



HAL
open science

Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT)

Yann Auxemery, Frédérique Gayraud

► **To cite this version:**

Yann Auxemery, Frédérique Gayraud. Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT). L'Évolution Psychiatrique, 2020, 85 (4), pp.509-528. 10.1016/j.evopsy.2020.05.002 . hal-04087185

HAL Id: hal-04087185

<https://hal.science/hal-04087185>

Submitted on 4 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Le Syndrome Psycholinguistique Traumatique (SPLIT) Traumatic Psycholinguistic Syndrome (SPLIT)

Yann Auxéméry (Psychiatre des hôpitaux) a,b,* , Frédérique Gayraud (Professeur des universités)

c a Centre Hospitalier de Jury-les-Metz, hôpital de jour–centre de réhabilitation pour adultes, 12, rue des Treize, 57070 Metz, France b Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC « Adaptation, mesure et évaluation en santé. Approches interdisciplinaires » - Équipe EPSAM, Metz, France

c laboratoire dynamique du Langage, UMR 5596, CNRS et Université Lyon-II, Lyon, France

Résumé :

Grâce à deux récents articles, nous avons défini la notion de syndrome psycholinguistique post-traumatique à partir de l'étude standardisée du discours de patients blessés psychiques [Aux EvoIPsy et AMP]. Cette nouveauté séméiologique basée sur les apports de la linguistique à la psychiatrie, nourrit pour ambition de dépasser les impasses diagnostiques et thérapeutiques auxquelles se confrontent encore trop de personnes psychotraumatisées. Soit parce que ces souffrances post-traumatiques sont tues, du fait même de leurs caractéristiques cliniques, conséquences de l'indicibilité structurelle du traumatisme psychique. Soit encore car parce que le système de soins ou certains réseaux de praticiens se heurtent à des conceptions infranchissables. La psychopathologie classique, les sciences cognitives et les neurosciences font progresser les théories, mais nous nécessitons aussi des connaissances utiles à la pratique de terrain. Destiné à franchir les concepts antérieurs, il est temps de proposer un nouveau modèle afin de mieux : (i) repérer les personnes souffrant de troubles psychiques post-traumatiques, (ii) organiser et évaluer leurs soins psychothérapeutiques, (iii) rassembler les praticiens autour de ces deux premiers objectifs. L'évolution des idées arrive à un tournant où il s'avère possible de nous réunir autour d'un modèle original embrassant les précédents, modèle basé sur des références linguistiques et psycholinguistiques lesquelles sont, globalement, inconnues des psychologues comme des psychiatres. Admettons qu'il reste difficile de s'ouvrir à nombre notions psycholinguistiques apparaissant ésotériques. Cependant, l'analyse et la production du langage lient les soignants et les personnes en détresse psychique. Cela apparaît d'autant plus paradigmatique pour l'espace du trauma, marqué d'indicibilité, masquée dans le discours, ce qu'il faudra dépasser par la psychothérapie. À deux voix coordonnées, psycholinguistique et psychiatrique, nous présentons dans ce travail les résultats de nos ultimes réflexions concernant le syndrome récemment baptisé « Syndrome PsychoLinguistique Traumatique » (SPLIT). Aussi, en même temps qu'il éclaire les symptômes psychotraumatiques, le modèle que nous proposons offre de vulgariser différentes composantes de la linguistique : lexicale, syntaxe et pragmatique.

Nous commençons par brièvement rappeler les enjeux actuels du diagnostic et de la prise en charge des personnes blessées psychiques avant de mentionner les premiers travaux psycholinguistiques destinés à franchir les limites des connaissances contemporaines. Puis, nous détaillons l'entité psycholinguistique baptisée SPLIT en fonction de trois axiomes : anomie traumatique, répétitions linguistiques, et désorganisation discursive. Nous proposons *in fine* une discussion des éléments constitutifs du SPLIT vis-à-vis : (i) de la nosographie classique et internationale, (ii) des travaux psycholinguistiques concernant la schizophrénie, seule pathologie présentant un item langagier dans sa description syndromique, (iii) des travaux intéressant la répercussion des émotions sur le langage.

Les résultats sont présentés avec une modélisation heuristique suivant les échelles de la construction du langage à partir des « briques », construisant des « colonnes », jusqu'au « temple inachevé » : le mot ouvre à l'analyse lexicale, la phrase invite à l'approche syntaxique et, le discours intéresse des considérations pragmatiques. Pour chacune de ces trois dimensions nous présentons : (i) une brève définition de la science les considérant, (ii) les perturbations dans l'expression des sujets blessés psychiques, (iii) des exemples cliniques, (iv) une brève discussion.

3.1.2) Marques lexicales du trauma

L'anomie traumatique se manifeste à l'échelle du mot par une incapacité à dire le trauma au moyen de signifiants qui pourraient le représenter. La verbosité, c'est-à-dire le nombre de mots et de propositions, apparaît inférieure au langage commun, de même qu'en témoigne une densité lexicale abaissée, c'est-à-dire un affaissement du ratio du nombre des mots lexicaux sur celui des mots grammaticaux.

La fréquence d'utilisation des pronoms de troisième personne (il, elle, ça, machin, truc, quelque chose, quelqu'un, etc.) est majorée. Des dysfluences lexicales s'expriment par des pauses silencieuses et remplies, des allongements vocaliques, des répétitions de déterminants devant un nom, de pronoms devant un verbe ou d'adverbes devant un adjectif. Cette dimension peut prendre l'aspect caricatural de production de bribes de mots ou de syntagmes, voire d'un piétinement arrêté aux mots grammaticaux. Les modificateurs tels les adjectifs épithètes et les compléments du nom sont rares. Les circonlocutions, périphrases, comparaisons et antiphrases sont surreprésentées au détriment des métaphores. Sur le plan thématique, l'expression sensorielle et émotionnelle apparaît beaucoup plus développée que la verbalisation des cognitions.

3.2.2) Marques syntaxiques du trauma

L'analyse syntagmatique et phrastique met en évidence des répétitions linguistiques à plusieurs niveaux. Le présent de narration historique est surreprésenté au détriment des autres temps. La répétition des énoncés, surtout syntagmatiques, s'impose telle une persévération.

3.3.2) Marques pragmatiques du trauma

Plus complexe à appréhender, cet axe du SPLIT mérite à être subdivisé en trois sous-syndromes : la fragmentation, la désorganisation et la dépersonnalisation.

La *fragmentation* est constituée de dysfluences matérialisées par des pauses, silencieuses et remplies, interrompant les énonciations en dehors, et en sus, des frontières syntaxiques naturelles. Quand bien même des énoncés incomplets (encore appelés faux-départs) persistent, certaines amorces peuvent être complétées ou réparées mais, la fluence continue de la parole reste perturbée de bribes et d'accidents.

La *désorganisation* apparaît par une baisse de la cohésion discursive comme en témoigne le traitement des anaphores avec distanciation du pronom anaphorique de son antécédent, et présence de nombreuses références anaphoriques ambiguës. La cohésion se montre perturbée par absence d'emploi efficient des connecteurs temporels et logiques. Les digressions sont nombreuses, allant jusqu'à la complexité syntaxique par juxtaposition asyndétique des énoncés.

La *dépersonnalisation* se manifeste par le sous-emploi des pronoms de première personne (je, on) comparativement aux pronoms impersonnels dans leurs emplois générique (on, tu, vous), par la généralisation du recours aux formes passives, par l'emploi accru des participiales gérondives et infinitives.

Mots-Clefs : traumatisme psychique, syndrome psycholinguistique traumatique, trouble de stress post-traumatique, schizophrénie, analyse du langage, nosographie, émotions.

1) Introduction

Dans deux récents articles, nous avons défini la notion de syndrome psycholinguistique post-traumatique à partir de l'étude standardisée du discours de patients blessés psychiques [Aux EvolPsy et AMP]. Cette nouveauté séméiologique basée sur les apports de la linguistique à la psychiatrie, nourrit pour ambition de dépasser les impasses diagnostiques et thérapeutiques auxquelles se confrontent encore trop de personnes psychotraumatisées. Soit parce que ces souffrances post-traumatiques sont tues, du fait même de leurs caractéristiques cliniques, conséquences de l'indicibilité structurelle du traumatisme psychique. Soit encore parce que le système de soins ou certains réseaux de praticiens se heurtent à des conceptions infranchissables. La psychopathologie classique, les sciences cognitives et les neurosciences font progresser les théories, mais nous nécessitons aussi des connaissances utiles à la pratique de terrain. Afin de dépasser les concepts antérieurs, il est temps de proposer un nouveau modèle afin de mieux : (i) repérer les personnes souffrant de troubles psychiques post-traumatiques, (ii) organiser et évaluer leurs soins psychothérapeutiques, (iii) rassembler les praticiens autour de ces deux premiers objectifs. L'évolution des idées arrive à un tournant où il s'avère possible de nous réunir autour d'un modèle original embrassant les précédents, modèle basé sur des références linguistiques et psycholinguistiques lesquelles sont, globalement, inconnues des psychologues comme des psychiatres. Admettons qu'il reste difficile de s'ouvrir à nombre notions psycholinguistiques apparaissant ésotériques. Cependant, l'analyse et la production du langage lient les soignants et les personnes en détresse psychique. Cela apparaît d'autant plus paradigmatique pour l'espace du trauma, marqué d'indicibilité, masquée dans le discours, ce qu'il faudra dépasser par la psychothérapie. À deux voix coordonnées, psycholinguistique et psychiatrique, nous présentons dans ce travail les résultats de nos ultimes réflexions concernant le syndrome récemment baptisé « syndrome psycholinguistique traumatique » (SPLIT). Aussi, en même temps qu'il éclaire les symptômes psychotraumatiques, le modèle que nous proposons offre de vulgariser différentes composantes de la linguistique : lexicologie, syntactique et pragmatique.

Nous commençons par brièvement rappeler les enjeux actuels du diagnostic et de la prise en charge des personnes blessées psychiques avant de mentionner les premiers travaux psycholinguistiques destinés à franchir les limites des connaissances contemporaines. Puis, nous détaillons l'entité psycholinguistique baptisée SPLIT en fonction de trois axiomes : anomie traumatique, répétitions linguistiques, et désorganisation discursive. Nous proposons *in fine* une discussion des éléments constitutifs du SPLIT vis-à-vis : (i) de la nosographie classique et internationale, (ii) des travaux psycholinguistiques concernant la schizophrénie, seule pathologie présentant un item langagier dans sa description syndromique, (iii) des travaux intéressant la répercussion des émotions sur le langage.

2) De la séméiologie moderne du trouble de stress post-traumatique à l'analyse psycholinguistique

2.1) Vers la nécessité de construire un nouveau modèle du trauma

Décrits depuis l'antiquité, régulièrement oubliés, puis redécouverts, les symptômes post-traumatiques ont initialement surtout interrogé les psychiatres militaires dans les suites des guerres mondiales et d'indépendances. Puis, la prise de conscience des conséquences psychiques massives causées par les agressions, notamment sexuelles, la prise en considération des accidents du travail, des *crashes* liées au développement de l'aéronautique, et encore de la survenue d'attentats de grande ampleur, ont progressivement imposé une nouvelle spécialité : la psychotraumatologie. C'est surtout depuis la guerre du Vietnam, suivie de l'apparition de l'entité « état de stress post-traumatique » (ESPT) dans la nosographie américaine, qu'ont été créées de riches conceptualisations du traumatisme psychique et de ses conséquences, suivant des éclairages psychologiques, neurobiologiques et, socio-anthropologiques [ref APA 1980]. La dernière édition du manuel statistique et diagnostique des troubles psychiatriques offre une description toujours plus développée du « trouble de stress post-traumatique » (TSPT) au sein d'une nouvelle catégorie intégrant les « troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress » [ref APA 2013]. Mais du fait de la structuration-même du trauma et de ses conséquences cliniques, le sous-diagnostic et les diagnostics tardifs, au stade des souffrances post-traumatiques intenses, restent nombreux [ref]. Ces difficultés de repérage résultent de la diversité des événements potentiellement psychotraumatiques (conflits armés, catastrophes naturelles, agressions, accidents du travail, accidents domestiques, etc.) et de l'évolutivité complexe des troubles dans le temps (traumatisme > état de stress aigu > phase de latence paucisymptomatique > trouble psychique post-traumatique (TSPT) > fluctuation de symptômes chroniques multiples)[5,14]. Les pathognomoniques

reviviscences, dont il existe 10 typologies cliniques, suivies des autres symptômes cardinaux du TSPT (hyperactivation neurovégétative, stratégies d'évitement cognitives et comportementales, dissociation pathologique) peuvent intégrer de nombreuses expressions symptomatiques n'étant pas simplement -comme on le lit parfois dans la littérature- des « comorbidités » ou des « complications » mais qui constituent d'authentiques formes cliniques post-traumatiques (deuils, dépressions et psychoses post-traumatiques, mésusages de substances psychoactives, modifications de la personnalité avec expressions dissociatives notamment, souffrances physiques somatoformes et psychosomatiques notamment lorsque les intégrités physiques et psychiques ont été ensemble impactées, désadaptation sociale avec mise en péril de la quiétude du foyer et difficultés d'inscription professionnelle, etc.) [1,8,11,13,59]. Ces souffrances, intenses et riches sur le plan symptomatique, restent le plus souvent muettes concernant leurs origines psychotraumatiques et ainsi demeurent, voire s'aggravent, sans réponse thérapeutique adaptée. Pourtant, parallèlement, de nombreux protocoles psychothérapeutiques se sont densifiés ces dernières années à partir de divers référentiels théoriques (protocoles comportementaux et cognitifs, traitements par l'hypnose, thérapies par mouvements oculaires, thérapies psychodynamiques, thérapies narratives, etc.) [7,9,10,15,18,28,55]. Enfin, notons que si les recherches en neurosciences ont explosé en nombre, leurs applications concrètes utiles à la pratique quotidienne, tant sur le plan diagnostique avec la tentative de découvrir des biomarqueurs, que sur le plan pharmacologique avec le développement de psychothérapies chimio-augmentées sont insuffisantes pour répondre à tous les enjeux [ref, notamment celles de ducrocq]. De tels achoppements auraient-ils été causés par la prééminence de la notion biologique extensive de « stress », excluant la subjectivité, ou, au contraire, de la notion psychopathologique réductive de « trauma » ? Une avancée épistémologique apparaît aujourd'hui nécessaire pour la construction d'une théorie uniciste des traumatismes et de leurs conséquences.

2.2) Les apports de l'analyse psycholinguistique

Marqué d'indicibilité, en référence à la clinique phénoménologique, le trauma comme *constituant* ou *étant constitué* par une « blessure du langage » peut bénéficier de l'étude psycholinguistique, qui découvre un espace de recherche heuristique offrant de préciser l'étiopathogénie, les présentations cliniques, et l'efficacité des offres de soins proposées aux patients souffrant de troubles psychiques post-traumatiques. Jusqu'alors, les études internationales anglophones et francophones référencées ne comptaient qu'une cinquantaine de citations, synthétisées par plusieurs revues critiques (O'Kearney *et al.*, 19 études publiées entre 1995 et 2004 ; Crespo *et al.*, 22 études publiées entre 2004-2015 ; Auxéméry *et al.*, synthèse de 1995 à 2020) [36][19][20][Aux AMP]. Quand bien même sont-ils polarisés autour de deux stratégies princeps, l'une orale (Foa *et al.*), les autres écrites (Pennebaker *et al.*), ces travaux apparaissent disparates en termes méthodologiques. Nous pouvons toutefois dégager quelques rapprochements de leurs données : les séquences correspondant aux scènes traumatiques sont davantage évoquées au temps présent, elles sont pauvres en pronoms personnels singuliers, elles comportent davantage de détails sensoriels et d'émotions négatives. Aussi, leur degré de fragmentation narrative est corrélé à la dissociation traumatique [60,61][4,26 en garder moins ?]. Pour préciser ces résultats, à partir d'une analyse lexicale effectuée à l'aide du logiciel Alceste[®], nous avons mené une étude exploratoire qualitative du discours de militaires français souffrant de TSPT [ref]. L'enquêteur suivait une trame d'entretien semi-directif s'appuyant sur des questions ouvertes avec incitation à la relance de l'expression, trame focalisée pour l'abord de différents thèmes : la « reconnaissance » du trouble dans ses multiples aspects (médical, institutionnel, symbolique, etc.), sa « réparation » (selon la terminologie juridique de réparation du dommage corporel et psychique), et l'« information » apportée par la société sur ledit trouble. Tous les militaires sollicités ont accepté de participer à l'étude ; la saturation des données a été obtenue avec la réalisation de quinze entretiens retranscrits manuellement dans un logiciel de traitement de texte (le corpus de 76 762 mots pour 351453 caractères espaces non compris). Centrée sur les notions sociétales de « reconnaissance » et de « réparation », une première analyse a fait l'objet de publications selon des interprétations quantitatives puis phénoménologiques qualitatives [MR 1][MR 2]. Mais surtout, il est apparu un résultat inattendu : le discours des personnes blessées psychiques témoigne, intrinsèquement, autant sur le fond que sur la forme, du syndrome de répétition traumatique. Nous avons alors décrit le « syndrome psycholinguistique post-traumatique » à partir de trois axiomes : l'anomie traumatique, les répétitions linguistiques et la désorganisation discursive [ref].

2.3) Vers la description d'une nouvelle entité clinique...

Pour limiter les approximations inhérentes à l'approche logicielle, nous avons repris le corpus sus-cité grâce à une analyse manuelle exhaustive, mot à mot, puis phrase à phrase (ce qui constitue quelques milliers d'heures de travail). Nous présentons ci-après nos premières représentations des manifestations symptomatiques du trauma dans le discours. Mais, comment évoquer, affirmer, dire les conséquences de l'indicibilité ? Rien de plus contradictoire, en apparence, que de vouloir définir le vide langagier. Comment rendre compte des fractures du traumatisme psychique dans le discours ? Rien de plus incertain que de tenter d'organiser les bouleversements, les désordres causés par la dissociation dans le langage. Enfin, comment préciser la réitération du trauma à travers les mots et les phrases sans que cette modélisation ne soit en elle-même répétitive ? Nous tentons de relever tous ces défis.

3) Le Syndrome Psycholinguistique Traumatique (SPLIT) : anomie, répétitions et dissociations du langage

Les résultats sont présentés avec une modélisation heuristique suivant les échelles de la construction du langage à partir des « briques », construisant des « colonnes », jusqu'au « temple inachevé » : le mot ouvre à l'analyse lexicale, la phrase invite à l'approche syntaxique et, le discours intéresse des considérations pragmatiques. Pour chacune de ces trois dimensions nous présentons : (i) une brève définition de la science les considérant, (ii) les perturbations dans l'expression des sujets blessés psychiques, (iii) des exemples cliniques, (iv) une brève discussion.

3.1) Analyse lexicale : mise en évidence de l'anomie traumatique

3.1.1) *Le lexique*

En linguistique générale, le lexique désigne l'ensemble des unités constituant le vocabulaire d'une langue, d'une activité humaine, d'un auteur, *etc.* Présente dans l'encyclopédie de 1765, la lexicologie prend son essor scientifique au milieu du XX^{ème} siècle pour constituer l'étude du vocabulaire d'une langue avec l'aide de modèles statistiques (lexicométrie ou lexicostatistique). Le lexique renvoie également au lexique mental de chaque individu, dans lequel le locuteur vient sélectionner, entre deux et trois fois par seconde, les mots (noms, verbes, déterminants, adjectifs *etc.*) qui correspondent au message conceptuel qu'il a l'intention de transmettre (Levelt, 1989). Cette récupération lexicale, normalement automatisée dans le processus de production de la parole, peut cependant être sujette à des échecs, le locuteur étant dans l'incapacité – le plus souvent transitoire- de produire un mot.

3.1.2) *Marques lexicales du trauma*

L'anomie traumatique se manifeste à l'échelle du mot par incapacité à dire le trauma au moyen de signifiants qui pourraient le représenter. La verbosité, c'est-à-dire le nombre de mots et de propositions, apparaît inférieure au langage commun, de même qu'en témoigne une densité lexicale abaissée, c'est-à-dire un affaissement du ratio du nombre des mots lexicaux sur celui des mots grammaticaux¹.

La fréquence d'utilisation des pronoms de troisième personne (il, elle, ça, machin, truc, quelque chose, quelqu'un, *etc.*) est majorée. Des dysfluences lexicales s'expriment par des pauses silencieuses et remplies, des allongements vocaliques, des répétitions de déterminants devant un nom, de pronoms devant un verbe ou d'adverbes devant un adjectif. Cette dimension peut prendre l'aspect caricatural de production de bribes de mots ou de syntagmes, voire d'un piétinement arrêté aux mots grammaticaux, qui sont les signes d'un accès lexical perturbé. Les modificateurs tels les adjectifs épithètes et les compléments du nom sont rares. Les circonlocutions, périphrases, comparaisons et antiphrases sont surreprésentées au détriment des métaphores. Sur le plan thématique, l'expression sensorielle et émotionnelle apparaît beaucoup plus développée que la verbalisation des cognitions.

3.1.3) *Expression clinique*

L'écoute des patients souffrant d'un syndrome de répétition traumatique découvre leur difficulté, voire leur incapacité à exprimer ouvertement et pleinement l'expérience qu'ils ont traversée, les reviviscences dont ils souffrent depuis. Comme en témoigne la limitation du vocabulaire, l'accès à la richesse lexicale est inhibé : les signifiants « *mort* », « *guerre* » et « *victime* » ne sont que très rarement employés. La réduction quantitative du discours est corrélée à une pauvreté de l'expression jusqu'à l'impossibilité de dénomination parfois, selon le modèle du « manque du mot » caractéristique de certaines aphasies. La production lexicale se bloque : « *C'est là que j'ai commencé à revoir tous les.* ». Tel patient n'arrive point à nommer ce dont il souffre : « *Quand on est... Quand on a le syndrome...* ». Tel autre ne retrouve pas le mot pour désigner la cicatrice de sa blessure physique qu'il montre pourtant en même temps de son doigt : « *Comment ça s'appelle déjà* » interroge-t-il ? Un autre patient témoigne, sans le vouloir, d'un défaut de production : « *J'ai fait une demande de... De... Je vais y arriver... Je cherche le mot... Je trouve pas... De...* » (il s'agissait d'une pension militaire d'invalidité). Tentant de surpasser l'anomie traumatique par des conduites d'approche des signifiants visés, le patient blessé psychique produit des formules circonlocutoires et périphrasiques souvent accompagnées d'approximations synonymiques. Les signifiants introuvables sont remplacés par des mots bouche-trous comme « *truc* » ou « *machin* ».

3.1.4) *Discussion*

La personne blessée psychique tente de produire des mots ou syntagmes en procédant par approximations successives qui aboutissent plus ou moins rapidement, ou pas, au mot cible. *L'anomie traumatique* définit cette impossibilité des patients à caractériser la scène traumatique avec des mots qui pourraient l'évoquer. Mais par essence, le mot est commutable à divers endroits des unités linguistiques lui étant directement supérieures :

¹ En neutralisant la taille de l'échantillon : en règle générale les hapax constituent la moitié des mots d'un corpus.

l'analyse lexicale est insuffisante autant que les mots servent à construire des phrases. En effet, l'anomie traumatique n'est pas irréductible. Sur insistance du praticien, le patient blessé psychique peut décrire verbalement, au moins un peu, son expérience traumatique ou ses reviviscences mais, sa parole prend la forme d'une répétition littérale de l'horreur vécue par une description verbale précisément collée aux sensations d'alors, sans pouvoir s'en détacher. En d'autres termes, ce qui vient dans le langage n'est autre que la récitation de la scène traumatique.

3.2) Analyse syntactique : objectivation des répétitions linguistiques

3.2.1) La syntagmatique et la syntactique

La syntagmatique et la syntaxe sont les parties de la grammaire s'intéressant aux règles qui permettent de combiner les unités significatives en syntagmes et phrases, en étudiant les formes et fonctions de ces parties du discours, leurs relations avec leurs propres composants². De même que le locuteur doit sélectionner les items lexicaux dans son lexique mental, il doit sélectionner la structure syntaxique qui correspond au message qu'il a l'intention de transmettre. Cette opération de planification concerne par exemple le choix de la voix (passive ou active), ou encore celui du temps verbal.

3.2.2) Marques syntaxiques du trauma

L'analyse syntagmatique et phrastique met en évidence des répétitions linguistiques à plusieurs niveaux. Le présent de narration historique est surreprésenté au détriment des autres temps. La répétition des énoncés, surtout syntagmatiques, s'impose telle une persévération.

3.2.3) Expression clinique

Au prix d'efforts cognitifs importants, le sujet produit ponctuellement des formes par défaut et/ou emploi des énoncés-phrases de structure syntaxique élémentaire marqués par les répétitions de formes linguistiques. Par ces réitérations linguistiques phonologiques et syntaxiques, le trauma apparaît *dans*, et même *constitue* la *forme* de ce langage traumatisé. Les difficultés d'accès à l'évocation entraînent la répétition de mots « bouche-trou » et de syntagmes du type « *Je ne sais pas* » qui, du fait de leur multiplicité, parasitent l'ensemble. Sonnant telles des préférences et/ou des intrusions verbales, existe une prééminence de certains signifiants, véritable « intoxication » du discours : « *Là, les cauchemars, c'était vraiment toutes les nuits, mais vraiment toutes les nuits, y'avait pas une nuit où je passais au travers.* » témoigne un patient. Conférant à l'autoécholalie voire au pseudo-bégaiement, des persévérations peuvent affecter les fins de phrases : « *J'avais souvent, souvent des idées noires, et j'étais énervé, j'étais énervé. Et puis je me disais la vie ça me sert vraiment à rien. Tout le temps je me disais ça. Donc je dormais plus, je dormais plus, et puis là je revivais, je revivais, que ça, que ça* » explique un autre consultant.

3.2.4) Discussion

Entre le mot et le discours, l'analyse des phrases apparaît la plus difficile à saisir isolément. Si des non-mots, des mots ou de petits groupes de mots sont répétés, ce n'est pas inlassablement : il s'agit de stéréotypies abouchant le plus souvent sur l'anomie et ainsi, renvoyant aux difficultés lexicales. Pour tenter de les dépasser, les mots du praticien sont parfois réitérés à la manière d'échophrasies entraînant une réverbération discursive : « - *Vous étiez en colère de tout ? - En colère, en colère de tout, de tout ce que je voyais, de tout.* » répond un consultant. S'éloignant de l'éprouver traumatique, le discours se cantonne à des généralités jusqu'à l'utilisation de phrases « toutes faites » et d'expressions populaires destinées à remplacer celles que le patient n'élabore pas lui-même : « *C'est comme ça.* » ; « *Y a pas de pièces à y coudre.* ». Prenant place au détriment d'un degré élevé d'élaboration subjective individuelle, cette reprise du langage du praticien et du discours commun conduit à la nécessité d'analyse pragmatique permettant de mieux appréhender les actes de langage, notamment dans l'adresse à autrui.

3.3) Analyse pragmatique : authentification des perturbations discursives

3.3.1) La pragmatique

Terme issu de la sémiologie, science étudiant les systèmes de signes³, la pragmatique considère l'étude des signes en situation concrète d'emploi. Le langage n'est pas considéré comme une abstraction, mais du point de vue de son utilisation dans un contexte donné. Ainsi par exemple, lorsqu'il produit un discours, le locuteur doit non seulement produire des mots ordonnés selon les structures de la grammaire de sa langue, mais aussi produire un discours qui tienne compte de la situation de communication, s'adapter à son destinataire, à ses connaissances présumées, à son statut social etc. En résumé, courant constitué de multiples sensibilités, considérée parfois différente de la linguistique, la pragmatique regroupe l'étude des caractéristiques de l'utilisation du

² La grammaire décrit tous les éléments constitutifs d'une langue (phonétique, phonologie, morphologie, syntaxe).

³ A ne pas confondre avec la sémiologie médicale.

langage monologique et dialogique : objets du discours, motivations psychologiques des interlocuteurs, analyse conversationnelle, etc.

3.3.2) *Marques pragmatiques du trauma*

Plus complexe à appréhender, cet axe du SPLIT mérite d'être subdivisé en trois sous-syndromes : la fragmentation, la désorganisation et la dépersonnalisation⁴.

La *fragmentation* est constituée de dysfluences matérialisées par des pauses, silencieuses et remplies, interrompant les énonciations en dehors, et en sus, des frontières syntaxiques naturelles. Quand bien même des énoncés incomplets (encore appelés faux-départs) persistent, certaines amorces peuvent être complétées ou réparées mais, la fluence continue de la parole reste perturbée de bribes et d'accidents.

La *désorganisation* apparaît par une baisse de la cohésion discursive comme en témoigne le traitement des anaphores avec distanciation du pronom anaphorique de son antécédent, et présence de nombreuses références anaphoriques ambiguës. La cohésion se montre perturbée par absence d'emploi efficient des connecteurs temporels et logiques. Les digressions sont nombreuses, brouillant la cohérence du discours, et perturbant le suivi chronologique des événements décrits.

La *dépersonnalisation* se manifeste par le sous-emploi des pronoms de première personne (je, on) comparativement aux pronoms impersonnels à valeur générique (on⁵, tu, vous), par l'usage des formes passives, par l'emploi des participiales gérondives et infinitives qui sont des structures permettant de ne pas exprimer l'agent, autrement dit celui qui réalise l'action exprimé par le verbe.

3.3.3) *Expression clinique*

Dans sa globalité, le discours apparaît désordonné aux plans temporels, pronominaux et grammaticaux. Les temps des verbes se télescopent sans rapport d'antériorité-postériorité, avec une générale absence du futur, la surreprésentation des modalisations négatives, des formes infinitives et des constructions passives. Le sujet de l'énoncé, marqué par l'indéfini, est éclipsé de son énonciation. Les associations de syntagmes sont difficiles, non spontanées. Un patient avance avec peine : « *C'est ça qui. C'est ça je vous dis c'est. Sur le coup quand. Je pensais pas du tout à.* ». Au paroxysme, le propos se réduit à un mot-phrase : pour traduire ses difficultés vécues là-bas et gardées avec lui, un soldat ne peut évoquer que « *l'Afghanistan* », rien d'autre, il a « tout dit ». La difficulté d'ordonnement des propositions et l'impossibilité de progression du discours peuvent aussi prendre la forme d'un retour en arrière permanent des phrases, confinant au traumatisme : « *Dernière fois que j'ai regardé ma montre. Minuit passé. Les autres sont là. Il était vers onze heures que je leur ai dit. Ils m'ont laissée. Après j'ai regardé l'heure sur la pendule en face et il est vingt-deux heures quarante-trois.* ». Le manque et l'utilisation inappropriée des connecteurs logiques et chronologiques, notamment des marqueurs de causalité, compromettent la construction d'une narration.

3.3.4) *Discussion*

Le temps présent, surreprésenté pendant de la reviviscence revécue à l'intemporel, renvoie également au présent de « narration », encore appelé historique. Toutefois, il ne s'agit ici ni de narration reconstruite à chaque évocation⁶, mais d'un moment resté saillant, présent de vérité au sens de l'incapacité de l'esprit à en construire autre chose que des sensorialités identiques exposées dans le discours en récitation littérale. Les emplois des pronoms « tu » et/ou « vous » indéfinis permettent soit de décrire l'événement de l'extérieur, soit d'inclure, d'impliquer l'interlocuteur dans la scène traumatique, comme pour l'en rendre captif, témoin ou participant obligé de la scène verbale (hypotypose). Aussi, les sujets blessés psychiques utilisent beaucoup les différents emplois du pronom « on », incluant ou distanciant le sujet dans l'expérience individuelle ou, rendue collective.

3.4) **Le SPLIT : une entité psycholinguistique cohérente marquée par la dissociation**

Si nous avons défini le SPLIT à partir de dimensions heuristiques en partant des « briques » lexicales nécessaires à la création des « piliers » phrastiques, vers l'élaboration complète d'un « temple » discursif, une compréhension globalisante s'impose derechef. Être tenté de diviser les troubles linguistiques selon la méthode scientifique classique pourrait ici devenir contre-productif car imprimant une marque dissociative supplémentaire. Il faut des mots pour construire des phrases et des phrases pour organiser un discours. Ce que nous avons rapporté comme « désorganisation » de l'ensemble du discours apparaît une marque pathologique de niveau « élevé » qui, de ce fait, impacte les niveaux plus élémentaires lexicaux et syntaxiques. Mais, réciproquement ou en même temps, ce

⁴ Afin de les représenter, les notions de fragmentation, décrite dans le paragraphe syntaxique, et de désorganisation, peuvent être imagées comme suit : la première est comme un saucisson coupé en rondelles mais maintenu dans sa forme globale, la seconde est tel un puzzle dont les pièces restent entassées dans le désordre.

⁵ Nous explicitons ci-après les différents emplois du pronom « on ».

⁶ Nous opposons les concepts de « narration » au sens d'une histoire contée et de « récitation » correspondant à une description littérale établie telle une auto-dictée

sont peut-être tout autant les atteintes des formations considérées, à tort ou à raison comme élémentaires, qui créent cette désorganisation. Si un élément linguistique est perturbé, c'est l'ensemble du message qui s'en trouve impacté. Par exemple, l'amointrissement de la diversité lexicale, rapportée par nous à la répétition, apparaît également symptôme de l'anomie. Également, l'identification des amorces complétées et/ou réparées, que nous avons référencée à la dissociation, pourrait être autant considérée comme résultant de déficits lexicaux. Réciproquement, l'amointrissement de la complexité syntaxique, intégrée dans la désorganisation, pourrait n'être que conséquente aux dimensions anomiques et répétitives.

Surprenamment, au-delà de la désorganisation, la dimension apparaissant lier intimement tous les symptômes psycholinguistiques que nous avons décrits s'avère : l'indicibilité. L'écoute des patients souffrant de traumatisme psychique laisse apparaître ce vide langagier concernant le traumatisme et ses reviviscences, telle une énigme sans solution, labyrinthe dans lequel se sont perdus et restent prisonniers les signifiants. Paradoxalement, cette impression de vide n'est pas silencieuse, au contraire, elle se manifeste péniblement par des phrases qui accrochent, tournent en rond au point de sembler toujours revenir au même point, ce silence. Du fait de leur omniprésence, les manifestations anomiques et conduites palliatives maintiennent la structure répétitive du discours. La dysfluence lexicale entraîne des phénomènes de répétitions par butée sur certains mots par incapacité à prononcer les suivants ce qui contribue à la désorganisation discursive. Ainsi, chaque dimension du SPLIT semble *impliquer* les autres, et réciproquement, *être impliquée par* les autres. N'est-ce pas là que se situe la rupture traumatique : « partout », par chaque rupture de l'organisation normale de la construction de la parole ? S'émancipant d'autres typologies discursives, le traumatisme psychique crée une construction linguistique singulière obéissant à des règles spécifiques. A l'initiation du trouble, ce nouveau squelette du langage reste sectorisé, laissant fonctionnelle l'architecture générale du langage. Il s'agit, en soi, d'une des expressions de la dissociation. En effet, les perturbations de la personne blessée psychique apparaissent conséquentielles à la dissociation traumatique du langage. Les fonctions extralinguistiques (cognitions, émotions, affects, comportements, mémoires, *etc.*) sont dissociées non seulement entre elles mais, aussi, elles restent dissociées des grandes composantes linguistiques (signifiantes, signifiées, syntaxiques et pragmatiques). Cette dissociation extensive participe probablement à sa propre pérennisation, bien qu'elle ne soit pas généralisée : entre performance et compétence existe un gradient automatico-volontaire. La parole du sujet blessé psychique a naturellement tendance à s'éloigner de l'éprouver traumatique, de parenthèses en digressions, vers d'autres sujets plus facilement accessibles à la verbalisation. En d'autres termes, les troubles du discours restent principalement polarisés sur l'expérience traumatique et ses conséquences : lorsque la scène traumatique s'approche, le sujet est figé par l'anomie traumatique et reste enserré des marques discursives de la répétition, le discours se fragmente. Inversement, plus les cognitions et perceptions du sujet s'éloignent du trauma, plus ses capacités d'expression verbale redeviennent préservées.

4) Le SPLIT discuté à la lumière de la séméiologie post-traumatique, des travaux concernant la désorganisation schizophrénique, et de la littérature traitant de la répercussion des émotions sur le langage

Dans ce paragraphe, nous comparons les éléments du SPLIT avec les descriptions nosographiques classiques et contemporaines du TSPT. Puis, nous en comparons les signes avec la schizophrénie, seule pathologie psychiatrique possédant des symptômes de perturbation du langage dans sa description et qui, reste la plus étudiée en psycholinguistique. Enfin, autant qu'elle apparaît fondamentale dans la création des perturbations discursives produites par les personnes blessées psychiques, nous discutons la notion d'« émotion traumatique » à la lumière de la littérature.

4.1.1) Corroborant la clinique classique du trauma, le SPLIT pourrait enrichir la nosographie

Le syndrome psycholinguistique traumatique s'avère le pendant verbal des symptômes séméiologiques cardinaux du trauma. L'anomie traumatique témoigne de l'instant indicible contemporain du trauma et persistant, les répétitions linguistiques renvoient aux reviviscences, les perturbations discursives correspondent à la dissociation du langage. Les capacités d'évocation verbale sont encore contraintes par l'évitement et le parasitage psychique créé des *ecmnésies*. La prééminence des formes indéfinies et impersonnelles renvoie à la dépersonnalisation face au trauma et même, à la désubjectivation. Notons la surreprésentation des modalisations négatives, des formes infinitives et des constructions passives rendant compte de la contrainte du sujet sous le joug de l'éprouver traumatique, comme s'il restait l'objet du trauma et des reviviscences, sans possibilité d'y agir. Symptôme de la déréalisation, le présent reste omniprésent, telle est la reviviscence à l'instant, comme si elle est toujours en train de survenir à l'identique, au détriment de l'avenir.

Si le SPLIT exprime la clinique classique du trauma, cette entité n'est pas strictement superposable à la nosographie américaine ayant redéfini en 2013, pour la première fois au sein d'une catégorie dédiée, le trouble de stress post-traumatique chez les adultes, adolescents et enfants de plus de 6 ans (catégorie 309.81). Purement anamnétiques sans comporter d'éléments symptomatiques, les critères A1 et A2 correspondent à la définition, dans la psychiatrie francophone, de l'événement potentiellement psychotraumatique : confrontation directe à la

mort, à une menace de mort, à une blessure grave, à des violences sexuelles⁷. Aux éléments du critère B référant les symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs involontaires envahissants, rêves récurrents, agissement comme si la situation traumatique se reproduisait) concordent les répétitions linguistiques du SPLIT. Alors que la notion d'indicibilité n'apparaît pas dans la classification américaine, seul le critère C témoignant des évitements cognitifs et comportementaux possède une parenté avec l'anomie traumatique. Enfin, la désorganisation discursive renvoie à la dissociation traumatique apparaissant élatée dans le DSM-5, ce qui constitue le symptôme même des difficultés à son essence et sa caractérisation, entre différents items et sous-items : « réactions dissociatives » (B3), « amnésie dissociative » (D1), « sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres » (D6), et enfin, spécification du type de TSPT dit « avec symptômes dissociatifs » constitués par la déréalisation et/ou la dépersonnalisation⁸.

Mais quel pourrait être l'intérêt de notre mise en évidence des empreintes psycholinguistiques du trauma référencées dans le SPLIT ? Il s'agit d'enrichir les descriptions cliniques déjà existantes afin d'aider au repérage diagnostique et aussi, de développer la recherche destinée à l'évaluation des psychothérapies. Alors que les TSPT font encore l'objet de sous-diagnostics, les nouveaux éléments cliniques formalisés dans le SPLIT donnent aux praticiens de nouvelles perspectives d'investigation clinique avant tout basée sur l'écoute attentive du discours des personnes potentiellement blessées psychiques. Ces signes permettraient-ils à eux-seuls de différencier les cadres pathologiques anatomocliniques ?

4.2) Le SPLIT comparé aux atteintes du langage des troubles schizophréniques⁹

Jusqu'à présent, pour l'espace des troubles psychiques, seule la schizophrénie possède dans le DSM un critère diagnostique langagier, spécificité probablement historique puisque les troubles du langage ont été considérés comme fondamentaux dans les descriptions sémiologiques originelles des maladies du groupe des schizophrénies (Bleuler, 1911 ; Kraepelin)¹⁰. Les perturbations du langage présentes chez ces patients ont été formalisées par différentes échelles dont la plus complète reste celle proposée par Andreasen (TLC, *Thought, Language and Communication*) : pauvreté de la parole, pauvreté de contenu (caractère vague), tachypnée (rythme ou emphase excessives), distractibilité (par des stimuli de l'environnement), tangentialité (réponses partiellement non pertinentes), perte du but, diffuence (perte graduelle du but), circonlocutions (nombreuses digressions), manque de logique, incohérence (« salade de mots », structures sévèrement perturbées), néologismes, approximations lexicales (invention de substituts pour des mots existants comme « chaussette de main » pour « gant »), langage guindé (pompeux ou exagérément formel), associations phonologiques, persévérations, écholalie, barrage, et référence à soi excessive (Andreasen, 1986). Aussi, depuis plus de cinquante ans, de nombreuses études psycholinguistiques ont été menées : nous citons une synthèse de leurs résultats en comparant les travaux les plus innovants avec les données ayant conduit à la définition du SPLIT. À première vue, pour le clinicien, le discours des patients psychotraumatisés apparaît très différent de celui des sujets schizophrènes, souvent marqué d'incohérences profondes, d'obscurité voire d'hermétisme. Mais les trois premiers éléments axiomatiques décrits dans le SPLIT apparaissent assez voisins de certains troubles psycholinguistiques également présents chez le locuteur souffrant de schizophrénie.

Sur le plan lexico-sémantique, dans les tâches de fluence (nommer un maximum de mots appartenant à une catégorie sémantique en un temps limité), les performances des sujets schizophrènes sont inférieures à celles de témoins, d'autant que des symptômes négatifs sont présents (Allen et al., 1993 ; Gourovitch et al., 1996 ; Joyce et al., 1996, Henry & Crawford, 2005). Cependant, lorsqu'ils disposent de plus de temps, ces patients se montrent capables d'égaliser les contrôles, suggérant non pas une dégradation des connaissances mais des difficultés d'accès au lexique. Cependant, pour les tâches de dénomination d'images, les patients souffrant de schizophrénie ont des performances moindres que celles des contrôles (Faber et al., 1981), au point d'approcher le niveau de patients aphasiques fluents (Landre et al., 1992). Les performances sont cependant améliorées par indicage sémantique, postulant à nouveau un problème d'accès à la mémoire sémantique plutôt qu'une perte des connaissances capacitaires (Laws et al., 1998). L'on remarquera que ces éléments lexicaux présents dans la description des troubles schizophréniques sont assez superposables à ceux définis dans le SPLIT. En revanche, en production spontanée, la tendance au maniement de mots rares ou d'usage idiosyncrasique, jusqu'aux néologismes, apparaît plus spécifique des troubles schizophréniques.

Au niveau grammatical, en production, les paraphrases et persévérations sont nombreuses. La morphologie du discours des patients présentant une psychose reste la plupart du temps normale, même si la syntaxe se caractérise

⁷ Les nouveaux critères A3 et A4 correspondant aux traumatismes indirects et répétés entraînent selon nous des perturbations psychiques différentes du classique état de stress post-traumatique et mériteraient d'être détaillés dans une catégorie à part de la même rubrique « troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress ».

⁸ Notons que dans la première définition de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-III (1980), la notion de dissociation apparaissait ténue, ce qui surprend aujourd'hui.

⁹ Rassemblés sous le même signifiant de „schizophrénie“, les troubles psychotiques endogènes intègrent en réalité de nombreuses formes cliniques parfois sémiologiquement éloignées.

¹⁰ Notons que c'est aussi le cas pour la maladie d'Alzheimer décrite dans le DSM mais dont la description sémiologique est traditionnellement davantage développée dans les ouvrages de neurologie.

par une simplification, laquelle peut même être utilisée comme élément diagnostique (Chaika, 1974)(Morice & Ingram, 1982)(Fraser et al., 1986). Là encore, ces éléments présentés dans les études sur la schizophrénie rappellent les aspects répétitifs rapportés dans le SPLIT.

Considérant l'espace pragmatique, le discours schizophrénique se caractérise par l'intrusion inattendue et apparemment non pertinente de thèmes, de chaînes d'élaboration du thème pragmatiquement inappropriées, de références floues et d'un ordonnancement perturbé des propositions compromettant la possibilité d'un message cohérent et cohésif (Hella, 2013). Dans l'interaction dialogique, les patients schizophrènes s'éloignent des maximes de Grice, lesquelles reposent sur un principe de coopération tacite entre les interlocuteurs : le destinataire présuppose que le message lui étant destiné s'avère aussi *informatif* que nécessaire (mais pas davantage que nécessaire), qu'il est *vrai*, qu'il est *pertinent*, *non ambigu* et *ordonné*, ce qui permet d'identifier l'intention communicative du locuteur [Grice, 1975]. C'est dans ce champ pragmatique que les troubles schizophréniques semblent les plus différents en termes psycholinguistiques comparativement au troisième axiome du SPLIT. La notion de « dissociation » référencée aux troubles post-traumatiques apparaît se différencier de son homonyme référencée aux pathologies psychotiques. En fait, cette dimension reste très complexe à appréhender tellement son pendant, la notion d'organisation, demeure indéfinie dans la littérature, chaque auteur organisant son propre modèle¹¹. Plutôt qu'un éloignement de certaines règles difficilement caractérisables, l'architecture du langage du sujet schizophrène semble surtout obéir à une organisation particulière, cohérente, et même, peut-être co-cohérente (par l'association de deux cohérences)[Musiol]. Le SPLIT caractérise une désorganisation différente de celle de la schizophrénie, mais désorganisation apparaissant toutefois également une organisation particulière.

Ainsi, les troubles du langage présents chez les sujets souffrant de syndrome de répétition traumatique ou de schizophrénie, sont assez différents même s'ils présentent, en apparence tout du moins, des dimensions semblables¹². Cela corrobore les divergences étiopathogéniques de ces deux cadres pathogéniques : atteinte neurobiologique primaire pour la schizophrénie, trouble davantage réactionnel pour le syndrome de répétition traumatique. Cela rend aussi compte des impasses habituelles de la séméiologie psychiatrique et donc peut-être, encore plus difficilement franchissable, de la transcription de la perception humaine considérant divers objets : signes médicaux, attitude générale d'autrui, et analyse psycholinguistique. Rümke et Minkowski avaient les premiers reconnu la pose du diagnostic psychiatrique comme intuition rapide envisageant d'emblée le contexte clinique global du patient, impression très difficile à traduire en mots, et donc communiquée par des expressions telles que le *Praecox-Gefühl* (Minkowski, 1957 ; Rümke, 1962). Comme l'avaient pressenti les premiers cliniciens phénoménologues avant que plusieurs études scientifiques ne valident cette hypothèse (Gauron, 1966 ; Sandifer, 1970), la précocité quasi instantanée de certains diagnostics psychiatriques entraîne, *secondairement*, la qualification de symptômes concordants, relevés, subséquemment à l'intuition de départ. Ce que l'on appelle *diagnostic clinique* en psychiatrie n'est souvent qu'une tautologie en ce sens où *ce* diagnostic ne renvoie à rien d'autre qu'à *lui-même*, à l'opposé d'un sens caché qui lui donnerait une *valeur* étiopathogénique (Tatossian, 1998). Cependant, quelles que soient leurs origines étiopathogéniques et leurs caractéristiques séméiologiques, certaines caractéristiques psycholinguistiques semblent se retrouver dans diverses expressions pathologiques issues des troubles thymiques, des aphasies non fluentes (de type Broca), ou encore des atteintes démentielles (maladie d'Alzheimer surtout). Alors, plus judicieuse que l'approche catégorielle, l'analyse dimensionnelle transnosographique, du normal ou pathologique, pourrait être privilégiée afin de franchir le pré carré de la séméiologie vers le dégagement de processus cognitifs responsables des perturbations langagières.

4.3) L'émotion : une dimension fondamentale des troubles langagiers présents après trauma ?

Dans le DSM-5, un état émotionnel négatif persistant, une incapacité à ressentir des émotions positives, un engourdissement ou un émoussement affectif sont des symptômes du TSPT appréhendés sur un niveau équivalent. Or la présence de l'humeur est pour nous différente de celle des émotions, quand bien même les TSPT possèdent souvent des dimensions dépressives voire constituent des dépressions post-traumatiques [Aux Fidelle]. Le traumatisme correspond au surgissement d'une « émotion » intense laquelle vient probablement influencer sur la production du langage. Cette émotion massive à forte valence négative est-elle constitutive du trauma ou bien, pourrait-elle en être dissociée ? Il serait primordial d'identifier ce qui est spécifique au traumatisme en comparant l'analyse du discours de sujet blessés psychiques à des personnes présentant une émotion négative non traumatisante. Si l'on postule le phénomène linguistique comme surfaciel et rendant compte de processus cognitifs préalables, l'expression des anomalies langagières nous permettrait aussi de remonter à l'étiopathogénie des phénomènes habituels ou pathologiques.

Concernant les émotions basiques instinctives en général brèves, émotions dites non cognitives ou primaires et dépendant plutôt de l'amygdale (peur, colère, dégoût, surprise, joie), les travaux référencés à la lexicologie et à la syntactique sont rares et peu comparables, notamment du fait de la relative absence de définition consensuelle de

¹¹ Aussi surprenant que cela puisse paraître, il n'existe pas de canevas décrivant linguistiquement « le » discours normal, sauf dans des cas très précis et limités tel le discours employé dans une boulangerie.

¹² Il existe toutefois des psychoses post-traumatiques où les syndromes post-traumatiques et schizophréniques sont associés [Aux Fidelle].

ce que constitue une « émotion » et aussi, des différentes langues étudiées. Les paradigmes expérimentaux alternent essentiellement la production d'un discours émotionnellement chargé, l'induction d'émotion avant consigne cognitive, et l'analyse du langage chez des sujets souffrant de dépression.

Sur le plan syntaxique, il apparaîtrait que les émotions déplaisantes sont exprimées au moyen de phrases plus complexes, induisant davantage de propositions subordonnées, de modifications adverbiales et d'auxiliaires, de négations, compléments circonstanciels, de phrases contenant de multiples compléments circonstanciels, plus de noms modifiés ainsi que de verbes modaux [Collier et al. (1982)]. Ainsi, sur le plan morpho-syntaxique, les émotions négatives produisent dans le discours des effets en majorité opposés à ce qui est retrouvé dans le langage des sujets blessés psychiques. Sur le plan pragmatique, les différentes sont encore plus saillantes. Concernant la production de narrations personnelles à valence émotionnelle négative, il a été observé que la structure discursive est moins cohérente comparativement à celle retrouvée pour des narrations positives [Bohanek et al. (2005)]. En outre, les émotions négatives poussent le locuteur à produire plus d'efforts pour maximiser la communication en prenant en compte la perspective de l'interlocuteur, tandis que les émotions positives donnent lieu à un langage plus égocentrique [Out 2020]. Ainsi, les sujets chez qui une émotion positive a été induite sont moins enclins à effectuer la désambiguïsation de mots homonymes, suggérant qu'une émotion positive affecte la production du langage en diminuant les capacités de théorie de l'esprit [Kempe]. Difficile, en l'état actuel de la science psycholinguistique, de différencier les émotions, même simplement fonction de leurs valences positives ou négatives, peut-être car nos émotions s'associent souvent entre-elles ou peuvent facilement passer de l'une à l'autre ?

Ces difficultés de caractérisation se retrouvent dans l'espace de la clinique traumatique où les valences émotionnelles dites « négatives » (désarroi, colère, peur, dégoût, culpabilité, haine, *etc.*) contemporaines du trauma peuvent s'y trouver associées voire remplacées, peut-être sous le coup de la dissociation, à des expressions émotionnelles positives tel le rire ou le chantonement. Positive ou négative, l'émotion entraînerait un équivalent de double tâche cognitive avec pour résultante, une simplification, un ralentissement voire une disruption du processus de production [Ellis & More, 1999, Martin & Kerns, 2011]. Le gradient automatico-volontaire que nous avons décrit dans le SPLIT pourrait être fonction de l'intensité émotionnelle, au lieu simplement d'une caractérisation des émotions qualitative ou différentielle entre positives et négatifs, voire entre les différentes typologies émotionnelles. Lorsque le trauma survient, puis lorsque les reviviscences resurgissent, le niveau émotionnel pourrait bloquer de nombreuses ressources cognitives dont les opérations langagières et les capacités d'intégration mnésique. Les accidents de performance détaillés dans le SPLIT rendraient alors compte de perturbation de la mémoire de travail, très liée aux fonctions exécutives (inhibition, élaboration de stratégies, planification, gestion spatiotemporelle, rappels de détails, certaines capacités attentionnelles, *etc.*). De moins bonnes capacités de mémoire de travail sont en effet un facteur prédisposant de développer un trouble psychique post-traumatique et, une fois ce trouble constitué, les sujets bénéficiant d'une meilleure mémoire de travail sont plus prompts à retravailler leurs reviviscences (53,54).

Conclusion

L'analyse psycholinguistique ouvre un champ d'investigation considérable pour l'espace de la psychotraumatologie. Nous avons décrit le SPLIT à partir de l'identification de signes cliniques nouveaux, visant à mieux repérer les troubles psychiques post-traumatiques et aussi, à proposer des linguo-marqueurs permettant d'évaluer les effets des psychothérapies recommandées en conditions réelles. Mais, comme déjà souffert pour des théories antérieures, il convient de prendre garde à ce qu'une modélisation innovante ne vienne pas constituer une expression du symptôme, de la dissociation. En effet, le noyau traumatique apparaît se protéger lui-même, s'insinuant jusque dans les méthodes et systèmes ayant l'ambition de l'explorer, de le circonscrire. Différemment, la nouvelle entité clinique appelée SPLIT témoigne surtout, en elle-même, d'un changement paradigmatique de notre conception du traumatisme psychique réunie par les espaces sémantiques. C'est une autre histoire que nous raconterons bientôt.

Références :

- Krebs MO. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Médico-psychologiques* 2018 ; 176 : 65-9.
- Magaud E, Kebir O, Gut A, Willard D, Chauchot F, Olié JP, Kazes M, Krebs MO. Altered semantic but not phonological verbal fluency in young help-seeking individuals with ultra high risk psychosis. *Schizophrenia Research* 2010 ; 123 : 53-8.
- Searle JR. Les actes de langage. Essai de philosophie du langage. Paris : Hermann, 1972.
- Searle JR, Vanderveken D. Foundations of illocutionary logic. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Grice HP. Logique et conversation. *Communications* 1979 ; 30 : 57-72.
- Davidson D. Enquêtes sur la vérité et l'interprétation (1984). Nîmes : J. Chambon, 1993.
- Sperber D, Wilson D. Relevance. Oxford ; Cambridge: Blackwell, 1995.
- Trognon A, Musiol M. Les régimes d'inférence en conversation. *Verbum* 1994 ; 2 : 11-31.
- Musiol M, Trognon A. Processus cognitifs et schizophrénie en psychopathologie cognitive. In: Musiol M, Trognon A, eds. *Eléments de psychopathologie cognitive. Le discours du schizophrène*. Paris : Armand Colin, 2000, pp 9-50.
- Musiol M, Rebuschi M. La rationalité de l'incohérence en conversation schizophrène (analyse pragmatique conversationnelle et sémantique formelle). *Psychologie française* 2007 ; 52 : 137-69.
- Musiol, 2007, *Op. cit.*
- Menahem R. Langage et folie. Essai de psychorhétorique. Paris : Les Belles Lettres, 1986.
- earle, 1972, *Op. cit.*
- Searle, 1985, *Op. cit.*
- Van Dijk TA, Kintsch W. Strategies of discourse comprehension. New York: Academic Press, 1983.
- Le Ny JF. La sémantique psychologique. Paris : PUF, 1979.
- Ghiglione R, Kekenbosch C, Landré A. L'analyse cognitivo-discursive. Grenoble : PUG, 1995.
- Ghiglione R, Trognon A. Où va la pragmatique ? De la pragmatique à la psychologie sociale. Grenoble : PUG, 1993.
- Gillibert J. Dialogue avec les schizophrénies. Paris : PUF, 1993.
- Trognon A. L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive. *Psychologie française* 1992 ; 37 : 189-202.
- Joseph I, Proust J, editors. La folie dans la place. Paris: EHESS, 1996.
- Musiol M, Pachoud B. L'analyse pragmatique des troubles du langage des schizophrènes comme condition de leur interprétation psychopathologique. *Psychologie française* 1999 ; 44 : 319-32.
- Minkowski E. Voie d'accès aux analyses phénoménologiques et existentielles. *Ann Med Psychol* 1957 ; II : 833-44.
- Rümke HC. Die Bedeutung von Phänomenologie und Beschreibung in der Psychiatrie. [L'importance de la phénoménologie et de la description en psychiatrie]. *Z Psychother Med Psychol* 1962 ; 12 : 94-102.
- Rümke HC. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen. [Différenciation clinique au sein du groupe de la schizophrénie]. In : Rümke HC, *Ein blühende Psychiatrie in Gefahr*. Berlin : Springer, 1967, pp 203-211.
- Haas JP. Bemerkungen zum sogenannten "Hysterie-Gefühl". [Remarques sur le soi-disant « sentiment d'hystérie »]. *Nervenarzt* 1987 ; 59 : 92-8.
- Gauron EF, Dickinson JK. Diagnostic decision making in psychiatry: information usage. *Arch Gen Psychiatry* 1966 ; 14 : 629-40.
- Sandifer MG, Hordern A, Green LM. The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *Am J Psychiatry* 1970 ; 126 : 968-73.

Tatossian A. La subjectivité. In : Wildöcher D, *editor*. *Traité de psychopathologie*. Paris : *Presses Universitaires de France*, 1998, pp 253-318.

Tatossian A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris : *Masson*, 1979, 255 p.

(53) Brewin CR, Smart L. Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005;36:61-8.

(54) Parslow RA, Jorm AF. Pretrauma and posttrauma neurocognitive functioning and PTSD symptoms in a community sample of young adults. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):509-15.

(55) Bustamante V, Mellman TA, David D, et al. Cognitive functioning and the early development of PTSD. *J Trauma Stress* 2001;14(4):791-7.

(56) Cottencin O, Vaiva G, Huron C, et al. Directed forgetting in PTSD: A comparative study versus normal controls. *J Psychiatr Res* 2006;40(1):70-80.

Andreasen, N. C. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia bulletin*, 12(3), 473.

Bohanek, J. G., Fivush, R., & Walker, E. (2005). Memories of positive and negative emotional events. *Applied Cognitive Psychology*, 19(1), 51-66.