

## Debriefing à l'africaine, ou comment les thérapies traditionnelles pensent le traumatique.

### Introduction

Le « traumatisme » est une notion revenue au premier plan de la psychopathologie occidentale, après avoir subi une éclipse. Elle décrit les effets d'atteinte à l'intégrité physique et psychique subie par un individu soumis à une forme ou à une autre de violence. Cette notion est pourtant présente dès la fin du XIXe siècle dans les théories psychiatriques européennes. En 1887, Janet est le premier à faire l'hypothèse d'une relation entre les comportements hystériques et un traumatisme sexuel subi dans l'enfance ; idée qui sera reprise et développée par Freud dans sa première topique (1) et qui subira un remaniement fondamental quand Freud y renoncera en 1897 au profit de la théorie de la séduction fantasmatique et du refoulement (Perren-Klingler et al, 2002). Mais la notion de traumatisme ne quitte pas pour autant la scène, puisqu'elle ne cesse d'inspirer Ferenczi et de nourrir sa controverse avec Freud. A partir de ses observations cliniques sur les soldats victimes de la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale, Ferenczi propose le concept de névrose de guerre et en décrit les mécanismes (2). Jusqu'au milieu du XXème siècle, la psychiatrie militaire s'intéressera à cette pathologie (Lebigot...) qui sera reprise ultérieurement dans les théories systémiques, avant de faire enfin son apparition dans les dernières élaborations classificatoires de la psychiatrie américaine (DSM-IV, 1980 ; CIM-10, 1992) sous l'impulsion et la demande de reconnaissance sociale des vétérans du Vietnam.

La notion de violence ne cesse donc de parcourir le champ de la clinique, et contraint à des élaborations théoriques. Il est cependant récent que des approches thérapeutiques spécifiques aient vu le jour. Longtemps en effet, on a proposé aux victimes de violence l'approche psychothérapeutique classique, sans réaliser que les limites thérapeutiques de ces approches étaient liées au fait de réduire un trouble engendré par un événement réel, d'origine externe, donc dans le système social, à une souffrance individuelle, privée, donc intrapsychique. En soignant une telle souffrance dans le cadre d'une relation psychothérapeutique duelle, on occultait du même coup toute la question de l'autre en tant qu'acteur externe, réel, de la situation, la psychothérapie s'occupant par définition de l'intérieur du sujet (de son psychisme).

Les conséquences d'une violence qui dépasse les limites du tolérable (elles-mêmes variables en fonction des défenses psychiques dont dispose chaque individu) sont

---

<sup>1</sup> En particulier dans « Etudes sur l'hystérie », 1895, et « L'interprétation des rêves », 1900.

<sup>2</sup> Ferenczi S. 1916, « Deux types de névrose de guerre » in *Ceuvres complètes*, tome 2, Paris, Payot 1970, et Ferenczi S., 1919, « Psychanalyse des névroses de guerre » in *Ceuvres complètes*, tome 3, Paris, Payot 1974.

maintenant bien connues. Le sujet est atteint dans son intégrité à la fois physique et psychique. Aux prises avec un fonctionnement psychique devenu chaotique, le sujet ne peut plus discriminer le passé et le présent (retour du vécu traumatique en flash-backs), son sommeil n'a plus de capacités protectrices (envahissement par le vécu traumatique en cauchemars répétitifs). Le plus grave est que la totalité de ces mécanismes est totalement imprévisible, faisant de la vie du sujet un enfer permanent et sans issue.

Suite à des violences « impensables », les victimes ont toujours eu besoin de raconter ce qu'elles avaient subi, comme stratégie de survie (mais très souvent sans réussir à se faire entendre, voir par ex.<sup>1</sup>). Les approches thérapeutiques mises au point en Occident sont fondées sur l'idée de structurer l'histoire traumatique subie grâce au langage, dans un contexte approprié. C'est ainsi qu'est né le debriefing, approche préventive d'une chronicisation des troubles après un traumatisme (Mitchell 1993). Il s'agit d'une approche très structurée visant à relier les aspects cognitifs et émotionnels dissociés par l'effet du traumatisme, et à permettre ainsi la fin du clivage et la réintégration psychique, autorisant ainsi le sujet à recouvrer un psychisme fonctionnel.

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion parfois confuse qui agite le monde scientifique sur les limites ou les contre-indications du debriefing, ce débat étant traversé par des questions (souvent inavouées) d'intérêts économiques et de pouvoir dans un champ clinique en pleine expansion (voir Marchand, Iucci, Brillon et al. 2003). Ce qui nous intéresse ici, c'est de montrer comment le traumatisme, loin d'être une spécificité psychopathologique occidentale, semble avoir été de tout temps un mode de penser le mal, le malheur et la maladie dans les sociétés non occidentales.

En effet, les sociétés non occidentales pensent le monde comme peuplé à la fois d'humains et de non humains. Le mal, la maladie, le malheur sont ainsi pensés dans une logique de l'effraction, où un humain peut se trouver investi, effracté, habité par un « autre », qui a pu pénétrer en lui à la faveur de circonstances particulières. Les innombrables étiologies liées à la frayeur rendent compte de ce mécanisme. Il faut souligner la proximité de ces pensées avec celles évoquées plus haut : nous nous retrouvons là exactement dans le domaine du traumatique, qui prend en considération la réalité de l'événement externe dans le déclenchement de la pathologie du sujet. Celui-ci est dans l'impossibilité de psychiser ce qu'il vit dès lors comme une effraction, et se retrouve avec à l'intérieur de lui un « corps étranger » incorporé, mais non métabolisé psychiquement.

De plus, dans les sociétés traditionnelles, le traumatisme est souvent utilisé de manière délibérée comme technique de transformation des êtres et de transmission initiatique de

---

<sup>1</sup> Cf par ex. Robert Antelme, « L'espèce humaine », Gallimard 1957, rééd.

savoirs sacralisés, comme si elles connaissaient de tout temps et savaient utiliser les propriétés de l'effraction traumatique aux fins de transformation et d'affiliation des êtres.

On voit donc la différence radicale de ces deux visions du monde : la nôtre, où le traumatisme est vécu uniquement sur le mode négatif, déficitaire, pathologique. Et la vision non occidentale, où une certaine conception de l'homme et du monde permet de considérer les mécanismes traumatiques comme un instrument de métamorphose qui signe le passage d'une étape de vie à une autre <sup>1</sup>.

La prise en charge ethnopsychiatrique d'une patiente Guéré devrait permettre d'illustrer ces considérations. <sup>2</sup>

### Envahie par une histoire qui la persécute.

Melle B., jolie Guéré de Côte-d'Ivoire âgée de 23 ans, est amenée à la consultation d'ethnopsychiatrie <sup>3</sup> par l'infirmière du foyer de requérants d'asile où elle réside, car elle souffre de malaises et d'angoisses avec hallucinations. Hospitalisée en psychiatrie trois ans auparavant pour les mêmes troubles, elle avait reçu le diagnostic de troubles psychotiques délirants. L'infirmière nous l'amène car elle pense qu'il s'agit plutôt d'une sorte d'envoûtement.

Melle B. décrit des moments effrayants où elle se sent attaquée et devient violente. Elle se plaint aussi d'insupportables démangeaisons sous le cuir chevelu. Elle a des troubles de mémoire, et fait sans cesse des cauchemars.

Suite à des troubles politiques, sa grand-mère et elle avaient dû s'enfuir de leur village. Elles avaient trouvé refuge chez un homme plus âgé, qu'elle avait dû épouser en échange de leur protection. Il l'avait maltraitée, humiliée. C'est lui qu'elle revoit dans ses cauchemars. Très agitée, elle nous dit ne plus se sentir comme une jeune fille et soulève son tee-shirt pour nous montrer sa poitrine nue (dévoilant des seins étrangement affaissés de vieille femme). Nous ne comprenons pas sur le moment ce qu'elle cherche à nous signifier par ce geste.

L'histoire de sa vie est particulière : elle n'avait pas connu ses parents, et avait été élevée par sa grand-mère (Guéré) et le mari de celle-ci (Bété), qui étaient cultivateurs, comme enfant unique. Ses parents n'étaient pas de la même ethnie non plus (mère Guéré et père

---

<sup>1</sup> Au sujet des analogies entre mécanismes traumatiques et rituels d'initiation, voir Nathalie ZAJDE, « Le traumatisme », in *Psychothérapies*, T. Nathan et coll. Paris, Odile Jacob, 1998.

<sup>2</sup> La consultation d'ethnopsychiatrie, destinée à des patients migrants, se déroule en groupe de co-thérapeutes selon la méthodologie complémentariste définie par G. Devereux, et d'après le modèle proposé par T. Nathan à Paris.

<sup>3</sup> Pour le déroulement de la consultation d'ethnopsychiatrie en groupe de co-thérapeutes, voir T. Nathan, 19..

Bété), ce qui, nous le savons, signe un problème d'appartenance puisqu'aucune alliance n'est possible entre ces deux ethnies.<sup>1</sup> Nous pensons que cette situation l'avait privée des protections traditionnelles.

Petite, elle avait été très malade. On lui avait prédit ensuite une longue vie.

A ce stade, le groupe fait une série d'hypothèses étiologiques présentées sous forme traditionnelle à partir de ces premiers éléments. L'idée qu'elle était considérée comme une enfant particulière s'impose. Mais sa grand-mère n'avait pas pu, semble-t-il, lui apprendre à se défendre. Quelque chose avait dû lui manquer à elle aussi pour qu'elle doive donner sa petite-fille afin d'être elle-même protégée. Il semble que la grand-mère ayant été élevée comme chrétienne, il y ait eu rupture dans la transmission des protections traditionnelles.

La patiente se rappelle en effet que la sorcellerie était présente au village, même si tout le monde allait à l'église.

Nous apprenons aussi qu'après sa 1<sup>ère</sup> arrivée en Suisse trois ans auparavant et l'hospitalisation en psychiatrie qui avait suivi, Melle B. s'était rendue au Bénin, dans l'espoir qu'on la guérisse. Elle y était restée deux ans, dans un couvent traditionnel, où un guérisseur l'avait soignée. Après deux ans, ses angoisses avaient complètement disparu. Elle avait plus tard entendu une femme en transe lui dire qu'elle était poursuivie par l'âme d'un homme, et qu'elle ne se remarierait jamais. Depuis, elle se sent à nouveau inquiète et menacée.

Le guérisseur béninois semble avoir fait tout un travail avec elle, mais sans l'achever. Au vu des aspects de manque de protection de son histoire, nous pensons que Melle B. ne peut rester seule avec toutes ces choses menaçantes et nous proposons de la revoir.

**Notre impression** est qu'elle est envahie par son histoire traumatique avec l'homme à qui elle avait été ainsi donnée, qui s'était montré violent et sadique avec elle, et qu'elle se trouve dans un temps totalement suspendu. Le guérisseur béninois avait repéré son manque de protection, mais il semble n'avoir pu aller jusqu'au bout du processus de guérison. La patiente nous a raconté son histoire de manière fragmentaire, remplie de zones d'ombre. Nous avons tenté de retisser une série de liens là où nous percevions ces zones d'ombre, liens tant avec sa culture qu'avec son passé. Mais nous sommes sensibles au fait que la zone traumatique elle-même nous est restée totalement inaccessible, et nous nous trouvons après la 1<sup>ère</sup> séance face au même dilemme sans doute que le guérisseur béninois : **respecter les défenses de la patiente et renforcer son enveloppe, mais au risque de laisser intouché le noyau de violence qui l'habite de manière persécutoire ? Ou tenter d'affronter plus directement le noyau traumatique, au risque d'être perçus à notre tour comme violents-voleurs ?**

---

<sup>1</sup> Dans les sociétés de l'Ouest africain, les alliances matrimoniales sont précisément réglementées, permettant à chaque individu de se situer dans ses appartenances, définissant ainsi les droits et les devoirs de chacun par rapport à la parenté.

### Tentative de contact avec le noyau traumatique.

Lors du **2<sup>e</sup> rendez-vous** 15 jours plus tard, notre dilemme se précise : Melle B. ne veut pas venir à la séance car elle a eu peur la dernière fois.

Nous nous sentons coincés : comment entrer en matière face au passé traumatique insupportable de notre patiente ? Sa réaction suite au premier entretien montre que nous ne pouvons rester neutres sans être vécus par elle comme menaçants, puisque ce serait la laisser sans solution face à ce qui l'habite de manière violente. Nous devons devenir plus actifs pour rechercher ce qui l'envahit ainsi, et l'aider à s'en délivrer.

Nous décidons d'utiliser la prochaine fois la procédure du debriefing pour accéder directement au noyau traumatique

A la séance suivante, la patiente dit avoir très mal dormi après notre première rencontre. Elle a toujours des maux de tête, elle est toujours effrayée. Les médicaments ne l'aident pas. Elle se sent toujours injustement traitée au foyer pour requérants d'asile où elle réside.

Que ce soit dedans ou dehors, et sans pouvoir discriminer si c'est dedans ou dehors, elle se retrouve sans cesse face au même schéma où elle est injustement spoliée, impuissante à le faire reconnaître, et dans l'impossibilité de gérer la colère folle ainsi induite.

Dans ses rêves, tout est confus et mélangé. Sa tête la démange affreusement, Il y a comme des « trucs qui marchent dedans », elle se gratte à s'arracher la peau. Nous sommes très impressionnés par le sentiment de folie qu'elle décrit ainsi.

Elle ajoute qu'elle ne se sent plus comme une jeune fille depuis que sa poitrine est devenue « comme ça », depuis ce mariage. Cet homme lui avait dérobé le fait d'être une jeune fille, lui disons-nous, il nous faut retrouver la petite fille d'avant tout ça.

Selon la procédure du debriefing, nous lui demandons de situer le dernier moment où les choses étaient encore en ordre, dans un monde normal. Le tournant, c'est quand la grand-mère avait dit qu'elle devait « épouser » cet homme. Quant au « 2<sup>e</sup> pilier », le moment où elle a pensé que tout ça était fini, elle le situe à son arrivée en Suisse. Entre les deux, trois ans se sont écoulés.

Face à un traumatisme répétitif de cette ampleur (et dont nous ne connaissons pas encore le contenu détaillé), nous lui demandons quelle scène résumerait tout ça.

Melle B. évoque alors une dispute avec son « mari » (un « mari » face auquel elle se trouvait sans aucune protection du fait de l'irrégularité de leur union, les circonstances ayant empêché un véritable mariage qui aurait impliqué deux lignages, et non seulement deux individus), qui lui reprochait de lui parler sans le respect dû à un homme plus âgé (leurs échanges se déroulaient en dioula, la langue vernaculaire, ou en français et non en guéré,

puisque lui-même était d'une ethnie du Nord (et musulman de surcroît). C'est une erreur, lui dit-elle, d'être avec un vieux, elle aurait dû épouser un garçon de son âge. C'est la nuit tombante, il la fait sortir, lui attache les mains dans le dos, et la laisse ainsi couchée dans la brousse et dans l'obscurité. Elle sait qu'il ne reviendra pas avant le lendemain matin. Toute la nuit, elle entend les bruits des bêtes, son corps la démange. Le vieux vient la rechercher à l'aube, avant que les gens puissent la voir. C'est seulement à ce moment qu'elle repense à ce qu'on lui avait dit des pratiques sorcières au village : pour rendre les gens fous, on prend des fourmis rouges et des plantes, et avec ça on leur frotte la tête.. Elle pense alors qu'il a voulu la rendre folle. Mais elle ne ressent rien. Plus tard, sa grand-mère l'accuse : « C'est toi qui l'a cherché ! ».

Nous sommes profondément bouleversés par récit de Melle. B.. Mais alors que notre émotion est palpable, elle-même est de plus en plus froide, coupée, bien que son débit verbal reste rapide et saccadé. Nous la sentons complètement dissociée. Nous essayons de lui faire préciser son vécu corporel actuel : « quelque chose proche du cœur, de la tristesse » dit-elle, mais elle ne ressent rien. J'essaie de la rendre attentive à sa respiration, elle peut dire que « cette chose » est au milieu, que « ça » entre et sort avec la respiration. Mais elle reste dissociée, et ne ressent rien. J'insiste pour que nous retrouvions tout cela, ces heures où elle a pensé qu'il voulait la rendre folle, et qu'elle ne serait plus jamais une jeune fille fière de son corps.

Elle évoque alors d'autres moments, où elle avait dû avorter. Elle s'était retrouvée plusieurs fois enceinte mais le vieux ne voulait pas d'enfant, il lui faisait alors boire des décoctions de plantes. C'est ainsi que sa poitrine s'est affaissée comme si elle avait allaité (et c'est maintenant que nous comprenons ce qu'elle voulait dire quand elle s'était dénudée). Elle a le cœur plein de honte (elle y pose sa main), c'est chaud et glacé en même temps. Elle a peur que « ça » l'étouffe...

Posant ma main sur la sienne, qu'elle a sur la poitrine, je lui propose de respirer avec moi. Immédiatement, Melle B. devient hostile, dit qu'elle se sent étouffer.

### La transe : c'est lui, il est là !

Très vite, et sans que nous comprenions à ce moment ce qui se passe, la situation vire. La patiente devient hostile, s'agite, crie « non, non ! », puis « tais-toi, ils sont là ! ».

Me situant encore dans un cadre de debriefing (tout va très vite à cet instant), j'essaie de la faire revenir et lui demande de me regarder. Mais elle est totalement ailleurs. En suivant les indications corporelles qu'elle me donne, je change sans m'en apercevoir de cadre de référence, et lui demande : « Qu'est-ce qu'ils veulent ? ». Puis je précise : « Il dit qu'il veut rester, qu'il ne vous laissera plus jamais, et vous empêchera d'être libre ? »

Melle B. a alors les yeux fermés,. Elle se débat contre une personne invisible, crie « non ! », se crispe, et entre entièrement en transe. Elle se lève, et se débat avec une force incroyable. Elle a toujours les yeux fermés, et c'est un homme violent que nous voyons devant nous envoyer des coups et pousser des cris inarticulés. Debout nous aussi, nous faisons cercle autour d'elle, essayant seulement d'éviter qu'elle ne se blesse. Après quelques instants intenses d'un combat qui a quelque chose d'effrayant, Melle B. s'effondre sur sa chaise en disant d'une toute petite voix : « J'ai froid ».

Une co-thérapeute l'enveloppe dans une couverture, la masse pour la réchauffer, l'apaise. Melle B. ouvre les yeux et lui sourit, en disant ne pas la connaître. Elle accepte un verre d'eau et s'agrippe régressivement à la co-thérapeute qui la fait respirer calmement.

Nous nous retrouvons dans une situation de post-transe que nous connaissons bien. La patiente semble épuisée, elle demande plusieurs fois à dormir là, garde les yeux fermés, répétant qu'elle est fatiguée. Devant son refus de sortir de son état de régression, nous lui signifions que l'infirmière va la ramener au foyer où elle réside et la bordera soigneusement dans son lit, afin qu'elle se repose et récupère. Nous la voyons trop fatiguée aujourd'hui pour parler, aussi nous disons que nous tournerons la page la prochaine fois.

Au cours de ce passage à un état de transe, nous avons été très frappés de voir littéralement apparaître sous nos yeux, en même temps que la ravissante jeune fille du début, un homme forcené, vociférant, d'une force musculaire incroyable. Nous avons assisté à un véritable combat entre cet homme violent et la jeune fille muette, paralysée, avec la mâchoire comme bâillonnée , qui se débattait contre lui.

Mais nous avons été surpris par la rapidité et la violence de la transe, avec l'amnésie et l'épuisement massifs qui ont suivi. En nous contentant d'accompagner la transe, nous ne sommes sans doute pas intervenus assez activement dans ce combat, et nous savons qu'il n'est pas terminé. Beaucoup de questions restent en suspens: comment nommer ce que nous avons vu ? Comment le relier aux notions théoriques qui nous sont familières en tant que thérapeutes occidentaux : les identifications (c'est un homme que nous avons vu surgir sous nos yeux), l'ambivalence (nous avons vu deux antagonistes se battre), la régression (cette toute petite fille au sortir de la transe, qui ne voulait que dormir là...) ?

Nous connaissons la procédure traditionnelle à laquelle on l'inviterait au pays : entrer dans une confrérie de possédés, s'y faire initier, devenir la servante d'un culte ... issues proposées dans sa culture à une histoire comme la sienne, hélas inutilisables vu sa situation de requérante d'asile en Suisse<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir René Kaes, « introduction à l'analyse transitionnelle » in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979.

**15 jours après**, Melle B. arrive dans un état inhabituel. Encore dans la salle d'attente, elle entre en transe, se débat, éructant des « non ! » sourds. Aucune induction n'a été nécessaire !

Immédiatement, nous l'entourons, debout, en nous adressant directement à l'agresseur, que nous sommons de partir et de laisser « la petite ». Avec véhémence, nous lui crions qu'il s'est trompé, qu'elle n'est plus seule, qu'il n'a aucun droit sur elle.

Melle B. se calme, sort de transe. Nous la faisons entrer et prendre place dans la salle de consultation. Elle s'est cogné le poignet en se débattant pendant la transe, ne comprend pas pourquoi il est douloureux, ni pourquoi une de ses petites nattes s'est détachée. « Qui m'a arraché les cheveux ? » demande-t-elle ... et elle repart en transe.

C'est le vieux qui est là !. La patiente, couchée sur le tapis au milieu du cercle de chaises, s'endort. Nous la couvrons d'une couverture, et continuons la séance par-dessus sa forme allongée. Avec force, nous évoquons ce vieux, impudent, entré par effraction, qui a voulu nous prendre de vitesse dans la salle d'attente car il savait qu'après elle ne serait plus seule.

Nous évoquons un double niveau de confusion : sa grand-mère la croyait plus grande qu'elle n'était car elle se montrait courageuse, et ne l'avait pas assez protégée. Et ici, où nous protégeons les enfants, il va falloir séparer les morts et les vivants mélangés. Maintenant elle est là, endormie comme une toute petite fille au milieu de notre groupe. Mais nous pensons qu'elle pourra rentrer chez elle car elle ne sera plus seule.

La patiente reste couchée et refuse d'ouvrir les yeux. Devant sa passivité, nous évoquons son désir de rester toute petite et de ne plus faire la grande comme elle en avait l'habitude. Suit une séquence où, devant notre insistance, Melle B. proteste comme un enfant, nous traite de méchants en prétendant que ce n'est pas encore le matin. Nous pouvons alors affirmer que cette petite est têtue, que c'est nous qui sommes les grands, et qu'il faut qu'elle rejoigne son lit pour pouvoir se coucher et se reposer. L'infirmière la ramène chez elle, endormie dans la voiture.

Cette fois-ci, nous pensons avoir franchi un pas décisif : « le matériel transférentiel a pris la place du matériel culturel » (cf. T. Nathan), ce qui était resté bloqué dans la violence impensable de la relation sadique imposée par le "« vieux » est devenu un contenu psychique partageable. En termes psychodynamiques, on pourrait décrire que le point de fixation anal-phallique où était resté bloqué son développement a été rejoint grâce à la régression permise par la transe. Nous avons pu alors occuper transférentiellement la place de parents responsables, dépositaires de l'autorité, qui avaient toujours été mélangés dans son histoire avec une position de pouvoir abusif et violent. Même si nous devions n'en savoir jamais plus sur les détails de son histoire personnelle, nous nous sommes trouvés en position de re-mobiliser son fonctionnement psychique paralysé par la violence sadique

subie de la part du « vieux » (2<sup>e</sup> temps d'un traumatisme dont nous ne connaissons rien), et de voir se poursuivre l'évolution psychique alors restée en panne. Le fait que cette remobilisation passe par notre psychisme groupal sera discuté ultérieurement.

Nous avons été frappés durant cette 3<sup>ème</sup> séance par sa tête à moitié rasée, signe traditionnel de deuil. Or, elle avait appris par un médium (femme en transe) en Côte d'Ivoire que l'âme d'un homme la poursuivait, ce qu'elle avait pu interpréter comme la mort du vieux. Nous pensons que la patiente est maintenant sur le chemin du deuil à faire de la toute-puissance paradoxale que lui permettait sa position de fille-garçon (dans des termes psychodynamiques : sa position anale-phallique) à l'écart des autres enfants, mais sans la protection dont eux bénéficiaient.

**Le rendez-vous suivant (le 4<sup>e</sup>)** n'a lieu que six semaines plus tard, car la patiente n'était pas sûre de vouloir venir. En effet, elle fait des cauchemars entre les séances, se sent encore plus aux prises avec ce qui la poursuit, sans pour autant se souvenir de ses transes. Nous comprenons qu'elle n'est pas au clair sur notre identité et sur notre rôle. Sommes-nous vraiment comme les parents protecteurs dont elle aurait eu tant besoin, ou ne risque-t-elle pas, si elle nous fait confiance, de se retrouver trahie comme par sa grand-mère qui l'avait vendue pour se protéger elle-même ?

Quand nous la revoyons enfin, la patiente est plus paisible. L'infirmière lui a transmis notre message, culturellement formulé. C'était un proverbe : « Il faut se mettre à plusieurs pour combattre un éléphant ». Elle nous parle de ses rêves, moins confus qu'au début mais qui l'inquiètent. Il y est question d'avoir les mains liées, de serpent, de nourriture... Le référent culturel insiste sur la double face de ces signifiants inquiétants, mais aussi potentiellement protecteurs.

Melle B. lutte contre un début de transe. Nous lui rappelons qu'« on ne part pas à la guerre seule », que nous sommes maintenant avec elle dans ce combat. Se déroule alors une transe au cours de laquelle nous la voyons la bouche liée. Nous nous adressons directement au « vieux », l'assurant qu'elle n'est plus seule. Les yeux fermés, sans un mot, la patiente dessine dans l'air, par gestes, ce que nous interprétons comme des serpents, des cœurs, des serrures. Elle est alors quelqu'un qui frappe, qui cherche à ouvrir la serrure. Sur chaque geste nous mettons des mots, nous interprétons la forme qu'elle montre, nous répondons activement, sur un ton fâché, excluant que le « vieux » puisse entrer. Il supplie, se fait tout doux, nous déjouons son manège et le renvoyons fermement. Ses assauts durent un certain temps.

Au sortir de la transe, Melle B. a les yeux ouverts et un grand sourire. Elle répète, extasiée : « C'est pas vrai, j'y crois pas ! J'étais toute seule, je me sens libérée ! », et tombe littéralement dans les bras de chaque membre du groupe, qu'elle embrasse en l'étreignant. Nous partageons avec elle notre sentiment d'avoir retrouvé la petite qui était perdue.

Habitée par un autre : l'incorporation, produit de l'effraction psychique, entraîne la déliaison et empêche la symbolisation.

Plusieurs séances seront encore nécessaires pour achever le travail. Nous devons encore accompagner Melle B. mais ce sera pour nous occuper de la structuration de sa propre agressivité, là où son évolution avait été entravée par l'incorporation d'un autre au comportement trop violent pour qu'elle puisse le gérer avec ses seuls moyens. Ce pare-excitation défailant dans son histoire (et nous ne saurons nous-mêmes sans doute jamais en détail comment), nous avons pu le faire fonctionner dans notre groupe thérapeutique, grâce à un double étayage, sur lequel repose notre pratique en ethnopsychiatrie. D'une part, la patiente a pu s'étayer sur le groupe et ses différents membres, psychiquement et corporellement (dans la transe en particulier). D'autre part, chaque membre du groupe représentant sa propre culture d'origine, s'étayait sur des représentations de sa culture pour proposer des liens avec la situation de la patiente, là où elle était dans l'impossibilité de faire de son histoire un récit qu'elle puisse ensuite s'approprier.

### **Debriefing, ethnopsychiatrie, frontière dedans-dehors.**

Notre pratique rejoint là un concept cher aux théoriciens du debriefing : celui de la salutogenèse. Si nous avons pu, et avec un très petit nombre de séances, aider une patiente si mal en point (alors qu'un avenir de chronicisation psychiatrique la guettait), c'est bien en nous appuyant sur les représentations, fournies par sa culture, qui nous permettaient de ne pas la voir « **manquant de** » (comme l'indiquait le diagnostic psychiatrique lors de son hospitalisation quelques temps auparavant : « troubles psychotiques aigus et personnalité immature »).

Au contraire, nous avons relevé d'emblée qu'elle semblait avoir été depuis toujours une enfant particulière, déroulant dès lors toutes les significations potentielles liées au fait d'avoir quelque chose « **en plus** » que les enfants ordinaires. Signe d'un destin inhabituel, c'est sûr, et nous avons pu ainsi donner sens avec elle aux difficultés parfois extrêmes de son parcours. « Guerrière », « sage qui doit apprendre à ne pas s'énerver de peur que la terre ne tremble », etc. : le référent culturel, élément indispensable de notre dispositif, a été très précieux pour donner forme à cet « en plus » qui la contraignait à être une fille pas comme les autres, permettant ainsi de construire un sens à son histoire traumatique. Non pas tant victime, déficitaire, mais appelée, dès l'enfance, à une histoire extra-ordinaire.

Il faut souligner à ce propos que notre pratique ethnopsychiatrique nous permet de **faire fonctionner** (et non de représenter) un pare-excitation défaillant. Car le propre de cette pratique est bien de se trouver, au carrefour où fonctionnent aussi les thérapies traditionnelles, non pas au niveau intra-psychique (comme la psychanalyse ou les psychothérapies issues de la psychanalyse, qui peuvent s'occuper du monde interne sans se préoccuper de la réalité extérieure), mais au niveau des « enveloppes psychiques », dans les situations où monde interne et monde externe se trouvent confondus, en particulier quand la réalité extérieure a fait effraction dans un psychisme insuffisamment préparé ou défendu pour l'absorber. C'est la définition même du traumatisme psychique, où l'intensité d'une stimulation disproportionnée aux défenses capables de la psychiser entraîne un effet de déliaison psychique. Le psychisme du sujet se retrouve alors paralysé, dans l'incapacité de faire son travail de liaison, de symboliser ce qui reste ainsi irréprésentable. C'est alors un travail d'analyse transitionnelle (au sens où la définit R. Kaës, 1979), qu'il s'agit d'entreprendre, afin de permettre au sujet de retrouver sa capacité de « symboliser, de penser, de créer »<sup>2</sup>

L'approche ethnopsychiatrique, en ce qu'elle se situe exactement sur cette frontière entre « espace intra-psychique, espace intersubjectif et espace de la culture » (R. Kaës, *op. cit.*), paraît donc particulièrement indiquée pour les patients traumatisés provenant d'autres cultures que la nôtre. C'est sur cette frontière qu'elle présente bien des points communs avec le debriefing, lui-même procédure d'intégration de contenus traumatiques impensables grâce au passage par le psychisme du debriefer <sup>1</sup>.

### **Du debriefing à la transe : une compréhension psychodynamique des processus en jeu.**

Mais précisément : comment comprendre ce qui s'est passé quand notre patiente nous fait passer du debriefing à la transe ?

Le traumatisme est réalisé, comme il vient d'être rappelé, quand un afflux excessif de stimulations envahit le psychisme, débordant massivement les défenses à sa disposition pour digérer cet afflux, l'empêchant de le lier psychiquement et d'en faire du matériel de pensée utilisable par le sujet. Sans aide, celui-ci se retrouvera avec, à l'intérieur de lui, un « objet bizarre » incorporé, habité par un corps étranger. Si le traumatisme est précoce et répétitif, nous savons que le sujet sera même incapable de faire la distinction entre cet autre incorporé mais non « digéré » psychiquement, et son propre Moi.

---

<sup>2</sup> « Le travail de suppléance psychique accompli par le groupe-mère premier s'établit sur la fonction de conteneur, d'étayage et d'élaboration qui, dans la matrice groupale intersubjective, dans un lieu et une organisation extra-topiques au sujet, mais en continuité avec son espace interne, sur sa limite, structure le sujet », extrait de « Introduction à l'analyse transitionnelle », 1979 p. 5)

<sup>1</sup> Voir G. Perren-Klingler, « Expériences traumatiques : intervenir à temps pour prévenir les troubles », in *Maux en mots*, Institut Psychotrauma, Viège, 2002.

Nous pouvons donc considérer le debriefing comme une procédure permettant qu'entre en œuvre précisément ce que R. Kaës décrit comme la fonction « d'étayage, de conteneur et d'élaboration qui (...) dans une organisation extra-topique au sujet, mais en continuité avec son espace interne, sur sa limite, structure la psyché du sujet » (1979, p.9). Selon cette représentation, le (ou les) debriefer occupe une fonction maternelle primaire, c'est sa fonction « conteneur et d'élaboration » qui permet au sujet traumatisé de rassembler ses fragments éparpillés, en liant psychiquement les affects déliés, et dès lors destructeurs, auxquels l'avait livré la violence du traumatisme. Cette reprise du travail de liaison psychique, qui permettra au sujet de se réapproprier son histoire, se fonde sur l'introjection par le sujet de la fonction maternelle primaire du debriefer. C'est bien aux sources mêmes de la constitution du psychisme individuel, en étayage sur le fonctionnement psychique de la mère, que nous convoquent le traumatisme, et le déroulement d'un debriefing.

Jusqu'à-là, rien que de bien connu. Et c'est ce que nous pensions proposer à notre patiente. Rien que de bien connu aussi quand nous nous sommes heurtés à sa résistance, que nous comprenions comme le souvenir de la trahison par la grand-mère qui l'avait livrée à son bourreau (deuxième temps d'un traumatisme impensable qui avait laissé seulement dans son psychisme une trace mnésique non-représentable). La patiente redoutait de se retrouver trahie et impuissante, en défaut d'étayage, si elle se laissait aller et reprenait contact avec le noyau traumatique qui l'habitait. Nous savons que, là en particulier, le debriefer doit occuper une fonction paternelle, en référence à la réalité et à la Loi, et non seulement une fonction maternelle d'accueil de la « détresse sans recours »<sup>1</sup>

C'est ce que nous avons essayé de faire en tentant de maintenir la patiente dans l'ici et maintenant du travail d'intégration de son vécu corporel au moment du récit des faits.

Mais c'est alors que la patiente, dans un mouvement que j'ai suivi (et le groupe de co-thérapeutes avec moi) sans y penser clairement sur le moment, ..nous fait changer de cadre. Plus précisément, c'est au moment de relier son récit des faits et son vécu corporel à cet instant (sensation dissociée d'un poids chaud et glacé sur le cœur, qui l'étouffe), qu'elle « entre » ou « rentre » tout naturellement dans un autre registre de fonctionnement, celui de la transe. Le déclencheur du passage d'un registre à l'autre est clairement corporel : moment où elle est en contact avec sa sensation d'un « poids chaud et glacé qui l'étouffe » ; et surtout moment où, en suivant notre modèle du debriefing, nous nous interposons (et nous nous imposons) avec un contact physique. Immédiatement, elle entre en transe.

Nous n'avions plus, dès lors, qu'à suivre les balises ainsi indiquées (qui dans la pratique ethnopsychiatrique nous sont familières), ce que nous avons fait avec un léger retard en

---

<sup>1</sup> J. Oury, cité par R.Kaës, op.cit. p. 74. Exemples dans « Réfugiés et debriefing », O.Osmani et C.Meier, in « Maux en mots », coll. sous la dir. De G.Perren-Klinler, éd. Institut Psychotrauma, Viège, 2002, p.202.

n'utilisant pas immédiatement la transe pour nous adresser à celui qui l'habitait, car nous étions nous-mêmes éberlués du passage que nous n'avions pas prévu.

Sans que nous nous y attendions, et bien sûr sans le savoir, la patiente a donc pu utiliser un **code culturel intériorisé**, la transe. Et nous ne pouvons qu'être admiratifs devant la richesse de ce que cette transe lui a permis de **donner à voir** – et non d'**exprimer**, la nuance est d'importance.

En effet, nous voulions avec le debriefing lui permettre d'absorber, en réinstaurant des liens de pensée, l'excès d'affects non liés provoqué par le traumatisme, en espérant bien sûr que le lien puisse se refaire avec un ou des événements anciens ayant fonctionné comme temps zéro du traumatisme (nous pensions par exemple à sa situation si particulière en Afrique d'enfant élevée comme fille unique par une grand-mère, avec les ruptures familiales graves qu'une telle situation implique).

Or la transe permet à Melle B. de nous montrer un matériel complexe, dans lequel nous serions tentés de voir des problèmes d'identification, et un conflit intra-psychique. Comme de nombreux auteurs l'ont souligné, la transe permet littéralement de mettre en scène, et surtout en corps, un personnage qui vous habite, sans être reconnu par le Moi (Lapassade, 1990 ; Schott-Billmann, 1985). Peut-on parler d'identification ? Voire d'identification conflictuelle ? Il me semble que ce serait réduire la problématique, et contribuer à la pathologisation de la patiente. Regardons-y de plus près.

### **La transe comme contenant (et non contenu !) de pensée.**

Ce que Melle B. montre, c'est d'une part qu'elle est habitée par un homme (rien n'est plus étrange que la transformation physique qui s'opère alors sous nos yeux), et qu'il y a conflit entre cet homme et une autre partie d'elle. Connaissant l'histoire de la relation sadique qu'elle avait subie de la part du « vieux » à qui elle avait été vendue (et non donnée en mariage, ce qui aurait supposé précisément une véritable alliance entre son clan et celui de l'homme, un véritable statut pour elle, et un respect de ses droits ou la possibilité de les faire reconnaître), nous la voyons donc aux prises avec un incorporat violent et sadique. On aurait vite fait de penser, dans nos concepts habituels, à une identification conflictuelle en rapport avec ce que la jeune femme montre ensuite, qu'on appellerait peut-être un conflit lié à l'identité féminine, associé à une fixation anale-phallique, dans un contexte d'abus de pouvoir (la petite fille qui recherche une loi paternelle dans un conflit d'autorité, et rencontre à la place un pouvoir abusif et violent).

Mais c'est là qu'il s'agit de refuser l'ethnocentrisme qui conduirait à la confusion des niveaux de pensée, elle-même effet du traumatisme. Considérer ce matériel comme intra-psychique (en termes de fixation, d'identification, etc.), et tenter de l'élaborer à ce niveau, serait à proprement parler répéter l'effet confusionnant du traumatisme, où dedans et dehors se retrouvent télescopés, dans une confusion qui touche à la folie. C'était d'ailleurs ce qui s'était

produit quand on avait taxé d'hallucinations psychotiques les manifestations de la patiente quelques années auparavant.

En prenant garde de ne pas se tromper de niveau logique, il devient possible de comprendre que Melle B. **montre** une forme, un contenant de pensée, et **non** qu'elle **exprime** un contenu (ce qui relèverait alors d'un conflit intra-psychique individuel, interprétable sur le mode psychanalytique habituel). Melle B. sait (d'un savoir pré-conscient, bien sûr) utiliser à ce moment-là un code, la transe, fourni par sa culture. Mais c'est à nous de nommer le contenu de cette forme, d'exprimer le sens de ce qu'elle montre. Sur la frontière dedans-dehors, nous pouvons, instance externe, nommer et situer les éléments en présence, lui offrant ainsi des critères de discrimination.

En nous gardant bien de toute interprétation au sens psychanalytique, intra-psychique du terme, nous avons au contraire utilisé la forme qu'elle nous montrait pour, suivant la codification proposée par sa culture, entrer en négociation avec l'être qui l'habitait, sur la frontière telle que la définit R. Kaës « extra-topique au sujet mais en continuité avec son espace psychique » (*op. cit.*). Quand nous sommions le « vieux » de partir et l'accusions d'être entré par effraction, ou quand nous déclarions qu'il s'agissait de séparer les morts et les vivants, nous nous situions au lieu même où une instance parentale, relai du groupe primaire, dit la loi et protège l'enfant, au double niveau externe et interne bien sûr, et contre l'adulte abuseur et contre les propres désirs de l'enfant. Nous fonctionnions alors comme instance maternelle primaire, relais des structures collectives, elles-mêmes étayées sur la culture du groupe. Nous nous situions ainsi de plain-pied dans l'analyse transitionnelle définie par R. Kaës.

Concluons, en reprenant trois éléments de cet exposé.

### **1) La nécessité de prendre en compte la dimension anthropologique.**

Une telle compréhension des troubles d'une patiente africaine n'est possible, on s'en doute, qu'avec un minimum de connaissances des pensées qui organisent, dans le monde d'où elle vient, les représentations du bien et du mal, du dedans et du dehors, de la santé et de la maladie, des alliances, des désordres, etc. En d'autres termes, avec un patient migrant, il n'est pas possible de faire l'économie d'une connaissance anthropologique de sa culture d'origine, connaissance qu'il s'agit alors d'utiliser selon une méthodologie rigoureuse (Devereux, 1968), afin précisément d'éviter la confusion des niveaux logiques, et de situer sans se tromper le niveau collectif (anthropologique) et le niveau individuel (psychologique). C'est seulement quand ces niveaux ont été distingués qu'une élaboration psychique devient possible, concernant alors la conflictualité individuelle du sujet. (Exemple : dans la séance n° 3, quand nous sommes amenés à dire « Elle est têtue, la petite ! », à propos de son refus d'admettre l'autorité des adultes que nous représentons).

## **2) La confusion des niveaux logiques qu'opère la psychiatrie occidentale.**

Lors de son hospitalisation en psychiatrie quelques années auparavant, notre patiente a reçu entre autres le diagnostic DSM-IV « hallucinations psychotiques ». Il s'agit là d'une réduction sur le seul niveau intra-psychique, individuel, d'une problématique trans-individuelle, qui est en fait un appel au sens, une forme en quête de fond, un contenant et non un contenu. La seule issue pour la patiente considérée « à la DSM » est une carrière de malade mentale chronique. Non qu'il s'agisse, bien sûr, de nier la pathologie de ce qu'elle exprime avec ses manifestations. Chez elle aussi, on la considérerait comme victime d'un désordre. Mais précisément : un tel désordre serait immédiatement considéré comme un appel au sens, comme une forme à identifier par le spécialiste (en général un spécialiste du caché, de l'invisible) (Nathan et Stengers, 1995 ; Nathan, 2001).

Ce niveau-là situé, alors seulement peut évoluer la conflictualité individuelle du sujet comme dans toute psychothérapie (ce n'est d'ailleurs pas l'objet qui intéresse les thérapeutes traditionnels). Considérer Melle B. comme psychotique, c'est faire une confusion de niveaux logiques qui elle-même répète l'effet de confusion entraîné par le traumatisme. C'est donc l'enfermer doublement dans sa souffrance. On ne connaît que trop le risque de psychiatisation abusive encouru ainsi par nombre de patients migrants.

## **3) Comment, dans cette réflexion, situer le debriefing ?**

Le debriefing, rappelons-le, est d'abord une procédure préventive, visant à éviter qu'un traumatisme entraîne des troubles secondaires chroniques. Dans cette optique et malgré ses détracteurs, il représente bien cette fonction sociale de base que devrait pouvoir remplir tout groupe primaire, comme le souligne G. Perren-Klingler (2002) : gérer collectivement les événements violents de notre histoire, afin que chaque individu puisse les digérer psychologiquement.

Mais ceci est valable avant tout pour ce que Terr (1981) a appelé les traumatismes « de type I », événements en principe uniques. Dans le cas de Melle B., on a à faire à un vécu traumatique prolongé et répétitif « de type II », ayant duré près de deux ans. On le sait, dans les situations où les individus, pour survivre, ont dû tenter d'enkyster toute une partie de leur fonctionnement psychique atteint dans des défenses rigides (par exemple la dissociation émotionnelle), l'accès au noyau traumatique à traiter est devenu très difficile, barricadé dans toutes sortes d'évitements devenus comportementaux. Le debriefing est alors une procédure de choix pour permettre que se refasse un lien avec les zones psychiques traumatisées, un lien étayé sur la relation « conteneur » (Kaës, op. cit.) offerte par le debriefer. Comme souligné plus haut, la procédure ainsi proposée met le debriefing au rang des thérapies qui traitent les troubles de la relation à l'objet maternel primaire, tels qu'ils sont mis à nu par une traumatisation répétée. Les effets remobilisateurs du debriefing dans ces circonstances,

avec des patients de n'importe quelle origine, indiquent qu'il représente une sorte de canevas de base, répondant de manière universelle aux besoins des patients gravement traumatisés.

Mais l'exemple de Melle B. questionne au-delà de cette base universelle. En effet, son utilisation de notre tentative de debriefing pour entrer en transe, et le matériel complexe ainsi mis à portée, indiquent comment les pensées traditionnelles connaissent et « pratiquent » ces zones psychiques frontières, où les parties non-différenciées du Moi nécessitent un étayage externe au sujet pour se différencier. Melle B. « sautant » dans la transe à partir du debriefing illustre les potentialités d'un tel contenant de pensée. Sans doute aurions-nous déjà aidé la patiente seulement avec un debriefing. En la suivant dans la transe, et en gérant avec et pour elle le matériel ainsi mis à jour, nous pensons avoir pu aller encore au-delà. Tout d'abord en termes d'affiliation : Melle B. n'est plus seulement une patiente traumatisée, mais elle redevient une Guéré à part entière, réaffiliée à son groupe d'appartenance par l'étayage sur la formation culturelle de la transe, qu'elle partage avec les membres de sa culture d'origine. Ensuite, nous pensons que l'identification et l'utilisation du contenant de pensée « transe » a été particulièrement favorable à l'élaboration psychique individuelle qui a suivi, concernant alors (mais alors seulement) son ambivalence entre être petite ou être grande, et le dépassement de sa honte. Il s'agit en effet d'un contenant de pensée parmi d'autres dans sa culture pour y inscrire certaines évolutions individuelles. Enfin, c'est la transe qui, en la réaffiliant, a permis que s'amorce un sens au destin particulier qui est le sien depuis l'enfance (être grande alors qu'elle est encore petite), permettant ainsi d'inscrire le traumatisme dans une série d'événements anciens jamais élucidés (deuil jamais fait de sa mère disparue quand elle était enfant).

Le debriefing est donc un instrument précieux pour aborder un patient enfermé dans les conséquences d'un traumatisme de longue durée. Une connaissance anthropologique des manières de penser et de faire ailleurs devrait permettre de l'utiliser comme un pont pour aborder les patients venus d'autres mondes que le nôtre. C'est en les ré-affiliant à leur monde d'origine que nous les aidons à recouvrer leurs enveloppes psychiques mises à mal par le traumatisme.

Franceline James, avril 2006.

### **Bibliographie.**

DEVEREUX, G. (1968). *Ethnopsychanalyse complémentariste*.

BARROIS, C., *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 1988.

KAES, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. In *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod.

- LAPASSADE, G. (1990). *La transe*. Paris : PUF
- NATHAN T. (1993), *Sans pays ni amis,...*, Grenoble, La Pensée Sauvage
- NATHAN, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Grenoble : Les Empêcheurs de penser en rond.
- NATHAN, T. et STENGERS, I. (1995). *Médecins et sorciers*. Grenoble : Les Empêcheurs de penser en rond.
- MARCHAND, A., IUCCI, S., BRILLON, P., MARTIN, M. et MARTIN, A. (2003). Intervention de crise et debriefing : controverses et défis. *Stress et Trauma* 3(3), 141-153.
- MITCHELL, J.T. et EVERLY, J.S., *Critical incident stress debriefing*, Baltimore, 1993.
- PERREN-KLINGLER, G. et al.(2002). *Maux en mots* Institut Psychotrauma, , 2002
- SCHOTT-BILLMANN, F. (1985). *Possession, danse et thérapie*. Sand.
- TERR, L., *Forbidden games : post-traumatic child's plays*, in Journal of Amer. Acad. Child Psychiatry, 20, 741, 1981.
- ZAJDE, N. (1998). Le traumatisme , in T. Nathan et al. *Psychothérapies* Paris : Odile Jacob.