, celui de ce qu'il nommera « psychonévroses de défense ». Hystérie, obsession et phobie se laissent peu à peu ordonner autour d'un axe étiologique psychogénétique sur un mode structuraliste avant la lettre. En 1895, il publie « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminés, en tant que névrose d'angoisse » (Freud 1990). En effet, la névrose d'angoisse (Angstneurose) se refuse à entrer dans le cadre qu'il conçoit pour les psychonévroses de défense. Freud lui assigne donc une place particulière, plus proche de l'univers somatique : « Ce qui mène à la névrose d'angoisse, ce sont tous les facteurs qui empêchent l'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique »

Pour ces troubles dont l'étiologie n'entre pas dans le registre psychogénétique, Freud, en 1898, proposera le cadre des « névroses actuelles ». La névrose traumatique, que nous serions évidemment enclin à inclure dans cette rubrique, sera conçue par Freud et ses disciples, comme un problème perpétuellement épineux (Thomas Kuhn dirait : une anomalie). Après les tentatives infructueuses de Ferenczi et de Abraham, pour intégrer les névroses traumatiques (névroses de guerre) dans le cadre psychogénétique, Freud gardera une position réservée, quoique manifestement agacée.

Dans son Abrégé de psychanalyse (1938), il indique, entre parenthèses, ceci : « (il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques, déclenchées par une frayeur trop intense ou des chocs somatiques graves tels que collisions de trains, avalanches, etc., constituent une exception, de fait leurs relations avec le facteur infantile ont jusqu'ici échappé à nos investigations.) » Mais Freud, décidément honnête chercheur, offre, quelques lignes plus loin, à la sagacité de ses lecteurs, une piste concernant le caractère psychanalytiquement épineux de la névrose traumatique : « (dans les névroses) les exigences pulsionnelles du dedans comme les excitations du dehors agissent alors à la façon de traumatismes, (...) » (in Abrégé de psychanalyse. 1967. PUF. Paris, page 55. Souligné par nous).

En 1919, dans son « Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre », Freud énonçait ceci : « L'autre constituant des névroses de guerre est la névrose traumatique, qui, comme on sait, survient également en temps de paix après un effroi ou des accidents graves, sans le moindre rapport avec un conflit dans le moi. » (Freud 1984, p 246 souligné par nous).

## Psychanalyse et névrose post-traumatique

Précisément, la question se pose, du degré de pertinence de l'acte psychanalytique face à la névrose traumatique. Freud disait clairement des névroses actuelles qu'elles ne pouvaient pas se muer en névrose de transfert : ipso facto elles ne relèvent donc pas de la cure psychanalytique. Nous-mêmes, bien qu'exerçant la psychanalyse depuis trente années, avons dû constater que la mise en garde de Freud était fondée. Un problème grave est, nous semble-t-il,

qu'en imposant à nos patients ESPT le cadre logico-théorique et la règle de la cure psychanalytique, nous tendons à produire en force une mutation de la névrose post-traumatique en névrose de transfert. Nous avons cru parfois observer que, forçant ainsi le sens, nous produisons une intériorisation du traumatisme en renvoyant incessamment ses effets sur le sujet, à travers des « causes » intrapsychiques par définition anciennes. Cette intériorisation du traumatisme contribue à développer des sentiments de honte et de culpabilité et, ainsi, à renforcer la chronicisation de l'ESPT.

## **Une thérapie spécifique, pour un trouble spécifique**

Nous insisterons donc à affirmer qu'il semble prudent de traiter dans l'actuel, et seulement dans l'actuel, les ESA et les ESPT. Nous pensons même que le forçage qui consiste à produire à tout prix des liens entre les symptômes actuels et des situations anciennes est un acte techniquement non fondé : le psychanalyste devient alors iatrogène en construisant une chronicisation (Gaillard 1994) de troubles qui, par la vertu de sa conviction, du pouvoir que lui confère le rituel analytique et son autorité de thérapeute, auront, de faux souvenirs en fausses impressions construits dans la cure, toujours existé en germe. Quant au phénomène abréactif, fondé sur un couplage soudain réopéré entre un objet et une émotion (construction d'un affect), le statut toujours présent de la chose traumatique (qui n'a pas acquis le statut d'objet) et son lien jamais rompu avec un pic émotionnel jamais connu avant, l'excluent. Il faut ajouter à cela les premières statistiques concernant les effets bénéfiques de débriefings conçus sur le mode de l'encouragement à verbaliser et de l'association libre : bénéfiques voisins de zéros à moyen terme (Smaga 2001), elles se proposent donc comme une sévère mise en garde et une invitation à un retour aux limites posées par Freud. Avec l'ESA, l'ESPT et l'ESC, nous sommes, pensons-nous, à la limite extrême du registre mental : nous croyons même pouvoir situer ces troubles dans le registre du neuropsychologique, voire du neurologique fonctionnel.

## **névrose post-traumatique et état de stress post-traumatique**

Vouloir opérer une distinction entre ESPT et névrose traumatique nous semble procéder d'une épistémologie du « normal » en psychologie, qui implique qu'il existe des femmes et des hommes « normaux », que seul un événement classé « hors norme » du point de vue de l'expert puisse affecter durablement. De même, seule une épistémologie du « normal » peut définir, sans être atteinte par le doute, un « hors norme », qui impliquerait que seuls certains types d'événements bien particuliers puissent être retenus comme étant auteurs d'ESPT. Tous les autres relèveraient de la névrose traumatique et donc d'un état de faiblesse névrotique préalable.

Hans Selye avait, très tôt, attiré l'attention sur le fait qu'il n'y a pas de « en soi » de l'agent agresseur. Ce qui est pathogène, disait-il, c'est la réaction de l'organisme à l'agent agresseur. Les travaux de Maturana et Varela sur le principe d'autoréférence du vivant, ceux de Watzlawick, von Forster et von Glasersfeld confirment puissamment cette assertion : ce n'est jamais à l'agent perturbant lui-même que nous avons affaire, mais à ce que notre organisme en construit. L'agent choqueur perd donc de son intérêt et en produire une liste est un acte vain. Quant à établir les critères d'un seuil « normal » de résistance au choc et, donc, d'un seuil « pathologique » de non-résistance au choc, il semble que la tâche procède plus de l'intérêt financier des assureurs institutionnels ou privés que de la clinique médico-psychologique. En effet, il semble bien que le facteur résilience ne soit pas une qualité intrinsèque à un organisme, un facteur interne, mais plutôt un processus émergent dans une rencontre favorable (Cyrułnik 2001).

## **Conclusion.**

Nous avons tenté de montrer que les états de stress aigus et post traumatiques sont des processus dans lesquels une réaction proprement neurale prend le pas sur les processus mentaux par lesquels nous produisons habituellement nos univers de significations. L'acte de débriefing ne consiste donc pas en une régulation seulement mentale, mais à enrayer un apprentissage émotionnel neural en suscitant la sphère mentale à tous ses niveaux d'effectuation : cognitionnel, émotionnel et motivationnel. Nous avons de même attiré l'attention sur le problème des états de stress chronique, véritable maladie professionnelle des corps de gendarmerie, de pompiers et de soignants, pour lesquels il nous semblerait judicieux de mettre en place des structures de régulation fixes long terme..

•  
▶  
  
Post-scriptum :

Références bibliographiques :

Baddeley A. *La mémoire humaine*. Grenoble : PUG, 1995.

Bateson G. *Vers une théorie de la schizophrénie (1956)*, in : Bateson. *Vers une écologie de l'esprit*, Paris : Le Seuil, 1977.

Cyrułnik B. *Les vilains petits canards*. Paris. O. Jacob. 2001

DeClercq M. *Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles*. *Thérapie familiale* vol. 16 n° 2. 1995. pp. 185-193.

DSM 4 (mini). Paris : Masson, 1996. pp. 209-213.

Duchet C., Jehel L., Guelfi J-D. *A propos de deux victimes de l'attentat parisien du RER Port-Royal du 3 décembre 1996 : vulnérabilité psychotraumatique et résistance aux troubles*, *Annales médico-psychologiques* 158, n° 7. 2000.

Erickson M. *L'hypnose thérapeutique*. Paris : ESF, 1990.

Estryn-Behar M. *Stress souffrance des soignants*. Paris : Ed. Estem, 1997.

Freud S. *oeuvres complètes III*. Paris : Payot, 1990 p.31.

Gaillard JP. *La relation thérapeutique en médecine générale*. Thèse de doctorat en psychologie, université de Brest, 1995.

Gaillard JP. *L'apport de la thérapie familiale en médecine générale systémique : sur le phénomène de croyance comme organisateur des processus de chronicisation*. *Etat d'une recherche*. *Thérapie familiale*. Vol. XIX n° 2 Genève. Editions Médecine et Hygiène, 1998-b.

Gaillard JP. *L'éducateur spécialisé, l'enfant handicapé et sa famille*. Paris : ESF, 2000.

Gaillard JP *Apprentissage et désapprentissage de la schizophrénie*. 2002-b (soumis)

Gaillard J-P. *Techniques en thérapie systémique individuelle et modélisation des systèmes complexes*, Genève : *Thérapie Familiale*, à paraître 2002a.

Gaillard JP. *Temps mémoriel et histoire personnelle*. 2002-c. (Soumis).

Lebovici S. et all. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 1995. pp. 3047-3070.

LeDoux J. *Synaptic self*. New York, Wiking Penguin 2002.

*Von Foerster H. in Linn Segal. Le rêve de la réalité Paris : Le Seuil, 1995.*

*Von Glasersfeld E. La construction de la connaissance. In Watzlawick et Nardone Stratégie de la thérapie brève. Paris : Le Seuil, 2000 pp. 24-48.*

*Watzlawick et Nardone Stratégie de la thérapie brève. Paris : Seuil, 2000 P. 28.*