

Abord des traumatismes psychiques actuels

Agnès Hillion

Je suis intervenue dans le cadre de la “cellule d'accueil psychologique” de S.O.S. Attentats mise en place dans les jours qui ont suivi l'attentat de la station R.E.R. de Port Royal le 3 décembre 1996. En créant son propre lieu de soutien psychologique, S.O.S. Attentats a mis en place un relais, après l'intervention en urgence sur le terrain, pour les victimes et leurs familles. L'objectif de cette cellule est préventif. Il s'agit de limiter la constitution du syndrome post-traumatique. Elle a donc été mise en place pour une période limitée dans le temps à quatre mois (avec la possibilité d'être réactivée dès le lendemain d'un attentat ultérieur). Pour les personnes plus gravement perturbées, le rôle du psychologue était de les aider à effectuer une démarche psychothérapeutique auprès de structures de soins existantes. Les entretiens étaient gratuits et les prestations des psychologues bénévoles. Pour des raisons déontologiques, les psychologues ne pouvaient pas poursuivre les prises en charge dans un cadre libéral.

Par ailleurs, je reçois en clientèle libérale des personnes victimes de différents traumatismes psychiques actuels.

Notre propos est de décrire les principes de base de la victi-

Psychologue clinicienne, Gestalt-thérapeute, j'exerce la psychothérapie en libéral. Dans ce cadre, je fais également, en lien avec l'association Thélèmythe 2 000 de l'accompagnement psychothérapeutique et éducatif de jeunes majeurs (ou proche de leur majorité) ayant des difficultés psychosociales.

mologie clinique dans le traitement du traumatisme psychique actuel. Nous allons tenter d'explorer la spécificité de cette démarche et d'en dégager une articulation avec la psychothérapie gestaltiste.

Pour les victimes d'attentats, la demande d'aide est bien souvent initiée par un tiers. Il s'agit en général d'un travailleur social qui a aidé la victime à constituer son dossier dans le but d'obtenir une indemnisation auprès du Fonds de Garantie. Dans les autres cas (victimes d'attentats et autres traumatismes actuels), il s'agit d'un médecin, d'un parent, d'un ami, voire de l'employeur... Cette demande d'aide vient s'imposer par la force de l'événement traumatique subi. *"Je croyais pouvoir m'en sortir seul"* est fréquemment la phrase d'introduction prononcée par une personne épuisée par la mise en place de mécanismes de défense très rigides et des somatisations importantes. La très grande majorité de ces personnes n'aurait jamais consulté un psychologue si cet événement n'était pas venu ébranler le cours de leur vie. Bien souvent, la peur du "psy", synonyme de folie, émerge. Cet amalgame provient du fait que ces personnes ont des réactions inhabituelles, bizarres qui peuvent s'apparenter à la folie.

Que se passe-t-il au moment de l'impact d'un événement traumatique majeur et que se passe-t-il après ?

APPROCHE THÉORIQUE

Phase d'impact

L'événement traumatique majeur caractérisé par l'imprévisibilité et l'intensité a fait irruption dans la vie du sujet et l'a confronté sans préparation à la mort. Il y a eu une menace pour sa sécurité et son intégrité physique. Au moment de l'impact, le sujet est submergé par des sensations intenses qu'il ne peut pas réguler sur un laps de temps aussi court.

Phase post-impact ou de désorganisation

“La dissociation post-traumatique se manifeste cliniquement par l’inhibition anxieuse, l’amnésie des faits, le déni, mais aussi par des symptômes de dépersonnalisation (sentiment de dépossession de son intégrité physique) ou de déréalisation (sentiment d’étrangeté et d’irréalité du monde, sans altération de la perception). La dépersonnalisation donne une impression de détachement, laquelle transforme l’acteur des faits en une sorte d’automate”.⁽¹⁾

*1 - Gérard Lopez in
“Psychothérapie des
victimes”, p. 18.*

Phase d’assimilation et de réorganisation

L’identification au statut de victime est pour moi le passage obligé dans le processus d’intégration du traumatisme. Au niveau de la chronologie, il y a un point d’impact : l’événement traumatique qui intervient à un instant T. Immédiatement après, va s’installer un instant T + 1 qui correspond à une rupture d’awareness et qui empêche l’amorçage du cycle du contact. Le sujet va faire l’expérience subjective d’être en dehors du temps. Ce sont toutes les expériences regroupées sous le vocable : “symptômes dissociatifs” avec leur équivalent sur le plan du comportement allant de la prostration à la fuite. Au cours de cette phase, le sujet est particulièrement vulnérable, il peut mettre sa vie en danger. L’utilisation de la “marche automatique” est un mécanisme fréquemment utilisé et relaté par un grand nombre de victimes.

Une femme d’une quarantaine d’années est sortie de la rame, a fait quelques pas et est restée prostrée sur un siège jusqu’à ce qu’une personne vienne la chercher et la conduise au poste de secours de la cellule d’urgence médico-psychologique. Ce n’est que lorsqu’on lui présentera ses papiers et son portefeuille qu’elle réalisera qu’elle les avait perdus.

Une autre femme passera au travers du périmètre de sécurité et retournera à son poste de travail. Elle réalisera ce fait

lorsque ses collègues lui demanderont pourquoi elle est revenue travailler !

En fonction des sujets, cette étape est plus ou moins longue, elle peut s'étendre de quelques minutes à quelques mois. *Le sujet dépasse cette étape lorsqu'il peut réaliser qu'il est une victime et reconnaître le cas échéant qu'il a besoin d'aide (T+2).*

J'ai constaté que ces deux étapes étaient considérablement diminuées si le sujet avait une connaissance théorique et/ou pratique du syndrome post-traumatique.

La dernière et troisième étape (T+3) étant l'intégration de l'événement traumatisant dans la continuité de l'histoire du sujet avec des connotations désagréables, sans les troubles liés au traumatisme. Celle-ci est atteinte grâce à la remémoration de l'événement qui permettra au sujet de l'intégrer dans son histoire personnelle en réintroduisant la temporalité. Il y aura un "avant-l'événement", il y aura l'événement vécu et par conséquent il peut y avoir un "après-l'événement" modifié par celui-ci. L'idée étant que plutôt que de lutter contre le courant, qui engendre une dépense énergétique importante, aboutissant à un épuisement psychique et un rétrécissement des champs investis, il est plus économique de prendre en compte l'événement traumatique et de l'intégrer comme un nouveau paramètre. Je suis frappée de constater que lorsque la personne a réintroduit l'événement traumatique dans le champ de sa conscience, elle reprend des initiatives c'est-à-dire qu'elle passe d'un statut d'objet, élément de la situation à celui de sujet détaché de la situation. La personne peut à nouveau effectuer des choix.

Echec de la phase d'assimilation et d'intégration

Il y a deux cas de figure :

Le déni de la réalité

Lorsque le sujet refuse de s'identifier en tant que victime. Il ne peut pas faire appel à une tierce personne pour l'aider. Les personnes qui ne veulent pas se reconnaître victime parce qu'elles

ne sont pas blessées ou bien parce qu'elles veulent oublier entrent dans ce cas de figure. Demander de l'aide viendrait réactiver ce souvenir et aggraver leur souffrance..

En "oubliant " l'événement, le sujet souhaite qu'il y ait un avenir identique à celui qui avait été programmé initialement. Les manifestations pathologiques sont la preuve que cet effacement est impossible.

La fixation

A l'opposé, le sujet s'identifie en tant que victime mais reste fixé à cette phase. Il ne peut pas accéder à une demande d'aide véritable, il fait très souvent des pseudo-demandes. Le développement des bénéfiques secondaires est important. Souvent le sujet est vindicatif par rapport à une demande de réparation financière.

Dans les deux cas, il y a une impossibilité à assimiler le traumatisme et le syndrome post-traumatique se développe. Un minimum d'élaboration est donc nécessaire pour que la victime accepte d'être aidée.

Nous allons dans un premier temps faire une lecture gestaltiste de l'impact d'un événement traumatique majeur puis nous étudierons les différentes formes d'aides en fonction du temps qui sépare l'événement de l'intervention.

LECTURE GESTALTISTE DE L'IMPACT D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE MAJEUR (E.T.M.)

Ma formation m'induit à décoder ce phénomène en termes gestaltistes.

Au moment de l'impact, le cycle du contact ne peut pas s'amorcer. Les résistances habituellement utilisées deviennent inefficaces. Des mécanismes d'urgence (ou de survie) se mettent en place afin de court-circuiter l'afflux de sensations. Ils sont caractérisés par deux modes d'expression majeure : la sidération ou la fuite.⁽²⁾

*2 - Thème développé par
Chantal Masquelier- Savatier
dans la revue Gestalt N°11.*

- *La conséquence du traumatisme est l'éclatement de la frontière-contact.* L'organisme et l'environnement sont confondus.
- *Le mode Ça devient dominant au moment de l'impact.* L'afflux brutal de stimuli étant beaucoup trop intense pour être contenu, le sujet réagit de façon anarchique.
- *Le mode Moi est momentanément gelé,* le sujet n'a pas la possibilité d'exercer son libre arbitre. Un choix conscient est impossible car sa responsabilité est entravée.
- *La fonction Personnalité n'intègre pas cette expérience,* les repères habituels ont disparu, et le sujet va être irrémédiablement attiré par cette expérience traumatisante qui joue le rôle d'un aimant exerçant une force attractive incontrôlable, une sorte de fascination. Il fait corps avec la situation, le temps s'est arrêté et le futur n'est pas envisageable.

L'INTERVENTION EN VICTIMOLOGIE

En victimologie, l'accent est mis sur la pathologie de la situation et non sur les individus qui sont a priori considérés comme "normaux". En effet : "C'est la situation extrême qui est anormale et non les sujets qui, tout simplement, ne peuvent pas (ou plus) l'assumer". Leur "pathologie" se borne aux conséquences d'une explosion émotionnelle et/ou d'une réaction de stress [...] La personne n'a d'existence que par rapport à son environnement et ne peut-être appréhendée que d'une façon globale et dynamique".⁽³⁾

3 - "Facteurs humains et situations extrêmes."
J. Rivolier, p. 3.

La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative et/ou une altération du fonctionnement social, professionnel. Elle peut être de quelques heures avec une évolution très favorable, à plusieurs mois entraînant la constitution d'un " syndrome post-traumatique ". Pour les victimes d'attentats les plus perturbées, une hospitalisation en psychiatrie de plusieurs mois a été nécessaire.

L'intervention immédiate sur le terrain

C'est à partir des travaux scientifiques sur le sommeil et la mémoire que Serge Ginger a posé une hypothèse concernant le bien fondé du traitement immédiat d'un traumatisme.

"C'est pendant le rêve que se fixeraient nos souvenirs, notamment ceux chargés d'émotions, les expériences importantes positives ou négatives de notre vie. La mémorisation des apprentissages complexes de la journée se fait essentiellement pendant la première heure du sommeil".

"Si cette hypothèse s'avérait totalement confirmée par les recherches en cours, ce serait donc pendant le sommeil paradoxal que s'inscriraient dans les structures du cerveau, "s'engrammeraient" définitivement, les souvenirs de notre mémoire à long terme. Dans ce cas, si l'on voulait éviter d'être "marqué" par un traumatisme psychologique, il suffirait de "l'effacer" avant cet enregistrement, c'est-à-dire avant la prochaine période de rêve - tout comme on peut effacer instantanément un message en cours sur l'écran de l'ordinateur, avant de le sauvegarder durablement dans la mémoire centrale du disque dur (Ginger 1987). "Une intervention psychothérapeutique en "urgence" c'est-à-dire ici "avant la première nuit, contribue à dédramatiser un événement tel que viol, accident ou agression, attentat, incendie, suicide d'un proche, en permettant l'expression profonde de l'émotion dans le climat sécurisant d'une séance de thérapie".(4)

4 - Serge Ginger : La Gestalt :
L'art du contact.p. 124 et 125

Une cellule d'urgence médico-psychologique intégrée au SAMU a été créée à la suite de l'attentat de la station du RER de Saint -Michel le 25 juillet 1995. Elle a permis d'intervenir sur le terrain en urgence. Cette intervention consista à permettre à toute victime, submergée par des sensations, de mettre des mots sur ce qu'elle venait de vivre et de prendre de la distance par rapport à l'événement.

Je ne suis jamais intervenue en urgence sur le terrain lors des attentats. Par contre, j'ai l'expérience de la prise en charge d'une jeune majeure de l'Aide Sociale à l'Enfance. Le traumatisme

actuel avait ouvert une brèche et réactualisé de manière accélérée des traumatismes plus archaïques.

L'intervention post-immédiate

L'intervention post-immédiate qui se situe dans le mois suivant l'événement traumatique a pour objectif d'éviter la fixation des symptômes qui aboutirait à la constitution du syndrome post-traumatique. La technique utilisée est celle du "debriefing" qui a été conceptualisée par l'américain Jeffrey Mitchell. Ce protocole d'intervention extrêmement structuré a été utilisé à l'origine pour aider les militaires américains à se détacher des images d'horreur de la guerre du Viêt-nam. Une seule séance, en groupe, est pratiquée quelques heures après l'intervention militaire.

En victimologie, nous ne nous situons pas dans le cadre d'une psychothérapie classique mais dans celui d'une intervention thérapeutique centrée sur un seul objectif : le traumatisme actuel. La plupart des personnes souhaitent que la durée de l'intervention soit la plus courte possible. Il est impossible de déterminer le nombre des séances à l'avance car une multitude de facteurs entre en jeu et les individus ne sont pas égaux face à un traumatisme. En règle générale le nombre de séances varie de une à quatre ou cinq séances. La victime a besoin de se sentir libre de ne travailler que cet événement traumatique (le psychothérapeute est garant de ce cadre). Elle pourra par la suite, si elle le désire, entreprendre un travail psychothérapeutique plus approfondi. L'exemple suivant, issu de ma pratique privée illustre bien ce propos.

Colette était venue me consulter pour un traumatisme lié à la naissance de sa fille. Celle-ci était née dans un état qualifié de "mort apparente".

Au début de nos rencontres, sa fille était âgée de huit mois. La conclusion de son quatrième et dernier entretien est la suivante : "*C'est quelque chose que j'ai intégré et que je ne vais pas oublier. Je sais que j'ai d'autres difficultés mais je peux continuer avec.*"

Le premier entretien

Dans le cadre du premier entretien, le psychothérapeute propose un schéma d'intervention très structuré. C'est en général le même que celui du "debriefing de groupe". Il fait appel à une progression de l'intensité émotionnelle avec un maximum au niveau de la phase relatant le vécu émotionnel et une diminution de cette intensité en fin d'entretien.

Plusieurs niveaux sont repérables:

- *Premier niveau : les faits.*

Le psychothérapeute propose au sujet de s'immerger à nouveau dans la situation traumatisante. La victime est imprégnée d'images, de bruits, et d'odeurs mais n'a pas de mots pour les traduire. Le psychothérapeute va donc aider la victime à se distancier de la situation à l'aide des mots. Il va proposer à la victime de décrire précisément les faits, c'est-à-dire, mettre des mots sur ce qu'elle a vécu.

Voici quelques phrases témoignant de cette difficulté :

"Est-ce que je suis obligée de le faire (de décrire les faits) ?"

"Je savais que vous me demanderiez de raconter ce que j'avais vu, je ne voulais plus en parler".

Cette demande peut paraître paradoxale pour un sujet qui cherche à tout prix à oublier cet événement pour s'en sortir. Pour ce faire, il utilise des mécanismes d'évitement. Il s'agit d'un réflexe naturel qui aboutit au résultat inversement recherché : la fixation du choc traumatique et sa reviviscence à travers des manifestations répétitives (cauchemars, images récurrentes...). La spirale est une bonne métaphore de ce phénomène. Elle représente un mouvement continu, donc dynamique qui a manqué son objectif initial de fermeture, d'achèvement de la boucle. Il y a eu un dérapage et la boucle continue à tourner sur elle-même sans fin. L'avenir n'est plus envisageable. Rappelons ici que le cauchemar est une tentative avortée d'élaboration du traumatisme par le travail du rêve. La structure du scénario est identique à chaque fois. Ce processus est morbide.

Demander au sujet de décrire précisément les faits, empêche la propension à défléchir. Parfois une incursion dans l'histoire du sujet, ou un autre domaine, est nécessaire. Il faut être vigilant à ce que celle-ci n'intervienne pas comme une déflexion qui empêcherait le traitement du traumatisme. Il est également très fréquent de constater, par exemple, que certaines personnes viennent déposer leurs difficultés administratives et sociales dans le cadre d'un entretien psychologique et l'inverse lorsqu'elles rencontrent l'assistante sociale.

• *Deuxième niveau : Le vécu émotionnel*

Cette étape va permettre à la personne de se centrer sur son vécu émotionnel. Elle est plus impliquante et de ce fait plus éprouvante pour la victime. Elle peut susciter de nouvelles résistances.

Les victimes se sont coupées de leurs émotions, permettant ainsi d'atténuer la confrontation à la situation traumatisante. Pour certaines personnes, le temps s'est arrêté ou s'est morcelé.

"J'avais l'impression d'être morte à leur place "

"J'ai l'impression d'un puzzle dont j'essaye de rattacher les morceaux".

"Je me suis évanouie "

L'objectif de cette phase va être de réamorcer le cycle du contact en réintroduisant le ressenti émotionnel. Le travail va consister à élargir la palette des stimuli sensoriels. Dans la phase précédente, nous nous étions focalisés sur la vue, maintenant l'attention est portée sur l'odorat, l'ouïe, le toucher, les sensations kinesthésiques. Pour les personnes frappées d'amnésie, je peux leur demander d'imaginer ce qu'elles peuvent ressentir et très souvent un stimuli en réveille un autre. La remémoration de l'événement se fait par associations sensorielles.

A ce niveau, le travail est essentiellement gestaltiste. La personne va revivre la situation traumatisante dans le cadre sécurisant de la relation avec le psychothérapeute. Elle va pouvoir éla-

borer un ressenti émotionnel. C'est ainsi que le cycle du contact peut s'amorcer. Parfois il peut s'achever dans le cadre de cet entretien.

• *Troisième niveau : les symptômes de stress*

Ce niveau concerne le recensement de tous les malaises ou les réactions de stress inhabituelles. Beaucoup de signes cliniques seront repérés spontanément par la victime. Il faut aider au maximum la personne à les identifier. La victime peut s'inquiéter d'avoir des réactions bizarres. Elle peut être effrayée par des manifestations plus intenses tel un sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et avoir l'impression de sombrer dans la folie.

• *Quatrième niveau : l'information*

Il est extrêmement important d'informer rapidement la personne sur la normalité des réactions qui se mettent en place temporairement. Cela rassure notamment les sujets qui peuvent souffrir de symptômes dissociatifs. Cela évite à la personne de s'isoler dans la souffrance et de se marginaliser.

A titre préventif une information doit être donnée sur l'apparition de symptômes après un temps de latence plus ou moins long. Le rôle des structures d'accueil d'urgence est de repérer les personnes qui ne semblent pas être atteintes et dont le mode d'expression se fait sur un versant répressif. Une documentation écrite prévenant de ce risque est souvent distribuée aux victimes.

A la fin du premier entretien, un diagnostic différentiel est important, il va permettre d'évaluer si le traumatisme est un révélateur d'une structure névrotique ou psychotique ou bien s'il est simplement la conséquence du choc traumatique.

Lorsque la pathologie est liée à une structure de personnalité fragile, il est important d'orienter rapidement la personne vers des services spécialisés. Ce type d'intervention est, d'une part limité dans le temps, et d'autre part il ne sera pas suffisamment contenant pour la personne.

Les entretiens suivants

Lors des entretiens suivants, le psychothérapeute va moduler sa posture en fonction de l'évolution du sujet. Le cadre d'intervention va s'assouplir, il sera de moins en moins directif. La posture du psychothérapeute sera davantage gestaltiste. L'accent sera mis sur une difficulté rémanente que le sujet apporte. La victime va perdre progressivement ce statut pour devenir véritablement sujet de son histoire.

La dynamique des entretiens

Un entretien unique est parfois suffisant. En général, même si je ne repère pas de conduite pathologique entravant fondamentalement le fonctionnement psychique, je propose à la personne une deuxième rencontre. Le but étant de vérifier ensemble qu'il n'y a pas de difficulté majeure. Au niveau de cette première rencontre, je suis également attentive au système de soutien familial et/ou social de la personne. Lorsqu'il n'y en a pas, des relais peuvent être mis en place avec des structures extérieures.

Dans ce type d'intervention, une dynamique particulière s'instaure au niveau des entretiens. La relation de confiance s'instaure dès le premier entretien. Entre les différents entretiens, l'expérimentation tient une place importante. Elle représente la partie visible du passage du statut d'objet à celui de sujet. Autrement dit, la personne fait l'expérience de se détacher de la situation en retrouvant sa capacité à agir sur l'événement et non plus à subir l'événement. Ce passage délicat qui nécessite, je le rappelle, un déploiement d'énergie important de la part de la personne peut être freiné voir empêché par les **bénéfices secondaires**. En intervenant dans la phase aiguë, l'attention sera portée sur la prévention de ces manifestations.

L'intervention tardive

On la situe plus d'un mois après l'événement traumatique majeur, lorsque le syndrome post-traumatique est constitué.

Au niveau du processus de l'intervention, il n'y a pas de différence avec l'intervention post-immédiate.

La difficulté majeure se situe au niveau du sujet. Evoquer à nouveau le traumatisme va être vécu comme un nouveau traumatisme car le sujet a déjà mis en place des mécanismes de défense qui ont eu pour objectif d'évacuer ce vécu. Le lien de confiance doit s'établir avec beaucoup de force. Lorsque le psychothérapeute propose de travailler sur le ressenti émotionnel, il accompagne la personne avec douceur mais fermeté c'est-à-dire qu'il respecte les résistances et incite, encourage la personne à faire le pas de plus qui sera véritablement libérateur. Ce niveau d'intervention est délicat car la marge de manœuvre du psychothérapeute est très réduite, un mot à la place d'un autre peut annuler tout le travail et interrompre brutalement le processus thérapeutique. Par ailleurs, une victime, qui entreprend un travail thérapeutique, après de longues hésitations, a parfois tendance à exiger que toutes ses difficultés se résolvent immédiatement. L'espoir serait de l'ordre d'une résolution magique.

CAS CLINIQUES

Le premier exemple concerne ma pratique au sein de l'association "S.O.S. Attentats".

• *Jocelyne, est venue me consulter trois mois après l'attentat au moment de la reprise de son travail. Le syndrome post-traumatique est constitué, la liste des symptômes est impressionnante et couvre point par point tous les critères du DSM-IV :*

- *Images récurrentes - Réactivité psychique et physiologique importante lors de l'exposition à un stimulus externe évoquant un élément de l'attentat (sirène de pompier) -*

réaction de sursaut (lorsqu'elle m'a vu apparaître dans le couloir alors qu'elle était à un mètre de la porte) - effort pour éviter les conversations et les situations associées à l'attentat - incapacité à se souvenir des éléments importants du traumatisme (elle n'a que le souvenir de la porte de la rame car elle s'est évanouie) - réduction de ses activités (ne reçoit plus d'amis chez elle, n'a plus envie de regarder la télévision) - Difficulté d'endormissement (prend des somnifères) et hypersomnie (dix heures de sommeil) - Difficulté de concentration (ne se souvient plus des numéros de code de ses employeurs ni des numéros de téléphone qu'elle connaissait auparavant).

Elle avait différé de nombreuses fois la rencontre avec un psychologue parce qu'elle voulait s'en sortir seule. Derrière cette exigence, apparaissait la peur du psychologue.

Jocelyne est confrontée pour la première fois à une situation d'entretien. Elle savait que j'allais lui demander de parler du traumatisme alors qu'elle déploie une énergie importante pour ne plus l'évoquer.

Dès le début de l'entretien, elle s'est mise à transpirer et des traces de sueur se sont dessinées sur son corsage.

La confiance s'est instaurée lorsqu'elle a pu vérifier, que je pouvais l'aider bien que je l'entraînasse dans des zones sombres qu'elle ne voulait plus regarder. Son objectif était précis : reprendre le RER et dormir sans somnifère.

Le premier entretien :

Après de longues hésitations Jocelyne accepte de se "replonger" dans le passé traumatisant.

Elle a été accueillie au poste médico-psychologique installé sur les lieux de l'attentat pendant près de trois heures et son attention s'est focalisée sur une dame noire brûlée au bras et à la jambe. Elle a été traumatisée par le pompier "qui arrosait d'eau cette dame, avec son jet"; tels sont ses termes. L'image du visage de cette femme apparaît tout le temps et elle voudrait s'en débarrasser. Je l'ai donc fait travailler sur ce qu'elle ressen-

tait à propos de ces brûlures. Pendant toute cette période une femme l'a soutenue, celle-ci l'a appelée une semaine après pour avoir de ses nouvelles. Jocelyne, voudrait bien la rappeler mais elle a perdu son numéro de téléphone.

Jocelyne ne peut pas s'endormir sans prendre de somnifères, elle a diminué la dose (de deux cachets à un cachet). Elle voudrait arriver à ne plus en prendre. Elle souhaite que l'entretien puisse l'aider à ce niveau.

Depuis qu'elle a repris son travail, elle est très fatiguée. Jocelyne a huit employeurs différents. Pour se rendre sur ces différents lieux, elle prend le bus, ce qui rallonge considérablement son temps de transport. Elle mesure le terrible inconvénient de ne plus prendre le métro et le RER. Jocelyne a quelques amies autour d'elle.

Elle voulait que tous ses symptômes disparaissent comme par enchantement et qu'elle puisse reprendre le métro et le RER comme avant. Je lui ai donc annoncé que ses difficultés ne pourraient pas disparaître en un seul entretien et je lui ai également suggéré de respecter son rythme personnel en lui disant qu'elle sentirait elle-même le moment favorable à la reprise du métro. Elle pouvait également se faire accompagner par une amie dans le métro.

Chacun a un rythme personnel pour résoudre ses propres difficultés. Toutes les victimes appréhendent, plus ou moins, d'être à nouveau confronté à la situation traumatisante. Le psychologue peut confirmer la normalité de ces réactions. Il peut également donner des informations sur les conduites de réassurance, qui permettent au trop plein d'angoisse d'être évacué et qui peuvent représenter une étape nécessaire à l'intégration du traumatisme. A ce stade, l'angoisse est légitime. Permettre cette prise de conscience peut parfois " donner une autorisation " à la personne d'affronter à nouveau ce qu'elle croyait impossible.

Le deuxième entretien :

Jocelyne est plus détendue, elle me raconte que le soir de l'entretien, elle a pris deux cachets pour s'endormir. Puis il y a eu

une nette amélioration pendant la semaine. Elle a réussi à prendre le métro avec une amie pendant quatre stations. Cette amie semble bien comprendre le processus psychologique du traumatisme. Elle lui a proposé de reprendre le métro la semaine suivante, puis de se rendre sur le quai du RER et de regarder passer le RER sans le prendre dans un premier temps.

*Le système de défense est ébranlé et réactive une anxiété parfois beaucoup plus forte qu'auparavant. **Certaines victimes sont tentées d'interrompre le processus avant qu'un autre mode de fonctionnement plus sain ne vienne se mettre en place.** Les prévenir de ces effets permet une plus grande tolérance. La conséquence est parfois que le traitement médical est parfois provisoirement renforcé.*

Au cours de ce deuxième entretien, nous avons retravaillé l'image de cette dame noire qui est toujours présente. Des associations sont apparues. Selon ses propos, "le pompier portait un casque, son visage était masqué" il lui rappelait le visage des intervenants du GIGN de l'école de Neuilly (elle travaille dans ce quartier). En s'identifiant à cette personne noire, elle a pu exprimer son angoisse de mourir.

En fin d'entretien, elle exprime le désir de ne pas changer de psychologue parce qu'elle a déjà eu beaucoup de difficultés à venir. Puis elle a ajouté que je ressemble beaucoup à la personne qui l'a aidée avant son transfert à l'hôpital. Je lui ai rappelé les règles de fonctionnement de SOS Attentats.

Troisième entretien :

Jocelyne se présente très souriante. Cette semaine elle a été capable de traverser la capitale en métro, en présence de son amie. Elle a envie de s'occuper d'elle en allant chez le coiffeur. Elle exprime également le désir de s'acheter des vêtements.

Les activités de la cellule d'accueil psychologique se terminant à la fin du mois de mars 97, le médecin-psychanalyste responsable avait autorisé exceptionnellement la poursuite des entretiens dans le cadre de mon exercice libéral. Jocelyne n'a pas poursuivi les entretiens.

Le deuxième exemple clinique concerne ma pratique libérale.

• *Carole est venue me consulter près de deux ans après un traumatisme. Elle est sortie indemne d'une explosion survenue à la suite d'une erreur de manipulation d'un robinet de gaz dont elle est à l'origine. Ce robinet n'était pas muni d'un bouchon de sécurité. La déflagration a été extrêmement violente, occasionnant des dégâts importants. Elle a des troubles du sommeil qui se manifestent quotidiennement par des difficultés d'endormissement, des cauchemars, des difficultés de réveil. Elle souffre parfois d'hypersomnie (lorsqu'elle n'a pas d'obligation, elle peut dormir toute la journée). Elle a grossi de 30 kg. Depuis ce traumatisme, elle a un traitement associant un anxiolytique à un antidépresseur.*

Contexte de l'accident :

Elle habitait un tout petit appartement, très humide, situé entre deux cafés, il était très bruyant. Quelques jours avant l'accident, son ballon d'eau chaude s'était détaché de son support et l'eau s'était répandue dans tout l'appartement. Les experts des assurances sont arrivés 72 heures après l'incident. L'odeur d'humidité était devenue insupportable. On lui conseilla de quitter l'appartement parce que cette atmosphère était malsaine. Carole a donc demandé à sa sœur de lui prêter sa maison.

Connaître le contexte, permet d'évaluer les facteurs de stress additionnels qui fragilisent la personne et qui peuvent ainsi aggraver les réactions face au traumatisme

Les faits :

En arrivant chez sa sœur le soir, elle charge une machine à laver, ouvre un robinet, la met en marche, monte se coucher au deuxième étage de la maison. L'explosion aura lieu à deux heures du matin.

Une partie du toit est tombée sur le lit, le mur lui faisant face s'est effondré, elle aperçoit un voisin situé en contrebas qui ne

peut pas lui venir en aide. Carole se retrouve assise près du lit, elle ne peut pas bouger de cet espace car la pièce est encombrée de gravats. Les secours sont arrivés très rapidement. Un pompier l'a extraite de la maison avec son échelle par le trou béant.

Le vécu de l'explosion au moment du premier entretien:

Carole pense qu'elle n'a pas été traumatisée par l'explosion parce qu'elle ne se souvient de rien, elle n'a pas entendu l'explosion. Elle est plutôt traumatisée par la situation actuelle vis-à-vis de son assureur qui ne veut pas indemniser sa sœur. L'affaire est actuellement entre les mains de son avocat.

Nous voyons ici s'opérer **une déflexion du traumatisme initial sur une autre situation**. Carole fait une tentative d'éviter la situation traumatisante passée pour se centrer sur la situation présente qui la préoccupe (problème d'indemnisation). Il a été important de lui expliquer clairement qu'elle a été victime d'un traumatisme et que sa vie a été mise en danger. **L'absence de souvenir de l'événement ne peut pas invalider le traumatisme. Cette information a permis de réintroduire dans le champ "ici et maintenant" de la thérapie, l'événement traumatique majeur.**

A la fin du premier entretien, j'ai vérifié que le lien de confiance s'était établi, ce qu'elle m'a confirmé.

Deuxième entretien :

disparitions des symptômes - début de la visualisation

Elle m'annonce qu'elle ne fait plus de cauchemars depuis qu'elle a pris conscience qu'ils avaient débuté à la suite de l'explosion. Par contre, elle me signale qu'elle était plutôt moins bien dans le cadre de son travail.

Les événements peuvent paraître évidents mais pas forcément pour le client. Elle a pu repérer l'origine des cauchemars qui étaient contemporains de l'accident. **Elle a pris conscience émotionnellement de l'origine de ses cauchemars.** Il peut

arriver que la personne soit également momentanément moins bien. La remémoration de l'événement peut engendrer un déséquilibre temporaire. Il est important d'informer rapidement la personne sur ces conséquences possibles.

Au cours de cette séance, **nous avons procédé à une visualisation de la scène associée à des gestes**, depuis la cave où se situait la machine à laver jusqu'au deuxième étage. **Lorsqu'elle a atteint les zones d'amnésie, je lui ai demandé d'imaginer la scène.** Elle sait qu'il y a deux robinets, un pour l'eau, l'autre pour le gaz mais elle n'en voit qu'un seul : le robinet d'eau. Elle n'arrive pas à imaginer l'autre.

Beaucoup d'auteurs mettent en garde les psychothérapeutes contre le risque d'aider les victimes à recouvrer leurs souvenirs perdus, car un syndrome de faux souvenirs peut se constituer. Personnellement, je pense que nous devons être effectivement très vigilants lorsque l'on aborde les problématiques d'inceste, chez un adulte, lorsque les faits remontent à l'enfance. Dans le cas d'un traumatisme actuel, nous ne nous situons pas dans ce cadre-là.

A ce stade, Carole sait intellectuellement qu'il y a deux robinets et qu'elle a ouvert le robinet de gaz, elle n'en a pas encore pris conscience émotionnellement.

J'ai pu vérifier que le lien de confiance était consolidé parce qu'elle m'a confié un secret, jamais révélé auparavant et que je tiens à garder confidentiel.

Au cours de cette séance, elle a apporté les photos de son mariage qui a eu lieu quatre mois auparavant. Carole me montre la photo de sa sœur en disant : *"sur cette photo, je la trouve triste"* A partir de ce qu'elle est en train de ressentir au sujet de sa sœur, je propose de lui exprimer quelque chose. *"Je lui demande pardon"*, répondra Carole et elle se met à pleurer.

Durant la semaine qui a précédé ce deuxième entretien, elle a rencontré son médecin traitant et, sur mes conseils, lui a expliqué qu'elle était en train de faire un travail thérapeutique. Celui-ci en accord avec elle-même a diminué son traitement.

A ce stade, le cycle du contact n'est pas encore amorcé.

Troisième entretien : réactivation du système défensif

La veille du troisième entretien, Carole souhaite annuler le rendez-vous parce qu'elle devait aller chercher sa voiture chez le garagiste. Par chance, j'ai Carole au bout du fil. J'insiste pour qu'elle vienne, je tente de trouver un autre créneau horaire. Je lui explique l'importance de la rencontre hebdomadaire. Carole finit par accepter de modifier son programme et d'assurer son rendez-vous du lendemain.

Carole démarre l'entretien en disant : *"Je ne sais pas quoi dire, je voudrais arrêter car maintenant je dors bien."* puis elle ajoute : *"ça va s'arranger quand Yannick et Patricia vont réintégrer leur maison en juillet prochain."*

Je lui explique que le travail thérapeutique n'est pas terminé et qu'actuellement, elle est en train de mettre l'accent sur l'amélioration des circonstances extérieures pour se sentir mieux et qu'elle n'est pas centrée sur elle. Je lui propose un nouveau travail de visualisation en remontant le temps depuis le lit jusqu'à la cave trois étages plus bas. Au cours de ce travail elle bute à nouveau sur la même difficulté, elle ne voit qu'un seul robinet qui a une forme ronde. Je lui demande à nouveau d'imaginer la scène avec deux robinets, un robinet d'eau et un robinet de gaz. Je lui dis : ***"Imaginez que vous touchez le robinet de gaz."*** Après plusieurs hésitations, Carole esquisse un geste de la main puis la retire en disant : ***"Je ne suis pas responsable, parce que pour moi j'ai ouvert un robinet d'eau"*** l'image disparaît brutalement.

Carole enchaîne sur les retrouvailles avec sa sœur le lendemain de l'accident. Celle-ci a pleuré en la voyant car elle était persuadée que sa sœur avait été blessée. Carole lui a dit : ***"je crois que j'ai fait une bêtise."*** Elles sont allées sur les lieux, Carole lui a montré un robinet et elle a entendu la voix de sa sœur lui dire : *"oh, c'est pas vrai, tu n'as pas fait ça !"* Par contre, elle ne visualise toujours pas le robinet qu'elle lui a montré. Elle s'est sentie mal à l'aise au moment de cette scène. En

l'évoquant ici et maintenant elle est à nouveau mal à l'aise. J'amplifie la situation et je répète les mots suivants : **“Vous avez ouvert le robinet de gaz.” Elle s'échappe à nouveau et conclut en disant : “c'est extrêmement dangereux de laisser des robinets de gaz comme ça, Julien aurait pu l'ouvrir !”** (Julien est son petit neveu) Puis elle dit : “Je vais demander à Yannick de me dessiner le plan avec les deux robinets”. Yannick est son beau-frère.

Au niveau de cette séance, il y a eu une réactivation du système défensif pour lutter contre la remémoration du souvenir. Au niveau du traitement d'un traumatisme, les défenses peuvent être réactivées beaucoup plus rapidement que dans le cadre d'une thérapie classique. Le processus est à la fois amplifié et condensé. Le psychothérapeute a une marge de manœuvre plus restreinte. Il doit réagir vite. Le risque étant que le client qui a commencé à faire un travail de détachement, “se recolle à l'événement”.

Il y a une condensation des deux robinets en un seul. La remémoration est encore difficile, elle s'échappe mais prend des initiatives. L'étincelle de créativité est présente. Au cours de cette séance, elle a de sa propre initiative apporté les photos de la maison dévastée.

Nous voyons apparaître ici la culpabilité s'exprimant sous la forme d'une dénégation. *“Je ne suis pas coupable parce que pour moi, j'ai ouvert un robinet d'eau.”* Carole ne peut pas encore l'intégrer, elle coupe le contact, et change brusquement de sujet.

Carole n'arrive pas encore à amorcer le cycle du contact. A ce stade, le travail sur la **responsabilité** est prématuré.

Quatrième séance association de deux stimuli sensoriels

Je lui propose d'associer à la visualisation, l'odeur du gaz, elle arrive maintenant à faire tourner un robinet de gaz, à imaginer le flux du gaz s'échappant librement à travers la pièce. Mais un élément de la scène lui échappe encore, elle ne visualise pas ce qu'il y a en dessous des robinets.

Carole est au stade du pré-contact, elle accepte d'associer deux stimuli.

Cinquième séance : la remémoration complète de l'événement

Cette semaine, elle a reçu le fax de son beau-frère au bureau. Elle a eu un violent mal de tête et a failli se sentir mal, elle a recouvré la mémoire de toute la situation d'ensemble. Dans la soirée, elle a demandé à son mari de lui dessiner plusieurs robinets de gaz. Elle a eu une vision nette des deux robinets et a pu affirmer : "J'ai bien ouvert le robinet de gaz."

A ce stade du cycle du contact, Carole entre véritablement en contact avec l'événement traumatique majeur, elle prend en charge l'entière responsabilité de son geste. Désormais elle peut terminer cette Gestalt.

En travaillant sur son propre traumatisme, elle a permis à son entourage de fermer une Gestalt. Elle raconte une anecdote, "Patricia a acheté une aquarelle, pour la fête des pères, d'un peintre encore peu connu mais dont la cote est en train de monter. Elle représente une machine à laver ! Yannick l'a accroché dans son bureau !"

CONCLUSION

Il me paraît important de s'écarter d'une pratique gestaltiste dite "classique" et d'adopter un autre mode d'intervention pour le traitement d'un traumatisme actuel. Il s'agit d'une intervention spécifique qui a un effet thérapeutique. Nous ne nous situons pas dans le cadre d'une psychothérapie proprement dite qui s'inscrit dans une durée. Lorsque un événement traumatique majeur fait irruption au cours d'une psychothérapie, le psychothérapeute gestaltiste, peut ponctuellement adopter ce type d'intervention.

La demande d'une personne victime d'un traumatisme actuel est très ciblée et est uniquement mise en relation avec la situa-

tion anormale. Dans le cadre d'une psychothérapie, la nature de la demande est différente. Elle peut parfois être également très ciblée mais celle-ci sera la plupart du temps replacée dans le contexte de l'histoire du sujet.

Un événement traumatique majeur vient parfois profondément modifier les repères habituels et entraîner de nouveaux questionnements existentiels qui peuvent être à l'origine d'une demande de psychothérapie.

Résumé

Notre propos est de décrire les principes de base de la victimologie clinique et de tenter de dégager une articulation entre l'intervention en victimologie et la psychothérapie gestaltiste.

Après avoir décrit les différentes phases d'impact d'un événement traumatique majeur et d'en avoir fait une lecture gestaltiste, nous décrivons les différentes interventions en victimologie (immédiate, post-immédiate et tardive). Nous illustrerons ces propos par deux exemples cliniques.

BIBLIOGRAPHIE

DAMIANI Carole, *Les victimes - Violences publiques et crimes privés*. Bayard Editions, Paris 1997, 278 p..

LOPEZ Gérard, *Victimologie*. Editions Dalloz, Paris 1997, 264 p.

LOPEZ G., SABOURAUD-SEGUIN A. (Sous la direction de)
"Psychothérapie des victimes" Dunod, Paris 1998, 325 p..

RIVOLIER Jean, *Facteurs humains et situations extrêmes*. Ed Masson, Coll Médecine et psychothérapie, Paris 1992, 252 p.

Revue :

Le journal des psychologues, N°144 - Février 1997

S.O.S. Attentats, Paroles de Victimes, N°3 Sep. - oct. 1997

*Rescapé pour dire
la vie et la mort
il va sa vie durant
accrocher les éclats
de son étoile intérieure
dans chacune de ses œuvres
avec ces mêmes mains
sauvées du massacre*

*" la vraie liberté
je l'ai rencontrée
dans les camps...
je suis éternel
tant que je suis vivant "*

" Les réfugiés "

