

Approche psychanalytique du traumatisme : de l'irruption du Réel à l'errance psychique

Les formes de transmission du traumatique. Lectures et dimensions multidisciplinaires

Bertrand PIRET¹

Résumé

L'auteur rappelle comment l'abord psychanalytique du traumatisme a été influencé par la première guerre mondiale et dégage les questions psychopathologiques, encore très actuelles, qui se sont posées à Freud et à ses disciples : l'opposition entre les névroses traumatiques et les névroses de transfert (et la théorie de la séduction sexuelle), le rôle de la pulsion de mort, la distinction entre le symptôme névrotique à connotation sexuelle et symbolique et le symptôme traumatique marqué par la répétition (non symbolique) du même, l'opposition entre l'angoisse et l'effroi. Dans une seconde partie du travail, la brisure de l'Idéal, l'éclipse de l'Autre et du semblable, sont proposés comme autant d'outils de compréhension du facteur collectif dans la genèse du traumatisme dans ses liens au politique. L'importance de la honte et de la silencieuse de la mémoire est soulignée pour rendre compte des aléas de la transmission psychique du traumatisme. Enfin, l'auteur met à l'épreuve ces hypothèses pour analyser un cas clinique caractérisé par l'errance en faisant l'hypothèse que celle-ci constitue un moyen de défense fragile contre les effets du traumatisme, et il indique des pistes pour une attitude psychothérapique adaptée qui offre un cadre possible à l'élaboration et à la symbolisation du trauma.

Mots-clés : névrose traumatique, irruption du réel, répétition, pulsion de mort, honte, silence de la mémoire

Summary

This paper shows how the first psychoanalysts have been influenced by the First World War in their approach of traumatism. At that time some issues aroused which are still of current interest. Such are the opposition between the so-called transference neuroses and the traumatic neuroses; the role played by the death drive; the distinction between the symbolic repetition compulsion as observed in transference neuroses and the non symbolic reiteration of the same which characterizes the repetition syndrome of traumatic neuroses; the opposition between the anxiety affect in the classical neuroses and the dread affect (*Schrek* in German) that is so specific to traumatic neuroses. In a second part, some hypotheses are proposed to take into account the social and political connections with individual traumatism. The feelings of shame and the blank of memory are underlined as major features affecting the psychological transmission of trauma within generations and families. Eventually, a clinical case is reported. Some features of the setting of the cure are described in order to show how it is possible to help the work of elaboration and symbolic building of such traumatic clinical states.

Key words: traumatic neuroses, break-through of the Real, repetition, death drive, shame, memory blank, wandering behavior.

Les 28 et 29 septembre 1918, se tient à Budapest le cinquième congrès de L'Association Internationale de Psychanalyse. L'Europe sort à peine de la guerre, l'armistice n'est pas encore signé, et les analystes qui se retrouvent ce jour-là autour de Freud après plusieurs années de séparation, vont témoigner des effets de la guerre sur leur pratique et sur leur théorisation. La première guerre mondiale a inauguré les techniques de guerre et de destruction les plus effroyables. De nombreux médecins analystes se sont retrouvés impliqués directement dans l'accueil des blessés. Les contributions au congrès de Budapest de Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Ernst Simmel et Ernest Jones, tous quatre impliqués dans la guerre, seront éditées et constitueront le premier ouvrage des nouvelles éditions psychanalytiques internationales qui seront fondées à l'issue de ce congrès. Son titre : *La psychanalyse et les névroses de guerre* [1].

On trouve dans ces textes les questions fondamentales qui se posent encore à nous aujourd'hui à propos du traumatisme. En 1920, Freud bouleversera de fond en comble son modèle du psychisme et de l'inconscient en introduisant la pulsion de mort. On peut penser que ce remaniement théorique est la conséquence directe de la guerre et de la volonté de Freud d'intégrer à sa théorie les particularités cliniques et psychopathologiques des névroses de guerre et des névroses traumatiques. On sait combien la notion de pulsion de mort va susciter de résistance, y compris chez les élèves les plus proches de Freud. De nos jours encore, elle reste

maintenue à l'écart des conceptions de certaines écoles de psychanalyse qui la considèrent comme une élucubration déplacée et inutile.

Les conceptions ultérieures de Lacan, concernant notamment le corps, l'Autre, le réel et la jouissance apporteront à leur tour des éclairages utiles concernant la délimitation de ce que l'on peut appeler en psychanalyse le traumatisme.

Le terme est éminemment polysémique. En outre, ce qui complique notre tâche, il est à la mode. Si bien qu'on ne sait plus de quoi l'on parle lorsqu'on parle de traumatisme, y compris dans nos milieux. Un premier effort de clarification s'impose.

Dans un second temps, nous pourrions examiner l'hypothèse selon laquelle un certain type d'errance constitue à la fois un effet et/ou une protection contre le traumatisme psychique et comment les facteurs collectifs, sociaux et politiques, jouent un rôle dans la transmission voire dans la constitution du traumatisme.

I. Qu'est-ce que le traumatisme ?

I.1. Traumatisme, sexualité et pulsion de mort

Les interventions pionnières d'Abraham, Ferenczi, Simmel et Jones lors du congrès de 1918 laissaient apparaître le malaise des psychanalystes face à des manifestations psychopathologiques desquelles semblait absente la dimension sexuelle. Leur argumentation se développait sur un double plan. D'une part il s'agissait de répondre aux critiques des neurologues de l'époque qui, eux aussi confrontés aux névroses de guerre, s'appuyaient sur l'absence de facteurs sexuels déclenchants pour réfuter en bloc toute la théorie psychanalytique. Abraham, Ferenczi, Jones et dans une moindre mesure Simmel, tâchaient de démontrer dans leurs interventions que, malgré les apparences, l'étiologie sexuelle tenait un grand rôle dans le déclenchement des névroses de guerre.

Mais d'autre part, les mêmes auteurs repéraient fort bien que les névroses de guerre et les névroses traumatiques n'étaient pas superposables aux névroses de transfert. Ferenczi et Abraham insistaient tous deux sur la *régres-*

sion narcissique caractéristique de ces affections, autrement dit un repli sur les pulsions du moi au détriment des pulsions érotiques et de l'investissement libidinal. Ernest Simmel proposait la notion de *dissociation du psychisme* provoqué par la terreur et la peur de la mort. Il laissait ouverte la question de la participation d'une étiologie sexuelle et ne cherchait pas, contrairement à ses collègues, à maintenir absolument une théorie unifiée des névroses sur le modèle de l'hystérie (selon la distinction mais aussi le rapprochement entre l'hystérie traumatique et l'hystérie non traumatique). La grande énigme qui se posait à tous était évidemment celle de la prédisposition : pourquoi certains individus, exposés aux mêmes événements effroyables, développaient une névrose de guerre et d'autres non ?

Événement et prédisposition

Ces questions sont encore éminemment actuelles. Une tendance contemporaine, accentuée par l'influence nord-américaine des diagnostics statistiques, tend à confondre le *traumatisme* avec *l'événement* lui-même, incluant dans la définition du syndrome de stress post-traumatique la survenue d'un événement d'une gravité et d'une intensité exceptionnelle. Or le traumatisme n'est pas l'événement lui-même mais il en est la conséquence psychique : il est la manière dont l'événement va être accueilli, élaboré, métabolisé par le psychisme et l'ensemble des conséquences symptomatiques qui vont en découler. Il en résulte que l'on ne peut rien prévoir des conséquences psychiques à partir de l'événement lui-même. Il n'y a aucune relation de proportionnalité entre l'intensité de l'événement déclenchant et l'intensité du traumatisme. Même s'il est évident que tous les événements n'ont pas la même signification générale, ni la même portée symbolique - le hasard d'une catastrophe naturelle n'est bien sûr pas comparable à l'intention déshumanisante d'une torture organisée - il n'en reste pas moins que la survenue d'un traumatisme psychique va dépendre de facteurs strictement individuels.

Étiologie sexuelle et pulsion de mort : la distinction entre les névroses de transfert et les névroses trauma-

tiques

Quels sont ces facteurs individuels ? Il faut reprendre le parcours de la théorie freudienne pour les repérer.

Dans une première conception, Freud estime que les névroses sont des formations de défense contre l'irruption d'un moment traumatique. Cet événement est traumatique parce qu'il répète un événement antérieur qui lui-même a été traumatique. Dès les premières élaborations de Freud, la notion de répétition est donc centrale. Mais qu'est-ce qui se répète ?

Comme on le sait, Freud a d'abord pensé que le moment traumatique inaugural de la névrose réveillait un événement réel du passé, le plus souvent une tentative de séduction sexuelle de l'enfant par un adulte. Freud abandonna ensuite cette première théorie dite traumatique, de l'hystérie notamment, en introduisant la notion de fantasme. Le moment traumatique ne fait plus forcément référence à un événement réel du passé, mais à un *fantasme*. Et la survenue d'un événement réel dans le passé n'est pas indispensable ni essentielle à la formation du fantasme. Ce que répète donc le moment traumatique, c'est un traumatisme fantasmé, un conflit infantile de nature sexuelle. Le fantasme est au centre de la conception des névroses de transfert : hystérie, névrose obsessionnelle et névrose phobique. Lorsque l'on parle de *traumatisme* à propos de ces névroses, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'un traumatisme lié à un événement qui n'a jamais eu lieu, qui est de nature inconsciente, en rapport avec le monde infantile et le fantasme.

Les élèves de Freud vont chercher à faire rentrer dans ce cadre les névroses traumatiques et les névroses de guerre, parfois avec un certain succès et les exemples sont assez nombreux de patients pour lesquels la symptomatologie d'une névrose traumatique a pu, grâce à un travail psychanalytique suffisamment approfondi, être mise en rapport avec une étiologie sexuelle qui était masquée par le facteur traumatique actuel [2]. Pourtant, des différences persistent et insistent entre les névroses de transfert classiques et les névroses traumatiques, à commencer par ce que les cliniciens ont très tôt repéré comme

le syndrome de reviviscence ou de répétition. Freud va s'y arrêter et, sous la forme des cauchemars répétitifs des névroses traumatiques, cet élément clinique avec quelques autres va justifier la mise en place de la pulsion de mort et de la compulsion de répétition. À partir du texte de 1920, *Au-delà du principe de plaisir*, une nouvelle conception du traumatisme apparaît, qui permet d'opposer presque terme à terme les névroses de transfert aux névroses traumatiques. Freud prend ainsi le contre-pied de ses plus fidèles disciples au risque de susciter leur résistance.

À l'amnésie qui caractérise les névroses de transfert et notamment l'hystérie, qu'il s'agisse de l'amnésie infantile ou de l'amnésie qui entoure le moment traumatique déclencheur de la névrose, s'oppose l'hypermnésie de la névrose traumatique[3]. Le problème du traumatisé est justement de ne rien pouvoir oublier de la scène et des événements dont il a été victime. Ces scènes reviennent de manière répétitive, incontrôlables par la volonté, hanter la conscience et le sommeil des patients.

Ce que la névrose de transfert parvient à refouler, la névrose traumatique au contraire le rend présent, et d'une présence terrifiante qui donne aux névrosés traumatiques le sentiment de vivre à nouveau la scène traumatique initiale. Il n'y a pas de refoulement possible dans la névrose traumatique : l'événement persiste, insiste au titre d'une présence quasi hallucinatoire et ne parvient même pas à accéder au statut de souvenir, un souvenir que l'on pourrait oublier.

Si l'angoisse est l'affect qui caractérise la névrose de transfert (notamment dans l'hystérie et la phobie), c'est l'effroi qui caractérise la névrose traumatique. Selon la conception freudienne l'angoisse comme mécanisme de préparation et donc de protection vis-à-vis du danger est précisément ce qui manque à la névrose traumatique. L'événement traumatisant atteint un psychisme non préparé et donc beaucoup plus vulnérable.

En apparence, rien ne renvoie à une étiologie sexuelle infantile dans les névroses traumatiques : la dimension de l'actuel occupe toute la scène.

La temporalité s'est modifiée. Le traumatisé ne s'inscrit plus dans une continuité historique où le présent se tisse d'impressions laissées par le passé et de projections dans l'avenir. L'événement traumatique a introduit une coupure radicale entre un passé désormais inaccessible, celui où la vie était normale, et un présent qui s'éternise sans plus aucune possibilité d'anticipation dans l'avenir. Au niveau du discours des patients, la vie passée d'avant l'accident ou d'avant le traumatisme n'est plus investie et c'est la possibilité même de mettre en récit leur vie qui est atteinte. Alors que dans la névrose de transfert, les manifestations du désir sexuel inconscient et l'investissement libidinal sont repérables, la plainte du névrosé traumatique est plutôt de ne plus avoir aucun désir et de ne pouvoir plus investir aucune relation. Certains s'éprouvent comme des morts vivants.

Il n'y a au fond dans la névrose traumatique aucun *symptôme* au sens du symptôme névrotique freudien, celui qui découle d'un conflit intrapsychique inconscient de nature sexuelle. Les symptômes de la névrose traumatique sont eux-mêmes des *réitérations* du traumatisme initial plutôt que des *trauctions* comme peuvent l'être les symptômes métaphoriques des névroses de transfert.

On imagine alors combien l'accueil et l'écoute des névroses traumatiques impliquent des exigences et des modalités particulières. Il faut pouvoir accueillir une parole difficile, hésitante, souvent honteuse et très longtemps centrée sur les événements déclenchants ou les plaintes corporelles. Le syndrome de répétition par son insistance risque de bloquer encore plus la parole, en réveillant de manière stérile et répétitivement identique, les mêmes affects d'effroi et d'horreur. Le transfert se met difficilement en place car le vécu envahissant de l'événement justifie une logique écrasante de l'évidence quant à la cause des symptômes : aucun savoir autre n'est interrogé, au-delà de l'évidence de l'horreur vécue.

Tous ces points opposent névroses de transfert et névroses traumatiques jusqu'au principe même du travail psychanalytique qui dans un cas consiste à lever le refoulement alors que dans

l'autre il consisterait plutôt à favoriser l'oubli. Quel est le statut de l'intervention du psychanalyste, de ses interprétations et la fonction de sa présence dans ce cadre si particulier ?

Répétition symbolique et réitération du même

Du point de vue psychopathologique, il est nécessaire d'opposer des mécanismes distincts. Dans la névrose habituelle, l'événement à l'origine du trauma est refoulé et fait secondairement retour dans un symptôme. C'est par exemple la toux de Dora décrite par Freud [4]. La répétition va se situer au niveau du symptôme et dans la manière dont il va être répétitivement adressé à l'autre. Le symptôme névrotique est déjà une formation symbolique, une tentative de traduction du trauma à travers le corps ou par une idée, à partir des représentations, des signifiants qui composaient l'histoire du sujet jusqu'à cet événement. Autrement dit, l'événement va prendre un sens en fonction des attentes et des désirs inconscients du sujet. Lorsqu'il réveille des désirs inavouables ou coupables, il est alors refoulé et produit du symptôme. C'est parfois une métaphore facilement identifiable. La répétition vise à symboliser ce trauma, à travers le symptôme, dans un lien à l'autre. C'est une demande de reconnaissance qui cherche son adresse.

Sur quoi porte précisément le refoulement ? Pas seulement sur le souvenir du traumatisme, mais aussi sur la part (de jouissance) que le sujet a prise (à son insu) dans ce fantasme ; c'est-à-dire la contribution du sujet à ce fantasme. Cette place du sujet s'indique par ses symptômes : dégoût, honte, culpabilité, angoisse... Qui permettent que le sujet reste voilé, et se dérobe à la reconnaissance de son implication dans le fantasme. Le fantasme est ainsi une formation de l'inconscient qui a pour fonction de maquiller, de masquer la réalité pour empêcher que le souvenir ne survienne (qu'il s'agisse du souvenir d'un fait réel ou imaginaire...). Le souvenir traumatisant se trouve ainsi morcelé, décomposé, intégré dans plusieurs fantasmes qui le rendent peu reconnaissable, sauf par la reconstruction dans l'analyse.

À l'inverse dans la névrose trauma-

tique, le vécu traumatique initial n'est pas refoulé, et n'entre pas en résonance avec le réseau symbolique qui caractérise à ce moment donné la position et la structure du sujet. Autrement dit, l'événement, les signifiants qui éventuellement le désignent, ne sont pas intégrés, n'entrent pas en écho avec les fantasmes préexistants et n'acquièrent aucune signification dans l'inconscient. Le souvenir du trauma n'est pas modifié, ni morcelé en plusieurs fantasmes : au contraire il se présente et persiste tel quel, non refoulé et non oublié. On retrouve la classique description du « corps étranger » en position paradoxale d'être à l'intérieur du psychisme du sujet mais sans contact signifiant avec ce qui détermine ce sujet du point de vue de l'inconscient. La répétition qui se manifeste alors dans cette situation de traumatisme non noué, non lié, n'est pas symbolisante. Elle apparaît plutôt comme une tentative désespérée mais toujours en échec de créer du sens. C'est plutôt une répétition du même, une répétition d'un inaugural qui se répète identique à lui-même. C'est d'ailleurs ainsi que Freud interprétait la répétition des cauchemars traumatiques. Jacques Hassoun a fort bien décrit ces deux types de répétition dans son travail sur la pulsion de mort [5].

La question est donc de savoir d'une part pourquoi dans certains cas l'événement ne parvient pas à s'intégrer dans le réseau symbolique d'un sujet et d'autre part comment nous pouvons favoriser cette intégration, dans la situation thérapeutique.

Deux conceptions opposées du traumatisme : le traumatisme comme écho de l'infantile, le traumatisme comme irruption inaugurale du réel.

Cette distinction, si elle est utile, ne résout cependant pas toutes les ambiguïtés. Le problème de fond est celui du statut du réel pour le psychisme. Ou, pour le dire autrement, la manière dont le psychisme accepte et supporte le radicalement nouveau et la rupture. On sait que la névrose (de transfert) a pour fonction essentielle d'établir l'illusion de la continuité en interposant entre le sujet et l'objet, ou entre le sujet et l'événement réel (ce qui lui tombe dessus) le fantasme, qui ramène le nouveau à du déjà connu, de l'attendu ou du désiré. Il en

résulte que nous n'avons jamais accès directement à la réalité du monde, mais seulement à son interprétation à travers le fantasme, ce qui serait la définition minimale de la réalité psychique. Alors comment la surprise est-elle possible ? Comment l'ouverture au nouveau peut-elle se faire ? C'est la question essentielle du traumatisme que la clinique nous indique très précisément à travers les notions de *surprise* et d'*effroi* qui caractérisent toujours le déclenchement des névroses traumatiques.

En faisant appel à cette notion de réel, au sens lacanien du terme, qui désigne ce qui échappe au langage et à la représentation, c'est-à-dire ce à quoi nous avons accès seulement de manière médiate, on pourrait à la limite décrire trois niveaux de processus traumatiques.

1. *Le premier niveau serait celui des névroses de transfert : un événement réel entre d'emblée en écho avec un réseau de signifiants dans l'inconscient et suscite la réactivation d'un fantasme. Le trauma va alors être refoulé et les symptômes correspondront au retour de ce refoulé.*
2. *Le deuxième niveau est celui où l'événement réveille des désirs tellement inavouables que les fantasmes ainsi réactivés vont rester isolés du sujet, et c'est la non reconnaissance de la part que le sujet prend à ces fantasmes qui va induire la symptomatologie traumatique (on peut invoquer l'exemple du syndrome du survivant où le sentiment de culpabilité s'interprète parfois comme l'impossibilité de reconnaître que la mort du compagnon d'armes a été désirée et que la réalisation de ce souhait est associée à la survie ; c'est aussi l'histoire que relate Anny Duperey dans son ouvrage « Le voile noir » [6] où il apparaît qu'elle a vécu plusieurs dizaines d'années sans pouvoir élaborer le trauma de la mort violente de ses parents et sans pouvoir en faire le deuil en raison de l'association de cette mort avec un désir inavoué et honteux qui correspondait au fantasme qu'elle avait étant petite fille d'être orpheline).*
3. *et on peut imaginer un troisième niveau où l'événement réel peut être*

assimilé à un signifiant tellement nouveau pour le sujet qu'il va bloquer l'évolution et l'élaboration des fantasmes infantiles. C'est autrement dit la découverte d'une dimension du réel qui avait jusque-là totalement échappé au sujet. L'intégration de ce nouvel élément suppose une réorganisation complète de la structure du sujet, une nouvelle lecture de son histoire et de son rapport au monde. Ce sont les coordonnées fondamentales qui structuraient jusque-là le sujet, dans son rapport notamment à la sexualité et à la mort, à la fonction narcissique, à la fonction maternelle et à la fonction paternelle, qui sont prises en défaut et devront se modifier. À ce dernier mécanisme, pourraient correspondre les traumas particulièrement horribles et monstrueux lié à la guerre, la torture ou les exterminations, qui soumettent n'importe quel sujet à un au-delà de ce qu'il peut se représenter, même en fantasme.

À l'inverse, on doit se méfier de la qualification « d'irruption du réel » attribuée de nos jours un peu facilement à certains événements que le sens commun qualifie d'horribles. La violence, même extrême, ne correspond pas toujours à l'irruption d'un réel au sens du radicalement nouveau, mais bien souvent à la réalisation d'un fantasme jusque-là inavoué. Slavoj Žižek évoque à ce propos la tragédie du 11 septembre 2001 [7]. Cette violence terroriste n'a pas fait irruption dans notre la réalité comme l'effraction d'un réel absolument innombrable et inattendu, mais on peut au contraire penser que l'irruption de cette *image* (la médiatisation de l'événement) a brutalement fourni une interprétation difficile à admettre : la réalisation d'un fantasme déjà présent et repérable à travers les nombreuses fictions et films hollywoodiens qui mettaient en scène de telles attaques terroristes...

Insuffisances des conceptions quantitatives, énergétiques et spatiales (les théories de la rupture de l'enveloppe)

Les développements qui précèdent évitent de recourir aux métaphores énergétiques et spatiales. Le trauma est considéré comme l'irruption d'un

réel que l'appareil psychique cherche à tout prix à intégrer dans un réseau de signification préexistante. Il a donc la valeur d'un signifiant en puissance. On conçoit alors qu'il n'y a pas de rapport de proportionnalité entre l'intensité objective d'un trauma (ce qu'on pourrait en mesurer au niveau de la sensorialité) et ses conséquences subjectives. D'autre part, cette conception ne nécessite pas de faire appel aux métaphores qui présupposent une unité close du moi, sous la forme d'une enveloppe ou d'un cadre imaginaire. L'événement traumatique ne vient pas ouvrir une brèche sur une unité fermée et homogène que serait le moi. Au contraire, l'événement traumatique vient toucher une structure déjà trouée et divisée et vient justement réactiver les conflits et des mécanismes de défense mis en place pour passer à cette division originaire. La notion d'effraction chère à Freud trouve là ses limites, comme les extensions indues de la notion de traumatisme que certains appliquent à toute expérience de rupture et de perte, en matière d'exil et de mutations culturelles notamment.

1.2. Traumatisme et psychologie collective : le traumatisme et l'Autre

Ce qui est atteint dans le processus traumatique ce n'est pas tant la fonction contenante d'une enveloppe, que la fonction de soutien d'un idéal. C'est à travers cette notion d'idéal que l'on peut comprendre comment le processus traumatique est à l'origine d'une rupture dans le lien à l'autre et au collectif.

Dans son ouvrage *Psychologie des foules et analyse du moi* [8], Freud distingue deux modalités très précoces de relation de l'enfant aux parents : l'investissement libidinal et l'identification. L'investissement libidinal correspond à l'investissement érotique, à l'amour que l'enfant porte à ses parents (ou à l'un d'eux) tandis que l'identification est le processus grâce auquel l'enfant va faire siens les idéaux du parent. Ces deux modalités sont indépendantes. C'est sur la base de l'identification - au père, disait Freud - que va se forger l'idéal du moi. On pourrait dire que l'idéal du moi est une instance intermédiaire entre le subjectif et le collectif, qui dépend de l'identification au père ou aux parents, mais au-delà,

de l'identification à des idéaux collectifs auxquels le père lui-même est identifié. C'est ce lien aux idéaux collectifs qui dépassent l'étage familial qui autorise la transmission entre les générations. Les paroles qui vont véhiculer le désir parental vont s'énoncer *au nom* d'un idéal supérieur qui transcende les individualités, qu'il s'agisse de l'appartenance à un groupe, du respect de certaines traditions, de l'attachement à une langue etc. La construction de la subjectivité n'est possible que grâce à ce montage à deux niveaux, le niveau familial et l'étage collectif. Le processus traumatique des névroses traumatiques ou des névroses de guerre ébranle précisément cette construction. Pour le dire autrement, la construction de la subjectivité nécessite la mise en place d'une instance qu'on pourra appeler le *grand autre*, l'Autre, et qui constitue en quelque sorte une garantie d'existence. Toute la subjectivité est appendue à cette supposition d'exister. Pour que l'ensemble des mécanismes subjectifs et désirants puisse fonctionner, il est au départ nécessaire que le sujet soit supposé exister dans le regard de l'Autre. On peut faire appel à ce niveau aux élaborations de Lacan et de son stade du miroir [9].

Or dans le traumatisme, plusieurs dimensions de ce rapport à l'Autre sont attaquées. La clinique en rend compte de diverses manières. Ainsi lorsqu'elle témoigne du sentiment de désaffiliation des sujets traumatisés. L'homme traumatisé se ressent comme abandonné non seulement de son groupe d'appartenance mais bien souvent comme exclu de l'humanité elle-même. C'est ce sentiment de mort-vivant si souvent rapporté ou cette question insistante des rescapés des camps d'extermination à propos de la signification de l'appartenance à l'espèce humaine. Il suffit de songer au titre de l'ouvrage de Primo Lévi : « *Si c'est un homme* » [10], ou à celui de Robert Antelme : « *L'espèce humaine* » [11]. Le traumatisme, celui qui conduit à détruire les attaches symboliques et les idéaux collectifs qui soutenaient jusque-là le sujet, détruit en fait les conditions mêmes d'une transmission subjective possible.

Le discrédit de l'idéal est lui-même, on l'oublie trop souvent, un facteur tra-

matogène. C'est ce qui rend compte, comme les psychiatres militaires l'ont toujours observé, de la plus grande fréquence des névroses de guerre dans le cadre des guerres perdues et honteuses que dans le cadre des guerres glorieuses et victorieuses. Il en est ainsi de la guerre d'Algérie dont l'appellation même de « guerre » n'a été reconnue que très récemment. Avant on parlait en France avec euphémisme des « événements ». La guerre d'Indochine a elle aussi fournie son contingent de névrosés traumatiques, fixés pendant des décennies à leur douleur et à une demande de reconnaissance qui n'aboutissait pas. La guerre du Vietnam, on le sait maintenant, a fait plus de mort par suicides parmi les vétérans revenus du front que parmi les soldats au cours du combat. C'est cette quête de restauration d'un idéal perdu ou discrédité qui explique la présence si fréquente d'un sentiment de préjudice et d'une demande de réparation chez les traumatisés. Déjà dans les suites immédiates de la première guerre mondiale, Freud et ses élèves avaient dû vigoureusement combattre les accusations de lâcheté et de simulation qui visaient les soldats traumatisés, accusations qui confondaient leur recherche de réparation symbolique avec une triviale recherche de bénéfices financiers. Cela nous donne déjà quelques indications sur une dimension de premier plan à prendre en compte dans la prise en charge du traumatisme : la quête d'une reconnaissance symbolique par l'Autre. Et dans ce cas particulier, la reconnaissance ne peut s'obtenir si le psychanalyste ou le thérapeute reste identifié au modèle caricatural du miroir sans réaction, de la neutralité absolue et du silence glacial que certains croient de mise.

La métaphore lacanienne du stade du miroir permet de rendre compte d'un autre aspect fréquemment observé dans notre clinique des réfugiés et des demandeurs d'asile victimes d'atrocités. C'est le versant dit imaginaire au sens de Lacan, c'est-à-dire celui qui va concerner l'image du corps. Un certain nombre de nos patients se sont trouvés exposés au spectacle insoutenable de la destruction, du démembrement, de la mise en pièces du corps de leurs semblables. Parfois même, ils ont été con-

trains de participer à cette destruction par l'enrôlement de force dans des milices (comme un réfugié bosniaque me l'a raconté il y a quelques années). Il s'agit là d'un traumatisme particulier qui touche directement les assises narcissiques de la constitution de la subjectivité. C'est le stade très archaïque de la formation de l'image du corps dans l'image en miroir du semblable qui se trouve mis à mal, avec toutes les conséquences possibles en termes de dépersonnalisation et d'angoisses de morcellement. On saisit avec cet exemple combien nous sommes loin de la sphère érotique et sexuelle des névroses de transfert pour lesquelles le traumatisme a toujours plus ou moins la signification d'une menace de castration. Ce n'est pas la perte d'un objet qui constitue ici la menace, mais la destruction de sa propre image et de l'unité de son corps propre. La conséquence clinique que nous pouvons observer, c'est l'identification du sujet au déchet, à l'objet exclu, à jeter. La tonalité de ces situations cliniques relève plutôt de la mélancolie que de l'angoisse. Le sujet se retrouve doublement exclu du champ de l'Autre, à la fois par cette attaque de la constitution imaginaire de son moi et par la destitution de ses attaches symboliques aux idéaux. Olivier Douville a fourni des observations très éclairantes sur ces phénomènes aussi bien en ce qui concerne les dits exclus de nos sociétés, les personnes en grande précarité [12], qu'à propos des enfants de la guerre en Afrique, auprès desquels il travaille, et qui se retrouvent à la fois exclus de tout lien social et dessaisis de leurs assises imaginaires de par les actes de violence auxquels ils ont parfois participé en tant qu'enfants soldats. Douville signale des cas d'anorexie mentale chez des jeunes filles africaines qui correspondent à cet aplatissement de l'image de leur corps déssexualisés [13].

Chez les personnes qui ont subi des actes de torture, des viols et autres sévices, c'est bien souvent un rapport de confiance dans l'humanité en général qui a été détruit. Tous ces actes et ces expériences ébranlent de fond en comble ce en quoi le sujet croyait jusque-là, c'est-à-dire la manière dont il s'était construit une représentation de l'Autre qui lui permettait d'éprouver le senti-

ment d'une commune appartenance, d'une relation et d'une compréhension possible. C'est ce supposé « bien commun » ou ce « le lieu commun » qui s'effondre dans le traumatisme. Le sentiment d'une commune humanité. Le traumatisme touche donc au plus profond de l'humain à la fois dans la construction de son image comme humain et dans la signification symbolique de son appartenance à l'humanité.

1.3. Les influences traumatogènes du collectif

Nous venons de voir comment les conséquences de certains traumatismes pouvaient s'expliquer par une attaque du lien aux idéaux collectifs. Inversement, il est important de comprendre comment certaines situations sociopolitiques qui constituent en elle-même des régressions ou des perversions des idéaux collectifs peuvent fournir le terrain propice à l'éclosion de symptomatologies très proches de la symptomatologie traumatique que nous venons d'évoquer.

Les différentes dictatures qui manient la terreur et le mensonge institutionnalisés sont à l'origine d'un total discrédit des institutions censées représenter les idéaux collectifs d'une nation [14]. Les guerres civiles qui destituent radicalement la figure paternelle du pouvoir pour lui substituer des rivalités fraternelles meurtrières aboutissent à cette même abolition de toute figure symbolique susceptible de soutenir l'idéal [15].

À un autre niveau, il existe un discrédit des idéaux parentaux qui affecte les populations immigrées dans nos sociétés occidentales. Les discours et les idéologies racistes, les discriminations concrètes, les difficultés d'intégration et le refus assez généralisé de reconnaître et de prendre en compte les particularités de la culture d'origine des migrants sont à l'origine de situations d'équilibre précaire sur le plan psychologique, fondée sur le clivage, et susceptibles de décompenser au moindre incident ou accident existentiel. Il en résulte un tableau clinique assez stéréotypé chez le travailleur migrant qui tombe malade ou qui est victime d'un accident du travail. C'est un effondrement narcissique brutal et profond qui affecte tous les repères qui jusque-là soutenaient

l'existence du migrant. Il perd tout désir, toute force de travail, toute confiance en lui, ce qui se manifeste souvent par des vertiges et des phobies généralisées ; il se sent brutalement totalement exclu de ses liens d'appartenance : incapable d'exercer son rôle dans la famille, il y vit en reclus ; il évite les contacts sociaux. Ces patients décrivent les conversations courantes avec les amis ou les manifestations de jeu de leurs enfants comme de véritables agressions et les vivent sur un mode traumatique qui appelle même parfois la violence. Mais ils sont tout autant désarrimés de leur communauté et de leur culture d'origine dont ils se vivent exclus et abandonnés à une effroyable solitude. Le facteur déclenchant le plus fréquent de ces états bien connus, peut-être l'avez-vous remarqué, est ce moment où les enfants devenus adolescents entrent en crise ou en conflit avec leurs parents. Or dans la situation particulière de l'exil, cet appel des enfants comporte l'exigence de faire face aux antagonismes toujours présents entre les idéaux collectifs de la culture d'origine et ceux de la culture du pays d'accueil où les enfants ont grandi (ou entre les différentes générations). Or dans ces situations pathologiques, tout se passe comme si les parents, et plus souvent les pères, se heurtaient à l'impossibilité d'élaborer ce conflit de manière positive. Ils ne peuvent faire le travail de deuil et de sacrifice qui est inévitable pour créer de nouveaux compromis compatibles avec la vie présente et se retrouvent figés, bloqués dans une position que l'on peut qualifier à juste titre de traumatique. Là encore, je renvoie aux travaux d'Olivier Douville qui le premier a décrit avec précision cette psychopathologie [16].

La honte est l'affect commun de l'ensemble de ces situations traumatiques, bien plus que l'angoisse ou la culpabilité. La honte, contrairement à l'angoisse, ne renvoie pas à la scène sexuelle œdipienne mais à un stade de formation du sujet bien antérieur qui là encore est plutôt à situer au niveau de la formation du moi dans le regard de l'Autre. Il s'agirait plutôt d'une mise à nu de l'homme comme le philosophe Giorgio Agamben a pu en parler avec son concept de « vie nue » [17], une destruction du sentiment d'humanité

dans l'humain qui le renvoie à une existence presque biologique, c'est-à-dire désarrimée des affiliations symboliques qui font le propre de l'homme. Les migrants déçus, les grands exclus de nos sociétés, les enfants soldats et autres enfants des guerres, les rescapés des tortures et autres traitements déshumanisants, les combattants de guerres méprisées, les enfants des peuples exterminés, partagent à des degrés divers cette honte fondamentale.

La transmission du traumatisme ne peut se comprendre qu'à partir des effets de cette honte.

1.4. *Réflexions générales sur la transmission du traumatisme : le silence et la honte*

La honte des grands traumatisés a peu à voir avec la pudeur et ses racines sexuelles. Elle correspond plutôt à ce moment archaïque de formation du moi dans le miroir à un stade où le *je* n'est pas encore distingué de *l'autre*. C'est d'ailleurs pourquoi dans ces situations on observe des passages complexes et réciproques entre la honte de soi, la honte de l'autre et la honte pour l'autre. Cette honte, par exemple dans le transfert, et de manière plus générale aussi, pourrait constituer un ultime signal d'humanité, un ultime signal lancé à l'autre comme un appel à réintégrer le lien social. La honte serait en quelque sorte le signal d'une nostalgie de l'humanité.

Qu'est-ce qui va se transmettre du traumatisme lorsque le traumatisé lui-même est dans cette position d'exclusion du lien social et du lien généalogique ? Lorsqu'il est lui-même coupé de, déçu, abandonné par l'idéal ? Contrairement aux situations où la libido, les pulsions de vie et le principe de plaisir dominant la scène, et où la transmission est avant tout transmission du désir à travers ses multiples manifestations et expressions, toujours indirectes, nous avons dans le cas du traumatisme affaire à l'emprise de la pulsion de mort et à ce qu'on peut appeler après Alice Cherki une situation d'*empêchement subjectif* [18]. Ce qui va se transmettre alors ce ne sont pas les rejets d'un désir, mais les effets du silence et de la honte.

Le silence correspond à cette impos-

sibilité de transmettre une expérience vécue, symbolisée, et des événements qui fassent histoire pour le sujet qui a été victime du traumatisme. Mais il est d'autant plus pesant pour ce sujet et pour ses proches que le collectif lui-même va s'en faire complice comme c'est le cas pour ces silences de l'histoire collective qui suivent les entreprises coloniales et génocidaires. On voit encore ici le lien très direct et concret entre la possibilité pour un sujet de symboliser son trauma et l'existence de fictions collectives, de discours dans l'espace public qui fassent office de lieux de métaphorisation [19]. Lorsque le politique se fait complice des silences de l'histoire, il n'y a pas de possibilité de symboliser l'étranger en soi, il y a blocage de l'accès au refoulement et à l'oubli.

L'effet de ce type de transmission a été décrit en ce qui concerne par exemple les secrets de famille à partir des élaborations de Nicolas Abraham et Maria Torok [20]. Ce ne sont pas les signifiants d'un désir inconscient qui se transmettent dans ces situations-là, mais le fantôme d'un corps étranger dont la structure a été rapprochée par ces auteurs de celle d'une crypte, c'est-à-dire d'un lieu isolé, clôturé, d'une enclave séparée de l'espace psychique par des cloisons hermétiques. C'est une sépulture qui se transmet, celle d'un mort vivant, indice du deuil impossible du traumatisé.

II. *Errance et traumatisme*

Je voudrais maintenant terminer mon intervention par l'évocation d'un cas clinique qui illustre un certain nombre des points que j'ai soulevés. Il s'agit d'un homme que j'ai traité pendant plusieurs mois et qui m'avait été présenté comme en grande souffrance psychique, totalement désespéré et désorienté. Il me semble qu'il correspond à cette situation que plusieurs auteurs ont tâché de décrire sous la rubrique de *l'errance psychique*. Une errance qui s'inscrivait aussi dans l'espace physique puisque cet homme algérien se retrouvait depuis son arrivée en France six ans plus tôt dans une errance qui l'avait amené dans de nombreuses villes sans jamais qu'il parvienne à s'y fixer. Mais surtout il s'agissait d'une errance psychique au sens où c'est la notion même de lieu

et de déplacement qui semblait abolie. Comme Alice Cherki le souligne [21], il ne faut pas confondre l'errance et le *nomadisme*, lequel peut constituer un mode de vie et surtout investit le déplacement et les étapes qui font lieux de manière cohérente, dans le cadre d'un projet orienté. J'ajouterai qu'il ne faut pas non plus confondre l'errance avec le *vagabondage* que pratique un certain nombre de sujets dont le projet est de « prendre la route ». C'est pourquoi l'errance peut correspondre à de grands déplacements comme aussi à la stagnation, au piétinement dans l'espace réduit d'un terrain vague entre deux barres d'immeubles.

Olivier Douville a proposé de parler à propos de ces situations de « désorientation subjective », Alice Cherki parle « d'empêchement subjectif », « d'exil en suspens » [22], de « panne du sujet » comme aussi Jean-Jacques Rasio [23]. La notion de *mise en suspens de la subjectivité* convient bien au cas clinique dont je vais vous parler, elle permet d'insister sur le processus dynamique qui est à l'œuvre dans certaines de ces situations et qui a une fonction de résistance contre l'investissement d'un travail psychique. Elle met aussi l'accent sur la manière dont, dans le transfert, ce suspens peut être interrompu.

M. B. se présentait d'emblée comme perdu et en rupture totale avec les autres. Plus aucune confiance en lui, de fréquentes « crises de nerf », c'est-à-dire des crises d'agitation, une tendance disait-il « à s'éclipser » pour rester seul, à l'écart, loin du bruit et des gens qu'il ne supportait plus. Il dormait soit à la rue soit dans les foyers d'hébergement d'urgence, au milieu des « SDF » et des clochards qui lui renvoyaient, disait-il, une image d'animal. Avec le temps, au cours des entretiens, l'image qu'il a de lui-même va en effet prendre une tonalité nettement mélancolique : après quatre semaines de rencontres rapprochées, et alors qu'un transfert est établi, il explique qu'il s'est toujours senti gêné, indésirable, un fardeau pour tous ceux qui l'entouraient et même un « poison ». Mais ceci, ajoute-t-il, c'était un mot du père qui depuis l'enfance n'avait eu de cesse de le rabaisser et de le mépriser.

Dès le départ, j'ai institué avec ce patient la possibilité de rencontres extrêmement fréquentes, quasi quotidiennes, tellement son état était inquiétant (nous avons la possibilité en France grâce à une couverture de sécurité sociale universelle valable même pour les patients situations irrégulières, de les recevoir en cabinet libéral : l'Aide Médical d'Etat). Son regard semblait perdu et terrorisé, il exprimait avant tout une intense perplexité comme si plus rien autour de lui ne pouvait plus faire sens ni orienter aussi bien son discours que ses actes. Cette offre d'un espace de parole aux modalités extrêmement souples, puisqu'il avait des rendez-vous presque quotidiens et qu'il savait pouvoir venir même sans rendez-vous n'importe quand, a eu un effet positif immédiat. Sans doute cela marquait-il une reconnaissance qui manquait cruellement au patient, mais la manière dont j'ai présenté cette offre de parole a surtout provoqué un sentiment de *curiosité* et d'*incrédulité* qui, je pense, ont été les moteurs principaux de la psychothérapie qui a suivi. En effet, malgré la gravité, l'intensité des symptômes et les craintes légitimes de passages à l'acte autodestructeurs, malgré un état proche de la confusion et qui aurait pu faire recuser tout travail de parole, j'ai au contraire d'emblée insisté auprès de lui sur l'importance de prendre le temps de parler et de comprendre ce qui lui arrivait. Qu'on accorde une telle confiance à ses paroles, il n'en est à vrai dire jamais revenu, jusqu'à la fin de nos entretiens. Et chez cet homme qui avait mis en berne son désir, c'est bien le désir de l'analyste, sa curiosité et son investissement explicite dans le travail de parole et dans l'écoute qui a pu susciter chez lui un désir de savoir. Il faut savoir autrement dit, dans certains cas, ne pas hésiter à manifester son désir en lieu et place du patient lorsque celui-ci s'éprouve d'une manière tellement négative qu'il n'est même plus capable d'imaginer que quiconque puisse lui porter intérêt. Et cette idée qu'il ne compte plus pour l'autre (le petit autre comme le grand autre) n'est pas une coquetterie, un appel érotisé à l'attention de l'autre, mais une véritable conviction, très proche de celle, délirante, qu'on observe dans la mélancolie. D'ailleurs, les idées suicidaires n'étaient

pas absentes chez ce patient ni les tentatives de suicide dans le passé, y compris en Algérie.

Il avait été touché par certains événements liés au terrorisme puisque le petit commerce qu'il tenait avait été saccagé et qu'une de ses tantes avait été tabassée dès lors qu'il avait refusé ou bien n'avait pas pu se soumettre aux rackets que les islamistes voulaient lui imposer. C'est après cet événement qu'il est venu directement en France sans même essayer de se faire protéger dans son pays. Mais cet épisode n'était manifestement pas le plus marquant de son histoire et il n'y fera pratiquement jamais plus allusion passé le premier entretien.

Pourtant, sans qu'il ait été victime d'événements catastrophiques au sens du DSM IV, il était bien porteur d'une histoire traumatique, au sens où il semblait que rien des événements violents subis dans son histoire n'ait pu être refoulé ni élaboré.

Toute son histoire familiale était une suite de violences. Aîné de trois sœurs et d'un frère, il s'était toujours senti particulièrement visé par le mépris et la violence du père sans jamais comprendre la raison de cette violence. Il en avait conçu l'hypothèse qu'il n'avait jamais été désiré et l'attitude plus ou moins indifférente de sa mère incapable de le protéger du père le confortait dans ce sens. Toute sa vie avait été marquée par la peur du père. La terreur lui nouait le ventre tous les soirs lorsqu'il fallait rentrer à la maison. Il savait que sans raison, les coûts pouvaient pleuvoir. La seule figure positive avait été celle du grand-père paternel et elle était à l'origine d'une sorte de fixation fantasmatique sur la France qui, disait le patient, ne l'avait pas lâché depuis l'âge de 11 ans. En effet son grand-père pour le féliciter de son entrée en sixième, lui avait offert un séjour en France pendant l'été auprès d'une tante. Ce séjour paradisiaque dans son souvenir était devenu un pôle d'attraction constant donnant corps à son désir de fuir à la fois la famille et l'Algérie. À 18 ans, avant de passer son bac, il fugue à Paris pour y rejoindre une tante maternelle. On le ramène de force. Son père le rejette encore plus et il va vivre chez son grand-père. Il tente de fuir la région du père en

partant au Sahara auprès d'une sœur. Mais même là-bas, il vit dans la peur que le père ne le retrouve et ne lui demande des comptes.

C'est l'épisode des menaces terroristes qui va le pousser à définitivement fuir l'Algérie pour la France.

Dès les premières semaines de cette psychothérapie, il exprimera son étonnement concernant les interprétations que je lui propose et le travail psychique qui se remet en marche en lui. Ainsi un beau jour, alors qu'il évoque la terreur de son père et la peur qui était associée à la maison familiale, il explique s'être toujours senti à la maison comme dehors, c'est-à-dire *sans abri*. Il accepte d'emblée le lien que je lui propose avec sa situation actuelle de sans-papiers à la rue et réellement sans abri. Il répond « oui, ça m'a rattrapé ».

Assez rapidement, le réinvestissement du travail psychique, du travail de pensée et de représentation, de la parole, va se manifester par la survenue et le récit de très nombreux rêves. Il sera très étonné d'y rencontrer des lieux et des personnages de son enfance qu'il croyait avoir oubliés. Parallèlement à ce réinvestissement du travail psychique, émergent progressivement de nouveaux affects. La résurgence des images du passé ou simplement l'évocation des violences familiales sont dans un premier temps à l'origine d'une angoisse paralysante proche de l'effroi. Cette résurgence s'accompagne d'un sentiment de colère à mon endroit et il en vient à émettre de vigoureux reproches pour finalement me mettre dans le transfert à la place même du père tortionnaire. Mais déjà, à ce stade, le réel qu'il met en récit ne l'effraie plus mais l'angoisse. Grâce à la mise en lien dans le transfert, l'effroi suscité par l'agression brutale d'un réel incompréhensible se transforme petit à petit en angoisse face au désir énigmatique d'un autre. À partir de là, il va pouvoir interroger dans le transfert l'image de déchet inutile à laquelle il s'identifie sous la forme d'une question qu'il m'adresse répétitivement : « pourquoi me faites-vous souffrir ainsi ? Que suis-je donc pour vous pour que vous m'obligiez à parler ainsi et à rêver ainsi ? Je ne suis pour vous qu'un objet d'étude, pas un humain. Je suis une formule pour vous.

Vous ne m'écoutez pas avec le cœur ». Et ainsi de suite. Mais dans le même temps, au cours des mêmes séances, il se perd en remerciements et en embrassades, s'assurant, incrédule, que je vais encore accepter de le voir malgré son infamie, que je ne vais pas le rejeter ou appeler la police pour qu'on l'expulse.

Il devient extrêmement réceptif aux interprétations que je lui propose de certains de ses rêves. Il lui arrive de ne pas dormir de la nuit après certaines séances où il rumine mes paroles et ses rêves. Angoisse, colère, perplexité et incrédulité se mêlent constamment.

Ce qu'il supporte le moins, ce sont mes exhortations à quand même espérer, mes interprétations lorsque elles visent chez lui la manifestation d'un désir de vivre et qu'elles s'opposent au mode de défense désespéré qu'il avait mis en place pour démontrer, voire exhiber sa déchéance et son destin définitivement barré. Il en a « mal à la tête » d'entendre cela, me dit-il.

Au bout de quelques mois, des thématiques sexuelles vont apparaître dans ses rêves, à son grand étonnement. Par association d'idées, il se souviendra d'agressions sexuelles dont il n'a jamais pu parler à ses parents. Des désirs agressifs et de vengeance envers certains personnages vont apparaître, à sa grande angoisse. Une grand-mère particulièrement rejetante, son frère qu'il tue en rêve. Mais le père, lui, continuera à apparaître comme un tyran effrayant et paralysant au cours de cauchemars dont il se réveille en suffoquant et en vomissant. À plusieurs reprises, il se réveillera de ces cauchemars où le père intervient en urinant sous lui, régression manifeste à un stade très infantile. Ce père violent et alcoolique, jamais il n'a pu lui répondre ni même élever la voix en sa présence. À l'âge de 30 ans encore il se laissait frapper à coups de poing sans réagir. Il s'interroge : « pourquoi cette domination absolue ? ».

Six mois après le début de cette psychothérapie, la thématique de la castration va apparaître. Il voit en rêve un homme qui s'est coupé les parties intimes. Cela se passe dans une cour, dans une maison de *maître*. Il y a beaucoup de sang. Les gendarmes, des mi-

litaires. Il regarde sans bouger. Au fond, il y a comme un tremblement de terre, des montagnes qui se disloquent, qui bougent. Au réveil il lui vient la pensée suivante : « il ne faut plus bouger, il faut rester au foyer d'hébergement toute la vie qui me reste, c'est fini ». Il accepte mon interprétation : « si je bouge, ça va être un tremblement de terre et je risquerai d'être châtré. » Mais il est en colère à l'idée que peut-être il se complaît dans sa situation et n'ose pas franchir le pas qui le libérerait de la terreur. Aux deux séances suivantes, il est très en colère et m'accuse de vouloir le rejeter. Pour mettre un terme à son angoisse, il se propose de se rendre à la police, pour me débarrasser de lui. Il menace aussi de se couper la gorge devant moi dans le bureau avec un cutter pour m'obliger à appeler la police afin qu'on l'expulse. Il dit : « je dois choisir la mort plutôt que la vie. Ça doit s'arrêter. J'en ai marre d'errer. Vous ne voulez pas me croire, mais c'est mon destin. » Les rêves suivants qui marqueront la fin de la psychothérapie parviennent à mettre en scène un peu d'espoir. Dans l'un d'eux, au terme d'une course pour fuir des chiens, il trouve une maison entourée d'une cour, avec des arbres, de l'air, des feuilles, bref un abri. Dans un autre, il rêve de sa famille qui empoisonne des enfants. Il est furieux, il réveille les enfants. Il chasse sa sœur et sa tante. Il sauve quatre enfants mais l'un d'eux meurt. Dans l'un des derniers rêves, il se trouve avec moi dans un jardin. Je l'emmène dans un bar quand surgit un barrage de policiers. J'ai un cartable. Je le prends par la main et puis je pars et je ne reviens plus. Au réveil il est déçu que je ne sois pas là. Il me dit : « je crois que vous ne m'aimez pas ».

Quelque temps plus tard, il m'annonce sa décision de quitter Strasbourg pour rejoindre Marseille, la seule ville où il a pu voilà quelques années nouer pendant quelque temps de véritables relations affectives ; il y avait rencontré un vieil homme qui l'avait pris sous sa protection et une femme avec qui il avait vécu pendant quelques mois. Il prendra le temps de mûrir cette décision et réussira à ne pas fuir dans un passage à l'acte comme ceux qui ont précédé. Il acceptera une lettre de recommandation à une collègue, bien

décidé à continuer là-bas un travail psychothérapique. Je n'ai pour l'instant pas eu de nouvelles de lui.

Je n'insisterai pas sur le premier enseignement que l'on peut tirer de ce cas clinique, à savoir que l'écoute psychanalytique commence dès les toutes premières rencontres, avec ce qu'on appelle les préliminaires, qui font partie intégrante du travail du psychanalyste. Et que cette écoute peut s'avérer très efficace même dans les cas en apparence désespérés, chez ceux qui semblent exclus de tout lien social et au-delà de l'accès à la parole.

Ce qui m'a frappé chez ce patient comme chez d'autres exilés, et notamment certains Algériens, c'est la tonalité traumatique de l'ensemble du discours. Tous les événements de leur vie passée et actuelle, toutes les rencontres semblent constituer des agressions brutales, des violences que rien ne peut amortir. Raconter ces événements, c'est les revivre avec le même sentiment d'effroi qui se répète comme si rien n'avait pu faire écran et comme si aucun fantasme, aucune élaboration psychique n'avait pu leur permettre de les intégrer dans une histoire signifiante. Voilà ce qui rejoint le processus traumatique que j'ai décrit plus haut dans les cas plus classiques que nous connaissons. Comment peut-on en arriver là ? Je ferai l'hypothèse suivante à partir du facteur qui semble avoir été déclenchant pour cet homme, à savoir les menaces des terroristes qui l'ont conduit à passer à l'acte et à fuir son pays. Que s'est-il passé pour lui à ce moment ? Il explique qu'il n'a même pas envisagé d'aller voir la police pour tenter de se faire protéger. Autrement dit, il a rencontré en acte l'arbitraire et la déliquescence des institutions de son pays qui sont entrées en écho avec l'arbitraire et la violence qui avaient toujours régné dans sa famille. Non seulement il n'avait jamais pu trouver le sentiment d'un abri chez lui, mais l'État censé le protéger en tant que citoyen s'avérait lui aussi incapable de fournir le moindre abri. Il est probable que pour certains sujets fragilisés l'effondrement des institutions de leur pays a pour effet de les projeter dans un monde de total arbitraire au sein duquel tout ce qui leur arrive est vécu sur un mode traumatique, c'est-à-dire comme l'irruption d'un réel

insensé, chaotique et arbitraire. C'est ce qui se produit lorsque l'État n'est plus digne d'aucune confiance, qu'il se fait le complice des assassins et de la terreur ou qu'il érige le mensonge et le déni comme vérité d'État (et on peut penser aux ravages que produit la fameuse loi d'amnistie en Algérie [24]). Il n'y a plus aucun idéal collectif qui tienne, la méfiance est généralisée et chacun devient un ennemi et un danger potentiel. C'est bien l'ambiance que nous ont décrit tous les Algériens qui sont arrivés au cours des années noires : une société où le lien social lui-même semble détruit puisque chaque voisin, chaque frère même pouvait s'avérer du jour au lendemain appartenir au camp de l'ennemi ou du délateur. Ce genre de configuration sociopolitique produit du traumatique parce qu'elle fait disparaître toutes les possibilités de référence à des espaces tiers de symbolisation ou de métaphorisation dignes de confiance.

Mais cette dimension traumatique ne s'exprime pas comme dans les névroses traumatiques car il n'y a dans ces situations plus d'autre/autre à qui s'adresser, même sous la forme des plaintes communes ou du syndrome de répétition qui nécessite au minimum une adresse. La seule solution qui reste c'est l'absentéisation psychique, l'errance psychique ou encore la traduction psychosomatique directement au niveau du corps. C'est d'ailleurs ce dont témoignent nos collègues médecins algériens qui observent une prévalence élevée des maladies psychosomatiques au cours de la dernière décennie.

La première étape du traitement dans ces situations c'est donc d'établir un cadre, dont la présence pleine de l'analyste fait partie, qui soit susceptible d'établir à nouveau le sentiment que son existence est supposée par le regard de l'Autre.

Au fond, lorsqu'une société est à ce point gangrénée, et ce fut le cas au temps des dictatures en Amérique du Sud par exemple, et c'est encore le cas dans de nombreux pays ravagés en Afrique, la question ne serait pas tant d'expliquer la survenue du processus traumatique que celle de savoir comment certains parviennent malgré tout à y échapper !

Conclusion

Nous concluons ce travail en insistant sur la nécessité de revenir aux questions fondamentales que pose la psychopathologie du traumatisme afin de rendre compte des faits cliniques les plus actuels : réhabilitation de l'opposition entre pulsion de mort et pulsions sexuelles, comme entre deux fonctions opposées de la répétition, celle qui symbolise l'évènement et celle qui le maintient à l'état de corps étranger issu d'un réel non verbalisable ; articulation entre la psychopathologie individuelle et les multiples déterminants sociaux et politiques qui contribuent à créer et entretenir l'état traumatique ; fonction des silences de la mémoire historique sur les modes de transmission du traumatisme ; intérêt d'un retour à la psychopathologie du traumatisme et de la symbolisation pour éclairer les cliniques nouvelles telles que l'errance.

Références:

4. FERENCZI S, ABRAHAM K, SIMMEL E und JONES E (1919) *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, (Einleitung von FREUD S.) Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig und Wien. Trad. Anglaise : FERENCZI S, ABRAHAM K, SIMMEL E and JONES E (1921) Psycho-analysis and the War Neuroses, (Introduction by Prof. Sigm. Freud), the International Psycho-Analytical Press, London, Vienna, New-York. Traductions françaises : ABRAHAM Karl (1918) Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre, in œuvres complètes, T. 2, Payot, 1973, pp. 173-180 ; FERENCZI Sandor (1919) Psychanalyse des névroses de guerre, in œuvres complètes, T. 2, Payot, 1970, pp. 27-43 ; FREUD S (1919) Introduction à « La psychanalyse des névroses de guerre », in Résultats, idées, problèmes, p 245-247, P.U.F., 1984.*
5. Voir notamment Simmel E (1919), in FERENCZI S, ABRAHAM K, SIMMEL E and JONES E (1921), op.cit.
6. Selon la distinction proposée par Adnan Houballah, in HOUBALLAH A (1998) *Destin du traumatisme. Comment faire son deuil.* Hachette, Paris.

7. FREUD S (1905) *Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)*, in *Cinq psychanalyses*, PUF, Paris, 1954.
8. Cf. HASSOUN J (1987) *Les Indes occidentales; à propos de la théorie des pulsions et de « au-delà du principe de plaisir »*, éditions de l'éclat, Montpellier.
9. DUPEREY Anny (1995) *Le voile noir, Le Seuil, Paris, et l'analyse qu'en fait A. Houballah (1998), op.cit.*
10. ZIZEK S (2002) *Bienvenue dans le désert du réel*, Flammarion.
11. FREUD (1921) *Psychologie des masses et analyse du moi*, OCF, PUF
12. LACAN J (1966) *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*, *Écrits*, Le Seuil, Paris.
13. LEVI Primo (1958) *Si c'est un homme*, Julliard, coll. Pocket, 1987.
14. ANTELME R (1947) *L'espèce humaine*, Gallimard, coll. Tel.
15. Par ex. : DOUVILLE O (1999) *Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité*, in « Exclusions, précarité : témoignages cliniques », *Psychologique Clinique*, n°7, 57-68, L'Harmattan.
16. Communication personnelle.
17. GOMEZ MANGO E (1987) *La parole menacée*, RFP n°3, p899-914.
18. HOUBALLAH A (1996) *Le virus de la violence*, Albin Michel
19. DOUVILLE O. (1990) *D'une position traumatique de l'étranger. Cahiers Intersignes n°1 : Entre psychanalyse et Islam.*
20. AGAMBEN Giorgio (1997) *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue.* Le Seuil.
21. CHERKI A (1997) *Exclus de l'intérieur - empêchement d'exil*, in *Psychologie clinique n°3 «L'exil intérieur»*, Printemps 1997, L'Harmattan, Paris.

22. Cf. Cherki, *ibid.*
23. ABRAHAM Nicolas et TOROK Maria (1987) *L'écorce et le noyau*, Flammarion.
24. CHERKI A (1998) *Figures de l'errance*, in PTAH (Psychanalyse-Traversées- Anthropologie-Histoire) n°5/6, pp 67-72, ARAPS, Paris.
25. CHERKI A (1997) *Exclus de l'intérieur - empêchement d'exil*, in *Psychologie clinique* n°3 «L'exil intérieur», Printemps 1997, L'Harmattan, Paris.
26. RASSIAL Jean-Jacques (1999) *Le sujet en état limite*, Denoël.
27. Voir : Dr Abdelhak BENOUNICHE : *De l'amnistie à l'amnésie*, en ligne sur www.p-s-f.com (lien : <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?article117>)

Auteurs :

1. Psychiatre, psychanalyste, Praticien attaché aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Responsable de la Consultation Transculturelle, Président de Parole sans frontière (www.p-s-f.com) .

