

UNIVERSITÉ PARIS 13 – UFR DES LETTRES, DES SCIENCES DE L'HOMME ET DES SOCIÉTÉS

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13**

***Discipline : Psychologie***

présentée et soutenue publiquement

par

**Thierry BAUBET**

le 3 avril 2008

**Titre :**

**Effroi et métamorphose  
Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques  
en situation d'impasse thérapeutique**

***Directrice de thèse : Madame le Professeur Marie Rose Moro  
Université Paris 13***

**JURY**

**Mme le Professeur Marie-Claude Fourment, Université Paris 13, *Présidente***

**M. le Professeur Jean-Marc Baleyte, Université de Caen, *Rapporteur***

**M. le Docteur Olivier Taïeb, Université Paris 13, *Rapporteur***

**M. le Professeur Christian Mille, Université de Picardie**

Mes remerciements et ma gratitude vont à Mme le professeur Marie Rose Moro (Université Paris 13) qui a accepté de diriger ce travail avec la même confiance qu'elle m'a accordé dans mes activités cliniques et institutionnelles dans le service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, et de psychiatrie générale qu'elle dirige à l'hôpital Avicenne (AP-HP). Sa capacité à transmettre et à encourager la créativité de ses collaborateurs a permis que je puisse mettre en place dans son service le dispositif thérapeutique qui est analysé ici.

Je remercie Mme le professeur Marie-Claude Fourment (Université Paris 13) qui a accepté d'évaluer ce travail et de présider notre jury de thèse.

Je remercie également M. le professeur Christian Mille (Université de Picardie) pour avoir bien voulu juger ce travail, et M. le professeur Jean-Marc Baleyte (Université Caen Basse Normandie) pour avoir accepté d'en être le rapporteur.

Merci enfin à M. le Dr Olivier Taïeb (Université Paris 13), qui a bien voulu juger ce travail, en être rapporteur, et me prodiguer ses conseils avisés et soutenant.

Je souhaite remercier chaleureusement ma famille et mes amis pour m'avoir soutenu au cours de ce travail.

Je remercie aussi vivement les thérapeutes des groupes trauma. Ce travail est le fruit d'une élaboration commune pour de larges parts. Merci donc à Tahar Abbal, Charles Di, Cédric François, Catherine Le Du, Katherine Lévy, Héroïse Marichez, Caroline Marquer, Salim Mehallel, Dalila Rezzoug, Jeanne Flore Rouchon, Gesine Sturm, ainsi que Jérôme Pradère.

Je remercie également, pour leurs relectures critiques et leurs conseils Judith Ayosso et Taïeb Ferradji.

Enfin, merci à Stéphanie Bruneau pour sa relecture et son aide précieuse à l'organisation du manuscrit.

« Je reviens  
d'au-delà de la connaissance  
il faut maintenant désapprendre  
je vois bien qu'autrement  
je ne pourrais plus vivre ».

Charlotte Delbo

*Auschwitz et après, Vol II : Une connaissance inutile* (1970b : 91)

« Je me souviens d'un jeune homme – un homme encore jeune – empêché de mourir par la mort même – et peut-être l'erreur de l'injustice. [...]

Je sais – le sais-je – que celui que visaient déjà les allemands, n'attendant plus que l'ordre final, éprouva alors un sentiment de légèreté extraordinaire, une sorte de béatitude (rien d'heureux cependant), - allégresse souveraine ? La rencontre de la mort et de la mort ?

A sa place, je ne chercherai pas à analyser ce sentiment de légèreté. Il était peut-être tout à coup invincible. Mort – immortel. Peut-être l'extase. Plutôt le sentiment de compassion pour l'humanité souffrante, le bonheur de n'être pas immortel ni éternel. Désormais, il fut lié à la mort par une amitié subreptice. [...]

Demeurait cependant, au moment où la fusillade n'était plus qu'en attente, le sentiment de légèreté que je ne saurais traduire : libéré de la vie ? L'infini qui s'ouvre ? Ni bonheur, ni malheur. Ni l'absence de crainte et peut être déjà le pas au-delà. Je sais, j'imagine que ce sentiment inanalysable changea ce qui lui restait d'existence. Comme si la mort hors de lui ne pouvait désormais que se heurter à la mort en lui. « Je suis vivant. Non, tu es mort ». [...]

Qu'importe. Seul demeure le sentiment de légèreté qui est la mort même ou, pour le dire plus précisément, l'instant de ma mort désormais toujours en instance.

Maurice Blanchot

*L'instant de ma mort* (1994 : 7, 10-11, 16-17, 20).

## Table des matières

Introduction .....	8
<b>1- Effroi et traumatisme psychique : état de la question.....</b>	<b>11</b>
1.1- HISTOIRE DU CONCEPT DE TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	14
1.1.1- <i>De l'antiquité au XIX<sup>ème</sup> siècle</i> .....	14
1.1.2- <i>Le tournant du XX<sup>ème</sup> siècle</i> .....	19
1.1.3- <i>Les deux guerres mondiales</i> .....	21
1.1.4- <i>Les courants contemporains : stress et traumatisme</i> .....	24
1.1.5- <i>Place des troubles post-traumatiques dans les nosologies psychiatriques</i> .....	26
1.2- CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES .....	32
1.2.1- <i>Les réactions immédiates et précoces</i> .....	32
1.2.2- <i>Les troubles durables : la « névrose traumatique »</i> .....	33
1.2.3- <i>Les troubles post-traumatiques complexes</i> .....	34
1.3- VERS UNE METAPSYCHOLOGIE DE L'EFFROI ET DU TRAUMATISME PSYCHIQUE .....	39
1.3.1- <i>Le paradigme dissociationniste</i> .....	39
1.3.2- <i>Freud</i> .....	42
1.3.3- <i>Les contemporains de Freud</i> .....	53
1.3.4- <i>Les travaux ultérieurs</i> .....	63
1.4- LES EFFETS CONTRE-TRANSFERENTIELS DE L'EFFROI.....	84
1.4.1- <i>Devereux</i> .....	85
1.4.2- <i>Travaux de Wilson et Lindy : les ruptures d'empathie</i> .....	86
1.4.3- <i>Travaux de Dalenberg</i> .....	90
1.4.4- <i>Travaux de Lachal : le « scénario émergent »</i> .....	91
1.5- FIGURES MYTHOLOGIQUES DE L'EFFROI.....	96
1.5.1- <i>Persée et la tête de Méduse</i> .....	96
1.5.2- <i>Orphée</i> .....	104
1.5.3- <i>Niobé</i> .....	106
1.5.4- <i>Synthèse</i> .....	109
<b>2- Perspectives anthropologiques et ethnopsychanalytiques.....</b>	<b>110</b>
2.1- ETHNOPSYPCHANALYSE ET COMPLEMENTARISME .....	114
2.2- EXEMPLES ANTHROPOLOGIQUES DE MODELES SPECIFIQUES.....	117
2.2.1- <i>Khala'â (Maghreb)</i> .....	120
2.2.2- <i>Susto (Amérique du Sud et Centrale)</i> .....	122
2.2.3- <i>Hak-Tao (Hakka de Polynésie)</i> .....	124
2.2.4- <i>Bla kira (Miskitos du Nicaragua)</i> .....	127
2.2.5- <i>Lanti (Bisayas des Philippines)</i> .....	127
2.2.6- <i>Mogo laya (Hulis de Papouasie Nouvelle Guinée)</i> .....	128
2.2.7- <i>Ataque de nervios</i> .....	130

2.2.8- <i>Latah, Myriatchit et Imu : comportements culturels stéréotypés en réponse à la frayeur</i> .....	131
2.2.9- <i>Autres exemples</i> .....	131
2.3- ANALYSE DE CES DIFFERENTS MODELES .....	134
2.4- DE LA SOUFFRANCE A LA RECHERCHE DE SOINS .....	136
2.5- TRAUMATISME, EFFROI, ET INITIATION .....	139
2.6- LECTURE ETHNOPSCHANALYTIQUE.....	145
2.6.1- <i>La frayeur comme agent pathogène</i> .....	145
2.6.2- <i>Le traumatisme psychique comme procédé technique</i> .....	146
2.6.3- <i>La traumatophilie</i> .....	149
2.6.4- <i>De la « sinistrose » à la névrose traumatique du migrant</i> .....	149
<b>3- Hypothèses et méthodologie</b> .....	<b>154</b>
3.1- HYPOTHESES .....	155
3.2- METHODE.....	156
3.2.1- <i>Matériel</i> .....	156
3.2.2- <i>Analyse</i> .....	164
<b>4- Situations cliniques</b> .....	<b>165</b>
4.1- HAKIM : UNE LONGUE HISTOIRE, DE TRAUMAS REPETES, DE POSSESSION ET DE MALEDICTION.....	166
<i>Le motif initial de consultation selon le médecin neurologue : le risque de sinistrose</i> .....	166
<i>Première évaluation</i> .....	167
<i>Évaluation du couple en petit groupe</i> .....	169
<i>Évaluation de la famille en petit groupe et mise en place des soins</i> .....	173
<i>La migration de Hakim : un traumatisme auto-infligé</i> .....	176
<i>Transes</i> .....	177
<i>Des « crises » à la possession</i> .....	179
<i>L'autre femme</i> .....	187
<i>La malédiction</i> .....	192
<i>La waâda</i> .....	197
<i>Hakim, l'invisible et le psychothérapeute</i> .....	199
<i>Akhuni et poète</i> .....	202
4.2- LINE : DES OBJETS POUR LE GROUPE.....	206
4.2.1- <i>L'histoire de Line et la prise en charge individuelle</i> .....	206
4.2.2- <i>Les séances de groupe</i> .....	208
4.3- PAUL « INAKALE » .....	224
4.3.1- <i>Les premières rencontres</i> .....	225
4.3.2- <i>L'hospitalisation</i> .....	227
4.3.3- <i>Après l'hospitalisation</i> .....	229
4.3.4- <i>Les entretiens de groupe</i> .....	234
4.3.5- <i>Evolution ultérieure : se préparer à l'arrivée d'un enfant</i> .....	250
4.4- DJIBRIL : « NOUS SOMMES LES ETRANGERS » .....	252

<i>Première séance : un enfant mort deux fois</i> .....	252
<i>La représentation de l'enfant abiku chez les Yoruba</i> .....	257
<i>Analyse de la première séance de groupe</i> .....	258
<i>Seconde séance : être fou ou mort</i> .....	260
<i>Troisième séance : savoir, oublier</i> .....	262
<i>Quatrième séance : voyage chez les morts</i> .....	264
<i>Cinquième séance : solitude et attente</i> .....	266
<i>Dernières séances : « Je cherche à être qui je suis »</i> .....	267
<b>5- Discussion</b> .....	<b>271</b>
5.1- ANALYSE CLINIQUE : CLINIQUES TRANSCULTURELLES DE L'EFFROI.....	272
5.1.1- <i>Des névroses traumatiques « complexes » et « résistantes » aux soins</i> .....	273
5.1.2- <i>L'effroi</i> .....	274
5.1.3- <i>Interactions entre traumatisme et migration</i> .....	283
5.2- ANALYSE DU PROCESSUS THERAPEUTIQUE.....	285
5.2.1- <i>Statut du récit traumatique</i> .....	285
5.2.2- <i>Fonction contenante du groupe trauma</i> .....	289
5.2.4- <i>Groupe et aspects transculturels</i> .....	295
5.2.5- <i>La question des langues</i> .....	296
5.3- PROPOSITIONS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES .....	299
<i>RECONNAISSANCE DE L'EFFROI ET DE SA SEMIOLOGIE</i> .....	299
<i>LA NEVROSE TRAUMATIQUE RESISTANT AUX SOINS, EN SITUATION TRANSCULTURELLE EST UNE IMPASSE DE LA METAMORPHOSE IMPOSEE PAR L'EXPERIENCE DE L'EFFROI</i> .....	300
<i>REMETTRE LA METAMORPHOSE AU TRAVAIL : L'APPUI SUR LES CONTENANTS CULTURELS ET PSYCHIQUES</i> .....	301
<b>6- Conclusions et perspectives</b> .....	<b>303</b>
<b>Références Bibliographiques</b> .....	<b>308</b>

# INTRODUCTION



Depuis plusieurs années, notre pratique nous conduit à rencontrer des patients, notamment des adolescents et de jeunes adultes issus de contextes culturels multiples et présentant des pathologies liées à des traumatismes psychiques, que ce soit en situation humanitaire, avec *Médecins Sans Frontières*, ou bien avec des migrants en France, au Centre Hospitalo-universitaire Avicenne à Bobigny<sup>1</sup>. Cette pratique rejoint la constatation commune sur le fait que les troubles psychotraumatiques<sup>2</sup>, liés à des traumatismes psychiques, existent partout, même si d'importantes différences peuvent être observées sur le plan de leur expression, de la manière de les concevoir, de les vivre et de les communiquer (Baubet & Moro 2003a). Nous faisons l'hypothèse que ce qui est commun à tous ces troubles, en situation transculturelle, ne doit pas être recherché dans une constellation de symptômes, mais dans les processus par lesquels ces troubles s'édifient et persistent (Baubet & Moro 2003a). Nous postulons que l'effroi serait un mécanisme retrouvé de manière fréquente quel que soit le contexte culturel, comme étant à l'origine des troubles liés aux traumatismes psychiques.

Après avoir analysé la littérature psychanalytique, anthropologique et ethnopsychiatrique sur la question de l'effroi, nous nous proposons dans ce travail d'explorer ce processus au cours des pathologies psychotraumatiques chez le patient migrant : comment peut-on définir l'effroi en situation intra- et transculturelle, quelle est la place de ce processus dans la psychopathologie des troubles psychotraumatiques, quelles en sont les incidences sur le processus thérapeutique ? Pour cela, nous avons constitué un corpus clinique à partir du travail que nous menons à la consultation transculturelle du psychotraumatisme, à l'hôpital Avicenne.

---

<sup>1</sup> Service de psychopathologie du Pr Marie Rose Moro. L'hôpital est situé à Bobigny, en Seine-Saint-Denis, ville et département marqués par une grande diversité culturelle.

<sup>2</sup> Nous désignerons dans l'ensemble de ce travail les troubles psychiques post-traumatiques par le terme « troubles

Nous avons mis au point une technique de consultation transculturelle en groupe de seconde intention pour les patients présentant des troubles psychotraumatiques résistant aux traitements psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques de première intention. Il s'agit de proposer une nouvelle sémiologie et de démontrer l'impact thérapeutique d'une technique de soins qui permet la reconnaissance et l'élaboration de la frayeur, de ses traces psychiques, corporelles et culturelles. L'analyse de différentes situations cliniques de patients migrants ou demandeurs d'asile présentant de graves troubles post-traumatiques résistant aux soins et l'analyse de leur prise en charge psychothérapeutique nous conduira à proposer de nouvelles hypothèses théoriques et cliniques concernant l'effroi et les troubles psychotraumatiques. Permettre la reprise de processus de changement dans ces situations complexes et figées d'impasse thérapeutique constitue un enjeu majeur de la clinique du trauma chez les adolescents et les jeunes adultes.

---

psychotraumatiques » qui est aujourd'hui communément adopté par les cliniciens francophones et que nous discuterons infra.

# **1- EFFROI ET TRAUMATISME PSYCHIQUE : ETAT DE LA QUESTION**

Le terme *effroi* désigne<sup>3</sup> le « saisissement provoqué par une très grande peur » et par extension, « ce qui cause de la frayeur ». Pour Laplanche et Pontalis (1967), l'effroi<sup>4</sup> est la

« réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser » (1992 : 128).

Etymologiquement, *effroi* dérive, tout comme le verbe *effrayer* du latin *exfridare*, le préfixe *ex-* ayant une valeur privative, et la racine signifiant « paix ». L'effroi est ainsi ce qui « fait sortir de l'état de tranquillité ». L'Encyclopédie<sup>5</sup>, dite « des Lumières », apporte des précisions intéressantes concernant l'usage qui était en cours à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle concernant ces mots, dans l'article «Allarme» (1751 : 412) :

« La terreur naît de la présence d'un événement ou d'un phénomène que nous regardons comme le pronostic et l'avant-coureur d'une grande catastrophe. [...] L'effroi et la terreur naissent l'un et l'autre d'un grand danger : mais la terreur peut être panique, et l'effroi ne l'est jamais. Il semble que l'effroi soit dans les organes, et que la terreur soit dans l'âme. La terreur a saisi les esprits, les sens sont glacés d'effroi ; un prodige répand la terreur, la tempête glace d'effroi » (1751 : 412).

Et dans l'article « Effrayant » (1755 : 412) :

« Effrayé, épouvanté, et allarmé désignent en général l'état actuel d'une personne qui craint et qui témoigne sa crainte par des signes extérieurs. Epouvanté est plus fort qu'effrayé, et celui-ci qu'allarmé. On est allarmé d'un danger qu'on craint, épouvanté d'un danger présent, effrayé d'un

<sup>3</sup> Sauf mention contraire, nous nous référons au dictionnaire : Trésor de la Langue Française Informatisé (ATILF-CNRS/Universités de Nancy 2004-2005).

<sup>4</sup> En allemand schreck, en anglais fright et en espagnol susto.

<sup>5</sup> L'Encyclopédie est mise en ligne conjointement par l'ATILF/CNRS et le ARTFL Project de la Chicago University et consultable à l'adresse suivante : <http://portail.atilf.fr/encyclopedie/index.htm>

danger passé qu'on a connu sans s'en apercevoir. L'allarme produit des efforts pour éviter le mal dont on est menacé ; l'effroi se borne à un sentiment vif et passager, l'épouvante est plus durable, et ôte presque toujours la réflexion. »

Le substantif *frayeur* a une étymologie tout à fait différente. Il dérive du latin classique *fragor* : « bruit éclatant, fracas, vacarme » dont le résultat phonétique en ancien français était *frëor*. La forme moderne et le sens de *frayeur* (« peur violente ») s'expliquent par un rapprochement progressif, depuis le XII<sup>ème</sup> siècle avec le terme *effrayer*. Le terme *effraction* qui dérive du latin *effractus* (participe passé du verbe *effringere*), renvoie à la « fracture de serrure effectuée pour pénétrer dans une propriété ». Par analogie il désigne la pénétration accidentelle ou violente, et au figuré la « violation d'un domaine réservé, mental, religieux, ou artistique ». Enfin les termes de *trauma* et de *traumatisme* proviennent du grec et désignent, pour le premier, une blessure violente effractante, pour le second, l'ensemble des conséquences sur l'organisme d'une action résultant d'une action violente (Laplanche et Pontalis 1992 : 498). Le terme de névrose traumatique est quant à lui ambigu. Il préexistait à la psychanalyse, et on parlait aussi bien de traumatismes neurologiques physiques, que, de manière métaphoriques, de traumatismes psychiques.

## **1.1- HISTOIRE DU CONCEPT DE TRAUMATISME PSYCHIQUE**

L'existence de troubles mentaux survenant au décours de chocs, ou d'événements violents (notamment guerriers) est attestée de longue date. Nous allons dresser un rapide historique de la construction du concept de traumatisme psychique, en partant des premières descriptions de tels troubles dans l'antiquité, jusqu'aux conceptions les plus récentes, en soulignant lorsque c'est possible, la place du concept d'effroi dans la conceptualisation des troubles. Nous ne ferons qu'évoquer les conceptions psychanalytiques, qui seront développées plus loin. Pour cet historique, nous nous appuierons essentiellement sur les travaux de Crocq (1999, 2005), de Barrois (1988), de Briole et al. (1994). Crocq a distingué quatre grandes périodes dans cet historique (2005) : la période des précurseurs, celle des fondateurs (au tournant entre le XIX<sup>ème</sup> et le XX<sup>ème</sup> siècle), celle des continuateurs autour des deux guerres mondiales, et celle des novateurs, comprenant les travaux élaborés depuis les années soixante.

### **1.1.1- De l'antiquité au XIX<sup>ème</sup> siècle**

Crocq (2005) fait remonter le premier récit de traumatisme psychique à un texte de l'antiquité sumérienne (2200 av. J.-C.) : *L'épopée de Gilgamesh*, qui est le plus ancien texte connu. Cette épopée met en scène la mort d'Enkidu, ami de Gilgamesh, et la réaction de « décontenancement » de ce dernier face au cadavre, à laquelle feront suite obsession de la mort et recherche d'immortalité, jusqu'à ce que Gilgamesh puisse aller interroger Enkidu à travers le soupirail de l'enfer, et qu'il n'accepte son destin de mortel. Les récits homériques évoquent à plusieurs reprises des moments traumatiques. Ainsi peut-on lire dans *L'Illiade* (900 av. J.-C.) la

description de rêves traumatiques chez Achille<sup>6</sup>. L'historien grec Hérodote a rapporté le cas d'Epizélos, combattant grec à la bataille de Marathon, en ces termes : « Lors de la bataille de Marathon, tandis qu'il luttait avec courage, Epizélos vit venir à lui un ennemi de haute taille et pesamment armé, dont la barbe recouvrait tout le bouclier. Cet homme passa près de lui sans le voir, et tua son camarade à ses côtés. A cet instant, Epizélos devint aveugle, et le resta jusqu'à la fin de ses jours »<sup>7</sup>. Ce cas évoque un phénomène de conversion post-traumatique.

Les rêves de bataille chez les guerriers étaient bien connus durant l'Antiquité. Hippocrate les évoque dans un *Traité des songes* (400 av. J.-C.), et Lucrèce, naturaliste et poète latin les décrit précisément dans *De natura rerum* (40 av. J.-C.) : « Ils répètent et revivent leurs exploits dans leurs rêves. Les rois prennent des villes d'assaut. Ils se lancent dans la mêlée, crient comme s'ils étaient égorgés. D'autres se débattent, gémissent et emplissent l'air de leur clameur »<sup>8</sup>. De tels rêves de bataille furent décrits à plusieurs reprises durant le Moyen Age, puis lors des guerres de religion, au XVI<sup>ème</sup> siècle. Ainsi, au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy, le jeune roi Charles IX est-il victime de reviviscences diurnes et nocturnes, dont il se plaint à son médecin Ambroise Paré. Les visions de corps ensanglantés et grimaçants l'assaillent « aussi bien veillant que dormant » qui lui font « dresser les cheveux sur la tête »<sup>9</sup>.

Dans le domaine littéraire, on retrouve au XVII<sup>ème</sup> siècle, dans trois tragédies de Shakespeare, des descriptions de rêves et de symptômes en lien avec des

---

<sup>6</sup> Cité par Crocq (2005).

<sup>7</sup> Ibid., p.7.

<sup>8</sup> Ibid., p.7.

<sup>9</sup> Ibid., p.13.

traumatismes psychiques. Dans *Henry IV* (1598), l'épouse de Lord Percy lui décrit ses rêves traumatiques :

« O mon bon seigneur, pourquoi rester si seul ?  
 Pour quelle offense, depuis quinze jours, suis-je  
 Bannie du lit de mon Harry ?  
 Dis-moi, doux seigneur, ce que c'est qui t'enlève  
 Ton ardeur, ton plaisir et ton sommeil doré ?  
 Pourquoi fixes-tu donc tes regards sur la terre  
 Et si souvent sursautes lorsque tu restes seul ?  
 Pourquoi as-tu perdu la fraîcheur de tes joues,  
 Et donné mes trésors les droits que j'ai sur toi  
 Aux songeries obscures, à la mélancolie revêche ?  
 Restée à ton chevet quand tu t'assoupissais,  
 Je t'ai entendu dire dans un murmure le fer des batailles, [...]  
 Ton esprit à ce point a fait la guerre en toi  
 Et t'a remué si fort au court de ton sommeil  
 Que des gouttes de sueur ont perlé sur ton front  
 Comme des bulles sur l'eau qu'on vient d'agiter. »<sup>10</sup>

Dans *Roméo et Juliette* (1595), Mercutio évoque également les cauchemars que subissent les combattants, et dit, en parlant de Mab, la fée des songes :

« Parfois elle roule sur le cou d'un soldat,  
 Et alors il rêve d'ennemis égorgés,  
 De brèches, d'embuscades, de lames de Tolède,  
 De rasades profondes de cinq brasses ; et aussitôt  
 Le tambour bat à son oreille, il tressaille, se réveille,  
 Et ainsi effrayé, jure une prière ou deux  
 Et se rendort : c'est toujours cette Mab... »<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> 1598, Acte II, scène III, p.133.

<sup>11</sup> 1595, Acte I, scène IV, p. 247.



Enfin, dans *Macbeth* (1605), Le couple meurtrier est littéralement hanté par la vision de son crime. Ainsi Lady Macbeth croit voir du sang sur ses mains :

« LA DAME DE COMPAGNIE :

C'est un geste constant chez elle d'avoir l'air de se laver les mains. Je l'ai vue faire cela sans arrêt un quart d'heure durant.

LADY MACBETH :

Pourtant, il y a encore une tache. [...] Là, il y a encore cette odeur de sang : Tous les parfums d'Arabie ne pourront purifier cette petite main<sup>12</sup> ».

Briole et al. (1994) ont mis en doute la signification de ces différentes descriptions, qui demeurent rares, et peuvent être lues comme des rêves d'angoisse ou de punition, plutôt que comme des rêves traumatiques.

Le médecin Pinel rapporta le premier un grand nombre de cas de troubles mentaux déterminés par les « émotions morales ». Ce sont sans doute les premières descriptions de névroses d'effroi disponibles. En 1798, dans *Nosographie Philosophique*, il reprend le cas du philosophe Pascal, et attribue les troubles qu'il a présentés à la frayeur (Pinel 1798). Pascal avait en effet été victime en 1654 d'un incident au cours duquel ses chevaux s'étaient emballés, manquant de verser son carrosse dans la Seine. Pinel écrit :

« Pascal ne fut point blessé, mais vivement effrayé ; et une syncope qui dura très longtemps fût le premier résultat de cette frayeur. Peu de temps après, il éprouva durant la nuit une vision de l'accident dont il consigna la mémoire sur un papier qu'il portait toujours sur lui. La sensation de ce malheureux événement, sans cesse retracé dans son imagination, le troublait partout, surtout la nuit au milieu de ses insomnies et de son dépérissement. Il croyait toujours voir un abîme sur son côté gauche, et y

---

<sup>12</sup> 1605, Acte V, scène I, p.467.

faisait placer un siège pour se rassurer... A partir de ce moment, il rompît avec sa vie mondaine et renonça à ses projets de mariage »<sup>13</sup>.

Quelques années plus tard, dans son *Traité sur l'aliénation mentale* (1809), Pinel décrit un double cas « d'idiotie post-émotionnelle » en ces termes :

« Deux jeunes réquisitionnaires partent pour l'armée, et dans une action sanglante, l'un est tué d'un coup de feu à côté de son frère ; l'autre reste immobile comme une statue à ce spectacle... On le ramène à la maison où son arrivée fait le même effet sur le troisième fils de la famille, jeté dans une telle consternation et une telle stupeur que rien ne réalisait mieux cette immobilité glacée d'effroi qu'ont peinte tant de poètes anciens ou modernes »<sup>14</sup>.

Dans la première section de l'ouvrage : « Causes propres à déterminer l'aliénation mentale », le chapitre V traite des « Passions débilitantes ou oppressives ».

Les médecins militaires de la grande armée décrivirent de telles réactions sous le terme de « vent du boulet » (Crocq 2005). Le Baron Marbot en fut atteint lors de la bataille d'Eylau en 1807, et le raconta dans ses mémoires :

« Alors que je me penchais, un boulet m'arracha ma coiffe. Je fus comme anéanti, mais je ne tombai pas de cheval... J'entendais, je voyais, je comprenais, bien que mes membres furent paralysés au point qu'il m'était impossible de remuer un seul de mes doigts »<sup>15</sup>.

En 1859, Briquet publie son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Il fait de la frayeur l'une des causes de l'hystérie, et décrit des cas « d'hystérie masculine post-émotionnelle », notamment chez des soldats (Briquet 1859).

---

<sup>13</sup> Cité par Crocq (2005 : 7).

<sup>14</sup> Ibid. p.7.

<sup>15</sup> Ibid. p.8.

En ce milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'idée de troubles psychiatriques liés à la frayeur est bien établie. La littérature regorge de descriptions du moment de l'effroi, de ses effets de sidération, et des symptômes qui peuvent apparaître ensuite. Les médecins, surtout les médecins militaires, l'ont décrit. Le tableau n'est pas strictement individualisé, et ses rapports avec l'hystérie posent question. Au tournant du XX<sup>ème</sup> siècle, ces questions vont prendre une place centrale.

### 1.1.2- Le tournant du XX<sup>ème</sup> siècle

Alors que la plupart de ses contemporains attribuaient les troubles psychiatriques des survivants des accidents de train à des lésions cérébrales organiques minimales<sup>16</sup>, Oppenheim, en 1888, va utiliser le premier de le terme de névrose traumatique (*traumatischen neurosen*), la définissant comme une entité autonome, liée à un effroi (*schreck*) qui provoque « un ébranlement psychique tellement intense, qu'il en résulte une altération psychique durable »<sup>17</sup>. Chez ces patients, victimes d'accidents de chemins de fer, il constate : la persistance de souvenirs obsédants de la catastrophe, associée à des troubles du sommeil, des cauchemars de répétition, des phobies nouvelles, liées à l'événement, et une labilité émotionnelle. Oppenheim se prononçait pour une origine somatique, sous la forme de lésions minimales, et pour une spécificité des troubles liés aux traumatismes psychiques, positions pour lesquelles il sera ensuite sévèrement critiqué par la communauté scientifique allemande (Lerner 2001).

A la même époque, Jean-Martin Charcot donne ses leçons du mardi à la Salpêtrière (1884 – 1893). Il y présente également des patients atteints de troubles

---

<sup>16</sup> Voir les concepts de « Railway brain » et « Railway spine » de James Jackson Putnam (1883).

<sup>17</sup> Oppenheim (1888) cité par Crocq (2005 : 8)

psychiques survenus après un accident. Pour Charcot, il n'y a pas là de pathologie spécifique, mais des formes cliniques d'hystérie, de neurasthénie ou d'hystéro-neurasthénie. Il rapporte dans son œuvre de nombreux cas de manière très détaillée, comme le cas de V...lois (« Hystéro-neurasthénie survenue à la suite d'une collision de train chez un employé de chemin de fer âgé de 56 ans »<sup>18</sup>) et plusieurs autres cas d'hystérie masculine (« A propos de six cas d'hystérie chez l'homme »<sup>19</sup>). Charcot n'aura de cesse de contester une quelconque spécificité aux névroses survenant après un choc psychique comme les accidents de chemin de fer. Le choc peut venir comme un facteur déclenchant de l'hystérie ou de la neurasthénie sur un terrain prédisposé, mais il n'est pas causal. Charcot soutient l'idée d'une lésion « dynamique », *sine materia*, sans substratum organique.

Pierre Janet, agrégé de philosophie, suit les leçons de Charcot tout en enseignant au Havre, où il prend en charge quelques patientes hystériques à la demande des psychiatres de l'hôpital. Dans sa thèse, *L'automatisme psychologique* (1889), il s'intéresse notamment à la pathogénie du trauma. Pour Janet cependant, de tels effets ne sont possibles que si l'individu est sujet à un état de « faiblesse mentale » ou « misère psychologique » (1889 : 417), que celle-ci soit constitutionnelle (on est alors proche de la théorie de l'hérédodégénérescence) ou « accidentelle ». Janet range parmi ces causes de misère psychologique transitoire la fatigue, l'ivresse, et aussi les émotions :

« Une des causes les plus curieuses et les plus fréquentes d'une misère psychologique momentanée, c'est aussi l'émotion, dont la nature est encore si mal connue » (1889 : 428).

<sup>18</sup> Leçons du mardi, 1888-1889, p131-139. Repris In : Charcot 1971 : 133-142.

<sup>19</sup> Leçon recueillie par M. Georges Guinon, interne du service, publiée en 1890 dans Œuvres complètes tome III, pages 253-298 ; reprise In : Charcot 1971 : 190.

Cet état est favorable à l'enregistrement de sensations, images, pensées, gestes « automatiques » sous la forme « d'idées fixes » qui vont persister de manière séparée du reste de la conscience, produisant une « dissociation de la conscience ». Les thèses de Janet seront à l'origine du courant dit « néo-dissociationiste » aux Etats-Unis, et inspireront les travaux de Hilgard sur l'hypnose et la dissociation<sup>20</sup>.

Sigmund Freud avait également suivi les leçons de Charcot en 1886. En 1889, revenant à Paris, il entend Janet présenter ses travaux lors d'un congrès, et constate les nombreux points communs entre les travaux de celui-ci, et ceux qu'il mène avec Joseph Breuer. La publication de la *Communication préliminaire* viendra très vite (Breuer & Freud 1893), suivie bientôt de celle des *Etudes sur l'Hystérie* (Freud & Breuer 1896).

### 1.1.3- Les deux guerres mondiales

Les psychiatres amenés à soigner les soldats de la Première Guerre mondiale identifièrent différentes entités morbides (Crocq 2005) : « hypnose des batailles » dès 1905 pour qualifier l'état quasi-stuporeux accompagné d'hallucinations présenté par certains soldats, « vent de l'obus » ou « shell-shock », ce dernier terme anglophone fut bientôt adopté par la communauté scientifique internationale, pour désigner les soldats touchés par le souffle de l'explosion. On constata rapidement que des soldats qui se trouvaient près du lieu de l'explosion récupéraient plus rapidement que d'autres qui en étaient fort éloignés, et une étiologie psychogène fût

---

<sup>20</sup> Le terme de « dissociation » est utilisé en anglais dans le sens de Janet, et non pas dans celui de Bleuler, la dissociation au sens bleulérien étant traduite par « splitting ».

évoquée dès 1916, on parla alors « d'anxiété, d'hystérie, de neurasthénie de guerre », puis finalement, à partir de 1917-1918, les termes de « névroses de guerre » et de « psychonévroses de guerre » s'imposèrent.

Les hypothèses étiopathogéniques évoluèrent parallèlement : d'abord post-commotionnelles elles devinrent post-émotionnelles. Karl Abraham (1918), Sandor Ferenczi (1919) élaborèrent à cette époque leur conceptualisation des névroses traumatiques. Freud publia bientôt sa seconde réflexion sur le trauma dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), révisant sa conception du fonctionnement de l'appareil psychique, avec l'introduction des concepts de *pulsion de mort*, et de *compulsion de répétition*. Le traumatisme - Freud y parle d'effroi (*schreck*) - y est décrit comme une effraction psychique du pare-excitation, ce qui souligne son relativisme et sa dimension principalement économique.

Les méthodes thérapeutiques évoluèrent aussi en conséquence (Crocq 2005). Elles étaient initialement limitées au repos et aux sédatifs auxquels on associa bientôt la persuasion et le traitement électrique dans un but de déconditionnement. A cette période également, les psychiatres militaires imaginèrent la « psychiatrie de l'avant » formalisée par Salmon (1917) selon cinq principes : immédiateté, proximité (du front), espérance de guérison et persuasion de la possibilité de celle-ci, simplicité des moyens thérapeutiques, et « centralité » (de mêmes manières de faire enseignées à tous les intervenants et codifiées). Ces principes seront plus tard à la base du *débriefing*, tel qu'il est pratiqué dans les pays anglo-saxons. On préconisa ensuite les techniques basées sur l'abréaction, puis psychanalytiques, comme en témoignent les écrits de Simmel (1919) qui utilisait le travail sur le rêve, ou ceux d'Abraham :

« Je m'abstins de tout traitement par la force, de même que de l'hypnose et des autres moyens de suggestion. Je laissai les patients réagir à l'état éveillé et cherchai, par une sorte de psychanalyse simplifiée à faire comprendre aux patients le contenu de leur souffrance. J'obtins chez eux le sentiment d'être compris, une détente et une amélioration » (1918 : 62).

Après la tenue du *Cinquième Congrès International de Psychanalyse* à Budapest en septembre 1918<sup>21</sup>, la section médicale du ministère prussien de la guerre avait envisagé l'ouverture de centres de traitement psychanalytiques pour les soldats, mais la situation politique changea peu de temps après, empêchant la réalisation de ce projet.

La Seconde Guerre mondiale toucha bien davantage les populations civiles (pour la première fois le nombre de morts et de blessés était plus élevé chez les civils que chez les militaires) et fût marquée par la Shoah, les camps de concentration et d'extermination. Les troubles présentés par les survivants, les prisonniers et les déportés furent particulièrement étudiés. En France, par exemple, Targowla, décrivit le « syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardif » chez d'anciens déportés (1950). La culpabilité des survivants, les effets de la violence intentionnelle sur les civils commencèrent à être décrits. Ceci amena bien des questionnements philosophiques nouveaux, et l'essor de toute une littérature posant la question du témoignage par les survivants de l'expérience concentrationnaire, dont l'étude est aujourd'hui précieuse (Dayan Rosenman 2007).

---

<sup>21</sup> Ce congrès, organisé par Freud, avait consacré une large place à la question des névroses de guerre, avec des communications de Freud (1919), Abraham (1918), Ferenczi (1919), Simmel (1919), et Jones.

### **1.1.4.- Les courants contemporains : stress et traumatisme**

Le terme de stress, aujourd'hui fréquemment utilisé, apparut au XVII<sup>ème</sup> siècle dans la littérature anglaise, le stress désignait une situation de détresse en rapport avec l'adversité de la vie. En 1910, le psychiatre anglais Glynn évoque le rôle du stress dans la névrose traumatique : le traumatisme engendre le stress, lequel, au bout d'un certain temps – ou au-delà d'une certaine intensité, fait apparaître les symptômes névrotiques chez les sujets prédisposés (Briole et al. 1994). Cannon (1915), puis Selye (1956) le décrivent plus précisément comme un ensemble non spécifique de réactions que l'organisme adopte face à un agent causal appelé « stresseur », les « stresseurs » étant des stimuli anormaux sollicitant les mécanismes homéostatiques, et entraînant une réponse biologique stéréotypée, appelée « syndrome général d'adaptation ». Ce syndrome évolue en trois phases : une phase d'alarme et de mobilisation des ressources dans laquelle est impliquée la sécrétion de catécholamines et de cortisol ; une « phase de résistance » reposant sur l'activation de l'axe corticotrope ; et une « phase d'épuisement » correspondant à la défaillance des systèmes de résistance et amenant à l'apparition de pathologies. On voit ici le risque tautologique de cette définition : le stress résulte d'un agent stresseur, est un agent stresseur ce qui stresse... On voit également qu'il s'agit avant tout d'un concept médical, enraciné dans le biologique. Ce concept de stress va être peu à peu complexifié, notamment sous l'influence des travaux de Lazarus (1984, 1991), comme une transaction entre une personne et son environnement, nécessitant une adaptation, et qui peut menacer son bien-être, selon également que sont présents différents facteurs de vulnérabilité et de protection. Selon cette théorisation il n'y a pas de différence de nature entre traumatisme psychique et



stress, mais une différence quantitative. Nombre d'auteurs du courant cognitivo-comportementaliste partagent aujourd'hui ce point de vue<sup>22</sup>. Il est frappant de constater que la conception proposée par Glynn en 1910 sous-tend toujours les conceptions en usage dans la psychiatrie de langue anglaise, jusqu'à la dénomination « d'état de stress post-traumatique » du DSM (American Psychiatric Association 1980). La plupart des auteurs francophones contemporains (Barrois 1988, Briole et al. 1994, Lebigot 2005) soulignent que le concept de stress ne permet pas d'appréhender la question du traumatisme psychique : le traumatisme n'est pas un stress « extrême », et « la rencontre avec la mort n'est pas réductible à une souffrance ou à un déplaisir » (Briole et al. 1994 : 40) : il y a entre les deux concepts une différence de nature. La manière de conceptualiser le traumatisme psychique, dans la littérature internationale actuelle, est fortement inspirée par le modèle de stress et par la séquence qu'avait proposée Glynn. La catégorie « état de stress post-traumatique », définie par le manuel nord-américain DSM<sup>23</sup> s'en inspire largement.

L'intérêt pour les névroses traumatiques s'est orienté, dans le monde francophone, dans une toute autre direction, au travers de travaux d'inspiration phénoménologique et psychanalytique, avec des auteurs comme Barrois (1988), Briole (Briole et al. 1994), Crocq (1999), Lebigot (2005), Bailly (1996) dont les travaux ont inspiré une conceptualisation originale du traumatisme psychique et de ses effets. Parallèlement, le courant de l'ethnopsychiatrie (Nathan 1986) et de la psychiatrie transculturelle (Moro 1998), ainsi que les développements qu'il a connus dans le champ de la psychiatrie en situation humanitaire (Moro & Lebovici 1995,

---

<sup>22</sup> Voir par exemple Servant (2005).

<sup>23</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 1980).

Lachal et al. 2003) ont conduit à poser de manières différentes les questionnements concernant le traumatisme et ses effets.

Avant d'envisager la question de la psychopathologie du trauma et de la métapsychologie de l'effroi, nous allons mettre en perspective la position des troubles liés aux traumatismes psychiques dans la nosologie psychiatrique au XX<sup>e</sup> siècle.

### **1.1.5- Place des troubles post-traumatiques dans les nosologies psychiatriques**

La névrose traumatique entre dans la nosologie psychiatrique dans la sixième édition du traité de Kraepelin, sous le terme de *schreckneurose*, névrose d'effroi (Kraepelin 1899). Sa description clinique est très proche de celle que Charcot donne de l'hystérie traumatique. Toutefois, comme Oppenheim, Kraepelin en fait une entité autonome, refusant son assimilation à l'hystérie. Il décrit précisément le syndrome de répétition, et les symptômes associés : anxieux, dépressifs, psychosomatiques, comportementaux, voire hallucinatoires. Il n'écarte pas la possibilité d'une lésion organique, mais constate que le trouble peut également apparaître chez les spectateurs de l'événement.

Barrois (1988) souligne que l'intérêt pour les troubles liés aux traumatismes psychiques reste tout à fait marginal pendant l'essentiel du XX<sup>ème</sup> siècle, alors que ceux-ci ont été bien décrits dès 1916 dans les travaux psychanalytiques. Pour Barrois, le terme de névrose traumatique constitue « un symptôme de la psychiatrie elle-même, au sens étymologique du terme en grec, *symptomata*, c'est-à-dire quelque chose constituant un événement malheureux qui tombe ou qui manque » (1988 : 80). Barrois note sept mécanismes à l'origine de cette méconnaissance :

- l'inattention et la surdité : les symptômes classiques ne sont pas identifiés comme tels, certains cliniciens refusent d'accepter la pertinence du concept de traumatisme ;
- l'oubli, voire l'amnésie concernant les cas décrits dans la littérature (psychiatrique et psychanalytique) ;
- le rattachement à des syndromes plus banals et « moins inquiétants » (1988 : 81) ;
- l'hypertrophie de l'approche médico-légale<sup>24</sup> traduisant un « désir de maîtrise du phénomène et un soupçon à l'égard du sujet [traduisant] une projection contre-transférentielle » (ibid.) ;
- la fragmentation de la symptomatologie et sa réduction à un aspect exclusif ;
- l'omission de certaines origines permettant « de jouir de l'héritage clinique et conceptuel freudien sans en payer les droits qui sembleraient une dette trop lourde » (1988 : 83), cette position conduisant à faire coexister des concepts freudiens et des concepts différents dans un mélange parfois vide de sens ;
- l'absence de transmission des connaissances.

Ainsi pour Barrois, les névroses traumatiques constituent une sorte de tâche aveugle du savoir psychiatrique.

Aux Etats-Unis, l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) publia son premier *Manuel Diagnostique et Statistique*, dit *DSM-I* en 1952 (American Psychiatric Association 1952). Un trouble dit *Gross Stress Reaction* y était décrit comme un trouble de la personnalité transitoire, susceptible de s'améliorer avec une

---

<sup>24</sup> A l'origine de catégories comme le pithiatisme, la simulation, la sinistrose, la névrose de rente...

intervention thérapeutique ou bien d'évoluer vers un trouble névrotique, et correspondant à la « réaction » d'une « personnalité normale » à un « stress inhabituel ». En 1968, dans le *DSM-II* (American Psychiatric Association 1968), ce trouble avait disparu de la classification pour laisser la place à une catégorie *Adjustment Reaction of Adult Life* (Trouble de l'adaptation de l'adulte), catégorie beaucoup plus floue, aux contours mal définis (Wilson 1994). Le *DSM-I* et le *DSM-II* étaient des classifications basées sur une conception des troubles mentaux héritée de la psychanalyse, reprenant par exemple la distinction entre névroses et psychoses. Cela devait changer radicalement avec la publication du *DSM-III* (American Psychiatric Association 1980), lequel, avec une volonté affichée d'athéorisme, d'empirisme, et de standardisation vit le démantèlement de la nosologie classique (notamment du concept d'hystérie) et l'émergence de nouvelles entités cliniques, parmi lesquelles le *Post Traumatic Stress Disorder*, Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) en français, qui allait connaître un succès étonnant.

Un certain nombre de critères est nécessaire pour porter ce diagnostic. Le sujet doit avoir été confronté à un ou plusieurs événements traumatiques ayant provoqué une réaction immédiate de « peur intense, d'impuissance ou d'horreur », et avoir présenté, en général dans les six mois suivant l'exposition à l'événement traumatique, et pour une durée supérieure à un mois, un ensemble de symptômes causant une « souffrance significative » et comprenant l'association de symptômes de reviviscence, d'évitement des stimuli à même de rappeler l'événement traumatique, d'un émoussement de la réactivité générale, et d'une hyper-activation neurovégétative. Les critères diagnostiques sont donnés ici dans leur version du *DSM-IV* (American Psychiatric Association 1994) :

A- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B- L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;
- Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-backs), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication)
- Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C- Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
- Restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
- Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D- Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- Difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ;
- Irritabilité ou accès de colère ;
- Difficultés de concentration ;
- Hypervigilance ;
- Réaction de sursaut exagérée.

E- La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

L'athéorisme revendiqué par le DSM fut sévèrement critiqué tant il apparut que ce manuel se référait explicitement à un modèle biomédical de la maladie mentale et qu'il faisait la part belle aux hypothèses étiologiques biologiques et aux théories cognitives, au détriment des modèles de compréhension psychodynamique du fonctionnement psychique. Par ailleurs il apparut clairement que certains groupes de pression pouvaient tout à fait appuyer l'inscription ou la suppression d'une catégorie diagnostique dans ce manuel. L'anthropologie médicale et la psychiatrie transculturelle nous apprennent combien il est illusoire de prétendre étudier une « maladie » psychiatrique sans se pencher sur le contexte dans lequel elle a été décrite et mise en forme. Comme toutes les classifications, le DSM reflète certains aspects caractéristiques de la société dans laquelle il a été conçu, de ses préoccupations, de sa manière de considérer la souffrance psychique (Kirk & al. 1998). L'ESPT y apparaît comme une chose en soi, une catégorie intangible existant à l'état naturel et dont nous aurions enfin cerné les contours (Young 1995). Un substratum neurobiologique lui a même été attribué, légitimant ainsi sa scientificité. Les critères diagnostiques de l'ESPT ont été défini alors que les vétérans américains rentraient du Viêt-Nam, permettant une reconnaissance de leurs troubles, leur médicalisation, et leur prise en charge par les systèmes d'assurance ; permettant aussi de conférer un statut de victime aux vétérans, et de leur donner une sorte d'absolution morale (Young 1995, Summerfield 2001).

Les critères diagnostiques de l'ESPT ont fait l'objet de sévères critiques que nous ne reprendrons pas ici. En revanche, il nous semble important de revenir sur le critère « A », celui qui concerne l'événement. En effet, il s'est profondément modifié avec la parution du DSM-IV (1994). Dans le DSM-III-R (1987), le critère « A » s'énonçait ainsi :

« Le sujet a vécu un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes de détresse chez la plupart des individus ».

Dans le DSM-IV (1994) et le DSM-IV-TR (2000), l'accent est mis sur la dimension subjective :

« Peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur »,

et sur la relativité de l'événement :

« Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée».

Ainsi, ce qui fait trauma n'est plus considéré comme la réaction « mécanique » d'un individu à une situation extrême, mais la définition insiste sur la dimension subjective du vécu du sujet, ce qui peut être lu comme un mouvement de l'événement vers l'effroi.

## **1.2- CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES**

Nous utilisons le terme de troubles psychotraumatiques, malgré ce qu'il a d'assez vague pour désigner l'ensemble des troubles psychiques spécifiques liés à un traumatisme psychique. Nous allons préciser la clinique actuelle de ces troubles à partir de l'école psychodynamique en nous basant notamment sur les descriptions des auteurs francophones comme Barrois (1988, 1994), Briole (Briole et. al 1994), Crocq (1992, 1999), et Lebigot (2006).

### **1.2.1- Les réactions immédiates et précoces**

L'absence de trouble apparent est de constatation fréquente, même lorsqu'il y a eu traumatisme psychique. Ceux-ci peuvent se manifester uniquement de manière différée, et ne donner lieu initialement qu'à des symptômes anxieux ou dépressifs discrets. Il arrive également que des troubles repérables cliniquement apparaissent précocement. Ceux-ci peuvent se présenter sous différents aspects :

- des troubles anxieux se manifestant soit par l'agitation, soit au contraire par l'inhibition traduisant une sidération psychique, laquelle peut s'accompagner d'une activité « automatique » rapidement oubliée ;
- des phénomènes conversifs ;
- des phénomènes psychosomatiques ;



- des troubles de la conscience avec dépersonnalisation, déréalisation, parfois désorientation, ces troubles étant nommés troubles dissociatifs dans la nosologie nord-américaine ;
- des déclenchements psychotiques ;
- des syndromes psychotraumatiques précoces ressemblant en tout point à la symptomatologie de la névrose traumatique ;
- des troubles de l'humeur.

Le pronostic de ces troubles est très variable. Ils peuvent être résolutifs spontanément ou avec un traitement, ou bien déboucher sur des pathologies chroniques, à type de névrose traumatique ou d'autres troubles qui peuvent lui être associés et qui s'articulent avec la problématique du patient (troubles névrotiques, psychotiques, de l'humeur).

### **1.2.2- Les troubles durables : la « névrose traumatique »**

La névrose traumatique s'installe classiquement après un temps de latence d'une durée très variable. Durant cette période, il n'y a pas de syndrome de répétition, mais on observe fréquemment d'autres symptômes (anxiété, dépressivité, troubles du comportement, conduites addictives, troubles du caractère, plaintes somatiques, maladies psychosomatiques). A la phase d'état, la névrose traumatique comprend quatre grands groupes de symptômes, dont le premier est quasi-spécifique :

- le syndrome de répétition au cours duquel le facteur traumatisant est revécu de manière envahissante dans la vie diurne, dans les rêves d'angoisse et cauchemars traumatiques « *qui sont plus des écmnésies, c'est-à-dire des hallucinations de la trace mnésique qu'un travail classique du rêve* » (Barrois 1994 :734), dans le comportement reproduisant un état d'alerte permanente ou de panique, avec des réactions de sursaut ;

- l'évitement pseudo-phobique de tous les stimuli pouvant rappeler l'événement, associé à des conduites pseudo-compulsionnelles ou phobo-obsessionnelles ;

- les modifications de la personnalité : irritabilité, repli, régression, désinvestissement affectif, réduction des activités, troubles cognitifs ;

- des symptômes anxieux, dépressifs, idéation suicidaire, conversions, addictions.

Lorsqu'ils s'installent et persistent, ces troubles deviennent fréquemment chroniques, évoluent durant plusieurs années voire toute la vie du sujet, et peuvent être à l'origine de graves complications : conduites addictives, dépressions, et comportements suicidaires.

### **1.2.3- Les troubles post-traumatiques complexes**

Dans les situations de traumatismes extrêmes, tels que la torture, ou répétés, comme les situations de maltraitance, les symptômes observés répondent à la fois aux conséquences directes de l'effraction traumatique et aux conséquences des mécanismes de défense mis en place face à l'anticipation de nouvelles situations traumatiques, et qui peuvent être très mutilantes pour le Moi. Chez l'adulte, le

tableau d'état de stress post-traumatique complexe (Figure 1) a été décrit par plusieurs auteurs (Herman 1992, van der Kolk 1996, Frey 2001).

**FIGURE 1 : TROUBLES LIES A UN STRESS EXTREME OU ESPT COMPLEXES, d'après Herman (1992), van der Kolk (1996), Frey (2001).**

**1. Altération dans la régulation de l'état affectif**

Troubles chroniques de la régulation des affects  
 Difficultés à moduler les réactions de colère  
 Comportements auto-agressifs et suicidaires  
 Difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles  
 Comportements impulsifs  
 Prises de risques

**2. Altération de l'attention et de l'état de conscience**

Amnésie (totale, partielle)  
 Episode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres)

**3. Somatisation**

Douleurs chroniques  
 Troubles somatiques fonctionnels  
 Symptômes conversifs  
 Symptômes sexuels

**4. Modification chronique du caractère**

Altération de la perception de soi : culpabilité et honte, auto-accusation, sentiment d'être inefficace et d'avoir un fonctionnement définitivement modifié (modification identitaire)  
 Altération de la perception de l'agresseur : préoccupation concernant l'agresseur (désir de vengeance), idéalisation de l'agresseur et autres distorsions des croyances le concernant  
 Altération de la relation aux autres : incapacité à faire confiance ou à maintenir des relations avec les autres, tendance à la re-victimisation, tendance hétéro-agressive (par exemple violence domestique)

**5. Altération des systèmes de sens**

Désespoir  
 Perte de certaines croyances

Chez l'enfant, Terr (1991) a proposé le terme de trauma de type II pour rendre compte de tels tableaux par opposition au trauma de type I lié à un traumatisme psychique unique. Les deux tableaux partagent quatre groupes de symptômes :

- des souvenirs intrusifs et répétitifs perçus avant tout visuellement (mais aussi au niveau tactile, olfactif ou proprioceptif) ;
- des comportements répétitifs, c'est-à-dire des mises en actes ou des jeux répétitifs recréant des aspects de la situation traumatique, les rêves répétitifs étant rares chez l'enfant et étant le plus souvent effrayants sans contenu reconnaissables ;
- des peurs spécifiques liées au traumatisme et alors faciles à identifier ou des peurs qui peuvent s'étendre à d'autres objets ou situations non liés au traumatisme ;
- un changement d'attitude envers les gens, comme une perte de confiance, envers certains aspects de la vie et un pessimisme par rapport au futur.

Dans le trauma de type II, il peut exister d'autres signes dont certains témoignent de réactions de défense face à la répétition des événements comme un déni important, une anesthésie affective, des symptômes d'évitement plus sévères, une amnésie de pans entiers de souvenirs d'enfance, des réactions de dépersonnalisation et de dissociation, des manifestations de colère, d'auto- ou d'hétéro-agressivité par identification à l'agresseur et par retournement de l'agression contre soi-même. La distinction entre traumas de type I et II a cependant certaines limites, un événement unique et soudain pouvant induire préférentiellement des troubles du type refoulement, dissociation et dénégation. Par ailleurs, certains

tableaux, lorsque l'événement traumatique produit des conséquences durables dans la réalité (mort d'un parent, handicap de l'enfant) réalisent des formes mixtes type I – type II. La problématique traumatique et celle du deuil semblent se potentialiser, entravant le développement et pouvant conduire à de graves syndromes dépressifs en plus des manifestations de types I et II.

## **1.3- VERS UNE METAPSYCHOLOGIE DE L'EFFROI ET DU TRAUMATISME PSYCHIQUE**

La question des conceptions métapsychologiques de l'effroi et du traumatisme psychique est vaste et complexe. Nous envisagerons succinctement le paradigme dissociationniste issu des travaux de Janet, avant de passer en revue les principaux travaux consacrés à ce sujet dans le champ de la psychanalyse.

### **1.3.1- Le paradigme dissociationniste**

L'œuvre de Pierre Janet (1859-1947) marque un tournant dans l'histoire de la psychiatrie dynamique: prolongeant les théories de Charcot, elle préfigure celles de Breuer et Freud. Philosophe de formation, Janet entre après son agrégation dans la carrière professorale et part enseigner à Châteauroux puis au Havre, où il passe six ans et rencontre Léonie qui donne lieu à ses premières recherches de psychologie expérimentale. A partir de 1889, Janet mène deux carrières de front : tout en continuant à enseigner la philosophie, il entreprend des études de médecine. Pendant ses études, il fréquente le service de Charcot à la Salpêtrière. En 1893, il soutient sa thèse sur L'état mental des hystériques et obtient la plus haute mention. Charcot confie à Janet la responsabilité du laboratoire de psychologie expérimentale de la Salpêtrière qu'il vient de créer. Le terme de dissociation sera très présent tout au long de son œuvre, avec des acceptions différentes au fil de l'évolution de sa théorie des névroses. En 1889 dans sa thèse de philosophie *L'automatisme psychologique*, Janet (1889) utilise le terme de désagrégation psychologique pour désigner la formation dans l'esprit de deux groupes de phénomènes, le premier correspondant à la personnalité ordinaire, et l'autre formant une personnalité

anormale, différente de la personnalité ordinaire, ignorée par elle, et susceptible à son tour de se diviser. Dans *l'Etat mental des hystériques*, sa thèse de médecine (Janet 1893) se réfère toujours à ce concept de désagrégation psychique, mais également à celui de division de la conscience et de la personnalité, et évoque l'hystérie comme maladie mentale liée à une division de la personnalité, mais sans lien avec un trouble cérébral sous-jacent. Pour Janet, la psychothérapie doit viser à liquider des souvenirs qui ont pris le statut d'idées fixes subconscientes, en les dissociant. La dissociation s'entend donc également comme un procédé thérapeutique. Ce procédé sera abandonné progressivement par Janet qui préférera à la liquidation des souvenirs - susceptible de laisser des cicatrices psychiques - la liquidation des réminiscences traumatiques. Dans *Névroses et idées fixes* (1898), il présente sa conception finale de la psychopathologie de l'hystérie : le rétrécissement du champ de conscience, et la dissociation des fonctions par perte de la capacité de synthèse psychique. La dissociation porte sur toutes sortes de phénomènes : idées fixes, expressions verbales, fonctions motrices ou sensorielles, mais les fonctions qui sont dissociées restent intactes, contrairement à ce qui se passe dans les autres maladies mentales. L'œuvre de Janet fut connue très tôt sur le plan international, et son influence s'avère importante, notamment aux Etats-Unis. La catégorie des troubles dissociatifs, introduite dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association 1980) lorsqu'il s'est agi de remplacer les termes de « névrose » et « d'hystérie » jugés trop proches des conceptions psychanalytiques doit ainsi beaucoup aux travaux de Janet, et à sa théorie des fonctions psychiques et de leur dissociation.

Hilgard (1977) est à l'origine du courant dit néo-dissociationiste qui étudie la



dissociation au travers des phénomènes hypnotiques, et prenant appui sur les théories cognitives du psychisme, refuse l'assimilation de la dissociation à la pathologie. Le paradigme dissociationniste devient progressivement une nouvelle manière de concevoir le psychisme et son fonctionnement. Selon Erdelyi (1994), le dissociationisme désigne l'idée que le self est un système intégré, constitué de sous-systèmes qui peuvent être plus ou moins déconnectés en termes d'échange d'information et de contrôle mutuel. L'inconscient freudien n'a pas sa place dans cette théorisation. Des troubles dissociatifs apparaissent lorsque les « *subselves* » perdent leur cohésion, et se mettent à agir de façon non coordonnée ou incohérente. La capacité à se dissocier est une compétence, pas un trouble psychiatrique. La principale cause des troubles dissociatifs (parmi lesquels on range de nombreux troubles qui étaient jusque-là qualifiés d'hystériques) est principalement le traumatisme psychique (que l'on considère comme toujours advenu dans la réalité, d'une manière qui rappelle les théorisations freudiennes d'avant 1897), contre lequel la dissociation constituerait une défense. C'est la raison pour laquelle des troubles dissociatifs seraient fréquemment associés aux troubles psychotraumatiques (Steinberg 1994). Au cours des années quatre-vingt aux Etats-Unis, ce modèle a eu un incroyable succès. Il a pesé sur l'élaboration du DSM-III (American Psychiatric Association) en participant du démantèlement de la catégorie hystérie, et en promouvant le Trouble de la personnalité multiple auquel on prêtait une origine traumatique, lequel trouble a été à l'origine d'une « épidémie » dans tout le pays aux conséquences catastrophiques (Baubet 1996, Baubet et Moro 1997). On était en fait dans une configuration où les traumatismes vécus semblaient conditionner l'apparition de la presque totalité de la pathologie, médiée par les phénomènes dissociatifs. Si les traumatismes semblaient avoir été oubliés, ils étaient recherchés de manière intrusive, au

cours de procédures hypnotiques dont on a depuis dénoncé les excès (Mulhern 1995).

Le concept de dissociation péritraumatique reste très utilisé pour qualifier les troubles de la conscience et du comportement à type de déréalisation et de dépersonnalisation qui surviennent au décours immédiat des traumatismes. Leur présence serait un facteur prédictif fort de la survenue ultérieure d'état de stress post-traumatique (Vaiva et al. 2003). Sur le plan de la psychopathologie quantitative, une échelle de dissociation péritraumatique a été élaborée (Marmar et al. 1997). Nous n'analyserons pas ici cette échelle, mais il nous semble important de repérer, avec Lebigot (2006), qu'on ne peut pas l'assimiler à une mesure de l'effroi, en effet certains items évoquent directement la réaction d'effroi, tandis que d'autres traduisent une angoisse d'une forte intensité. Lebigot (ibid.) suggère qu'un score élevé à cette échelle puisse témoigner aussi bien d'une réaction d'effroi prolongé que d'une réaction d'anxiété intense.

Nous nous attacherons désormais à explorer les conceptions du traumatisme psychique et de l'effroi pour la psychanalyse.

### **1.3.2- Freud**

La question du traumatisme est au centre du développement de la théorie psychanalytique.

#### ***a- Etudes sur l'hystérie***

Freud, suivant en cela Charcot, réfute l'idée d'une étiologie organique aux névroses. Il fait appel à un modèle énergétique du psychisme : les excitations se

déplacent de manière automatique et inconsciente, avec un excès d'énergie disponible dans l'hystérie, et un défaut de celle-ci dans la neurasthénie. Dans la Communication Préliminaire, Breuer et Freud le disent clairement :

« Nous avons constaté, [...], que la cause de la plupart des symptômes hystériques méritait d'être qualifiée de traumatisme psychique » (Breuer & Freud 1893 : 3).

Le traumatisme psychique, ou son souvenir, agit comme un « *corps étranger interne* » réalisant une « cause pathogène permanente » (ibid., p. 4), et l'hystérique souffre de « réminiscences » (ibid., p. 5). Breuer et Freud soutiennent que l'hystérie traumatique de Charcot constitue la structure de toute hystérie. Supportant une émotion intense, le traumatisme ne peut utiliser les voies de décharges habituelles, et fait l'objet d'un refoulement.

« La frayeur empêche l'abréaction de ce qui a fait traumatisme » (1893 : 7).

Ceci explique que Freud ait rallié les théories de Breuer sur la méthode cathartique, puisqu'il s'agit dans cette dernière, d'utiliser la parole pour « user » le corps étranger interne au moyen du langage. Il faut noter qu'à l'époque de la parution des *Etudes sur l'hystérie*, Freud semble partager la théorie de Breuer sur les états hypnoïdes (Breuer 1896). Ceux-ci étaient définis comme des états de conscience proches de l'autohypnose facilitant l'impact traumatique des événements, et dont la présence constituait un des éléments de la prédisposition à l'hystérie. Freud ne conservera cependant pas cette hypothèse dans ses travaux ultérieurs (Widlöcher 1987). Freud ne met pas l'accent sur l'événement, mais sur sa

représentation, cette différence constitue pour Brette (1988) la rupture épistémologique fondatrice de la psychanalyse.

### ***b- La théorie de la séduction***

Dans les années qui suivent la parution des *Etudes*, Freud abandonne l'hypnose, développe les notions de transfert, de résistance. Il est amené à réexaminer la question du trauma causal dans l'hystérie, et celui-ci lui apparaît fréquemment minime au regard des troubles observés. En 1896, Freud propose le schéma étiologique suivant pour l'hystérie : ce trouble serait lié à des « expériences vécues sexuelles infantiles » (1896a : 171), n'engendrant pas de symptôme dans un premier temps, mais susceptible d'en produire ultérieurement, notamment à la période pubertaire, lorsqu'elles sont « réveillées comme souvenirs inconscients » (ibid.). Il s'agit donc d'une théorie traumatique de la névrose en deux temps : un traumatisme sexuel initial dans la réalité, dont les effets se manifestent dans l'après-coup à l'occasion d'un événement anodin, après la puberté, alors que le traumatisme a été « oublié », c'est-à-dire que les scènes vécues ont été investies sexuellement et refoulées. « Le souvenir agit comme s'il était un événement actuel. Il y a pour ainsi dire action posthume d'un traumatisme sexuel » (1896b : 118). Le moi se trouve alors débordé par un afflux massif d'excitations. La névrose obsessionnelle serait liée également à de tels événements, mais alors que dans la névrose hystérique ceux-ci seraient vécus sur le mode passif « d'une expérience subie avec indifférence, ou avec un petit peu de dépit ou d'effroi », dans la névrose obsessionnelle il s'agirait au contraire « d'un événement qui a fait plaisir, d'une agression inspirée par le désir (en cas de garçon) ou d'une participation avec jouissance aux rapports sexuels (en cas de petite fille) » (1896b : 119). Les

symptômes obsessionnels seraient ainsi des reproches que le sujet s'adresse de manière transformée.

L'avancée de ses travaux le conduit à remettre en question cette théorie dans la *Lettre n°69* qu'il écrit à Fliess en septembre 1897 : « Je ne crois plus à ma *neurotica* » écrit Freud (1897 : 191) : la psychanalyse ne permet pas de distinguer entre le fantasme et la réalité dont il n'existe aucun indice dans l'inconscient. Cette découverte intervient à un moment particulier : Freud vient, en l'espace de quelques mois, de perdre son père, et de faire un rêve qui lui livre ce qui deviendra le complexe d'Œdipe (Briole et al. 1994). L'abandon de la « *neurotica* » n'est pas l'abandon du trauma (Freud y reviendra régulièrement), mais l'abandon de l'idée d'une séduction incestueuse agie comme étiologie unique de l'hystérie. En effet, dans l'*Interprétation du rêve* il écrit : « Je n'ai pas abandonné la théorie du trauma, mais je l'ai dépassée. C'est-à-dire que je ne la considère pas aujourd'hui comme incorrecte, mais comme incomplète » (1899-1900).

Il s'agit d'un tournant important qui va modifier la pratique psychanalytique en profondeur. L'enjeu de la cure est désormais que le patient « se découvre sujet de son histoire psychique, et plus précisément sujet œdipien désirant, alors qu'il était venu à l'analyse en se disant objet du destin, revendiquant un statut de victime » (Janin 2005 : 43).

### ***c- Freud et les névroses de guerre***

La Première Guerre mondiale entraîne un carnage d'une ampleur inconnue jusque là en Europe. Cette situation va conduire Freud à s'intéresser à la névrose traumatique. Dans *Actuelles sur la guerre et la mort*, en 1915, il souligne la désillusion causée par la guerre, et étudie le rapport de l'Homme à la mort. Il

précise : « La mort propre est irreprésentable [...] dans l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité » (1915 : 145). Cet inconscient, inaccessible à la représentation de sa propre mort, est également « plein de plaisir-désir de meurtre à l'égard de l'étranger, scindé (ambivalent) à l'égard de la personne aimée » (1915 : 156), ce qui amène Freud à postuler l'existence d'un « homme originaire » (1915 : 157), dont la culture et les conventions nous éloigneraient, mais que la guerre ferait resurgir.

En 1916, dans la 25<sup>ème</sup> leçon des *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, Freud précise la spécificité de l'effroi :

« Angoisse se rapporte à l'état et fait abstraction de l'objet, tandis que peur dirige précisément l'attention sur l'objet. Effroi semble en revanche avoir un sens particulier, à savoir mettre en relief l'effet d'un danger qui n'est pas accueilli par un apprêtement d'angoisse. Si bien que l'on pourrait dire que l'homme se protège de l'effroi par l'angoisse » (1915-1917 : 410).

En 1918, dans son texte introductif au Congrès de Budapest<sup>25</sup>, Freud souligne que la causalité sexuelle des névroses traumatiques n'est pas prouvée, sans être exclue pour autant (Freud 1919a). Il distingue les névroses de guerre, favorisées par un conflit dans le moi entre l'idéal guerrier et l'idéal pacifique, des névroses traumatiques proprement dites, liées à l'effroi « sans la moindre relation avec un conflit dans le moi » (1919a : 221). Le moi redouterait sa propre libido dans les névroses de transfert en temps de paix, un ennemi extérieur au cours des névroses

---

<sup>25</sup> Voir le chapitre 1.1.3.

traumatiques, et un « ennemi interne » (1919a : 223) au cours des névroses de guerre. Dans une lettre à Jones<sup>26</sup> de 1919, Il précise son intuition.

« L'angoisse constitue une protection contre le choc (schreck). Dans la névrose traumatique, il semble que l'esprit n'ait pas eu le temps de recourir à cette protection, et qu'il ait subi, sans y être préparé, le traumatisme. [...] Dans le cas des névroses de guerre, il y a conflit entre l'idéal habituel et le nouvel idéal guerrier. Le premier est vaincu, mais quand arrive « l'obus », ce moi tardif comprend qu'il peut être tué par le moyen de l'alter ego. Cette opposition laisse faible et sans pouvoir le nouveau maître du moi. [...] La différence entre la paix et la guerre est que, dans la première, le moi est fort mais attaqué par surprise, tandis que dans la seconde, il est préparé à l'attaque mais affaibli ».

Freud souligne dans ces deux dernières communications sa volonté d'unifier sa théorie des névroses et la difficulté persistante à y situer la névrose traumatique.

#### ***d- Au-delà du principe de plaisir***

En 1920, la parution de *Au-delà du principe de plaisir* marque un tournant fondamental dans la théorisation de Freud, tournant dans lequel la question du trauma, et celle de la névrose traumatique jouent un rôle déterminant.

La névrose traumatique résiste à la compréhension psychanalytique. Freud tente d'abord d'en cerner le déterminisme. Il note que :

« le poids principal de la causation semble incomber au facteur de surprise, à l'effroi » (1920 : 282). « Effroi (Schreck), peur (Furcht), angoisse (Angst) sont utilisés à tort comme des expressions synonymes ; ils se laissent bien discriminer dans leur rapport au danger. Angoisse désigne un certain état tel que attente du danger et préparation à celui-ci,

---

<sup>26</sup> Jones 1958, cité par Briole et al. (1994 : 48).

fut-il inconnu ; peur réclame un objet déterminé dont on a peur ; effroi, pour sa part, dénomme l'état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé, mettant l'accent sur le facteur de surprise » (1920 : 282). Freud ajoute : « Je ne crois pas que l'angoisse puisse engendrer une névrose traumatique ; l'angoisse comporte quelque chose qui protège contre l'effroi et donc aussi contre la névrose d'effroi » (1920 : 283).

La symptomatologie de la névrose traumatique est également très originale. Le tableau de la période d'état

« se rapproche de l'hystérie, mais, en règle générale, il la surpasse par les signes de souffrance subjective fortement marqués, un peu comme dans une hypocondrie ou une mélancolie, et par les preuves d'un affaiblissement et d'un délabrement généraux bien plus étendus des opérations animiques » (1920 : 282).

Freud souligne la particularité des rêves traumatiques, ramenant sans cesse le sujet au trauma, rêves dont il se réveille « avec un nouvel effroi » (1920 : 283). Il est « pour ainsi dire fixé psychiquement au traumatisme » (ibid.). Pourtant, ajoute-t-il, les patients s'efforcent de ne pas y penser dans leur vie de veille. Ce type de rêve n'obéit pas au principe de l'accomplissement de souhait, et Freud est amené à faire deux hypothèses :

« Dans cet état la fonction du rêve, tout comme bien d'autres choses, a été ébranlée et déviée de ses visées, ou alors il nous faudrait nous rappeler les énigmatiques tendances masochistes du moi » (1920 : 284).

A partir de la métaphore de la vésicule vivante dotée d'une couche corticale sensible protégée par un pare-stimuli, Freud redéfinit les excitations traumatiques :



« Les excitations venant de l'extérieur, assez fortes pour faire effraction dans le pare-stimuli, nous les appellerons traumatiques » (1920 : 300) ;

ainsi que la névrose traumatique :

« On peut, je crois, risquer la tentative de concevoir la névrose traumatique commune comme la conséquence d'une effraction large du pare-stimuli » (1920 : 302).

Cette définition permet selon Freud de concilier la vieille théorie du choc, selon laquelle le traumatisme produirait un « *endommagement direct* », et celle, plus psychologique de l'effroi.

« L'effroi conserve, pour nous aussi, sa significativité. Sa condition est l'absence d'apprêtement par l'angoisse, apprêtement qui implique le surinvestissement des systèmes recevant en premier le stimulus » (1920 : 303).

Ainsi la préparation de ces systèmes par l'angoisse joue un rôle protecteur, mais jusqu'à un certain point : « A partir d'une certaine force du trauma, cette différence n'est sans doute plus d'un grand poids » (ibid.). Les rêves traumatiques et leur répétition constituent une exception à la thèse centrale de l'*Interprétation des rêves* :

« Ils ne servent pas là l'accomplissement de souhait [... Ils] se mettent à la disposition d'une autre tâche qui doit être résolue avant que le principe de plaisir puisse commencer sa domination. Ces rêves servent à procéder au rattrapage, sous développement d'angoisse, de la maîtrise du stimulus, elle dont le manque est devenu la cause de la névrose traumatique» (ibid.).

Il existe donc selon Freud un principe de fonctionnement psychique plus originel que le principe de plaisir est qui est ici à l'œuvre, un « au-delà du principe de plaisir » (1920 : 304) à l'origine de la compulsion de répétition : la pulsion de mort. Le stimulus qui a causé l'effroi ne peut s'historiciser sous forme de trace mnésique ou de fantasme et il est condamné à se répéter. Freud termine en faisant le lien avec la sexualité. « L'ébranlement mécanique doit être reconnu comme l'une des sources de l'excitation sexuelle » (1920 : 304). La violence du trauma libérerait ainsi une quantité d'excitation sexuelle qui ne pourrait être liée en raison de l'impréparation par l'angoisse et aurait alors un effet traumatique. En cas de lésions somatiques, celles-ci pourraient, par le biais d'un surinvestissement narcissique de l'organe souffrant, lier l'excès d'excitation.

Le concept de traumatisme acquiert une triple dimension économique (concernant l'énergie qui lie les représentations), topique (concernant les notions d'intériorité et d'extériorité), et dynamique (avec la question de la pulsion de mort). Briole et al. (1994) font remarquer que les successeurs de Freud vont s'emparer de l'aspect économique et négliger quelque peu l'aspect dynamique et le nouveau dualisme pulsionnel (pulsion de vie/pulsion de mort) avancé par Freud.

### ***e- Les travaux ultérieurs***

Dans *Le moi et le ça* (1923), Freud suggère l'importance de l'existence de traumatismes antérieurs dans l'apparition d'une névrose traumatique. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), il évoque le traumatisme en dehors de toute référence à la névrose traumatique. Freud propose de distinguer deux types d'angoisse :

- l'angoisse-automatique, réaction spontanée de l'organisme face à un afflux d'excitations (internes ou externes) trop nombreuses, trop intenses, et immaîtrisables qui détermine la réaction traumatique ;
- l'angoisse-signal constitue une défense mise en action par le Moi devant un danger et qui a pour but d'éviter son débordement par des excitations.

Cette distinction fonde ce qu'il est convenu de nommer la seconde théorie de l'angoisse<sup>27</sup>.

Un des déterminants fondamentaux du trauma est constitué par la perte d'objet. L'objet n'est plus séducteur, mais absent, manquant. Le manque d'objet réalise chez le nourrisson un état d'*Hilflosigkeit* (détresse et sentiment d'impuissance) lié à sa profonde dépendance à l'objet, lorsque celui-ci vient à manquer. L'angoisse automatique sera reproduite comme signal d'alarme, mais un grand nombre de séquences rassurantes seront nécessaires avant que l'enfant ne puisse l'éprouver sans sentiment de catastrophe. Cette opposition angoisse automatique – angoisse signal, vient en quelques sortes se substituer à l'opposition angoisse – effroi, que Freud n'utilisera plus beaucoup par la suite. Le moi en déclenchant le signal d'angoisse, cherche à éviter le débordement par l'angoisse automatique. Freud insiste sur les menaces internes : des afflux d'excitations internes, exigeant d'être liquidées, mais qui accroissent la tension au-delà du tolérable. Les névroses traumatiques sont à situer, pour Freud, du côté de l'angoisse-automatique :

« Il entre de plus en plus en ligne de compte le fait que lors des expériences vécues qui conduisent à la névrose traumatique, le pare-stimulus externe a subi une effraction et que des quantités d'excitation excessivement grandes abordent l'appareil animique, [...] l'angoisse n'est

---

<sup>27</sup> Jusqu'en 1926, l'angoisse n'était pas conçue par Freud comme une manifestation défensive, mais comme le résultat d'un

pas seulement signalée comme affect, mais [...] elle est aussi nouvellement engendrée à partir des conditions économiques de la situation » (1926 : 246).

Freud évoque encore l'origine traumatique des névroses *dans L'Homme Moïse et le monothéisme* (1939) :

« Nous appelons traumatismes les impressions éprouvées dans la petite enfance, puis oubliées, ces impressions auxquelles nous attribuons une grande importance dans l'étiologie des névroses » (1939 : 159).

Ces traumatismes ont plusieurs caractères : ils sont survenus au cours des cinq premières années, ont été oubliés, et ont un contenu sexuel-agressif : il s'agit « soit des expériences touchant le corps même du sujet, soit des perceptions sensorielles affectant le plus souvent la vue et l'ouïe ; il s'agit donc d'expériences ou d'impressions » ou encore « d'atteintes précoces du moi (blessure narcissique) » (1939 : 161). Les effets du traumatisme sont de deux sortes ajoute-il : positifs et négatifs. Les réactions positives sont celles qui tendent à la répétition, la remémoration, la remise en œuvre, voire à la remise en acte de la situation : ce sont la « fixation au traumatisme » et la « contrainte de répétition » (1939 : 163). Les réactions négatives, que Freud nomme « réactions de défense » (ibid.), ont le but inverse d'éviter remémoration et répétition : il s'agit de l'évitement, des inhibitions, des phobies. Les symptômes de la névrose seront alors des « formations de compromis » (1939 : 164) entre ces deux tendances, avec un effet de contrainte sur le sujet, qui impriment son caractère et sa personnalité alors que le souvenir en a disparu. Dans ce texte, Freud repousse par ailleurs la question d'une étiologie

---

afflux d'énergie non maîtrisée (Laplanche & Pontalis 1967 : 447).

univoque des névroses par des facteurs traumatiques. Il note que dans un grand nombre de cas, aucun traumatisme manifeste n'est retrouvé lors de l'investigation psychanalytique.

« On doit souvent se contenter de dire qu'il n'existe rien d'autre qu'une réaction extraordinaire, anormale, à des expériences et des obligations qui sont le lot de tous les individus, et que ceux-ci traitent psychiquement, dont ils viennent à bout d'une manière différente, qu'il faut qualifier de normale » (1939 : 159).

Ainsi, il existe des cas où la névrose se développe plus qu'elle ne s'acquiert, à côté des cas pour lesquels le facteur traumatique semble proprement causal. « Un événement [agit] comme un traumatisme sur telle constitution et n'aurait pas un tel effet sur une autre » (1939 : 160). Dans tous les cas, « il a été trop exigé du psychisme » (ibid.).

Dans l'*Abrégé de psychanalyse* (1938), resté inachevé, Freud exprime sa déception de n'avoir pu mettre la névrose traumatique en relations avec des facteurs infantiles. Après avoir soutenu que les névroses s'originaient dans l'enfance, il ajoute :

« Il est possible que ce qu'on appelle les névroses traumatiques (déclenchées par une frayeur trop intense ou des chocs somatiques graves tels que collision de trains, explosions, etc.) constituent une exception, toutefois, leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations » (1938 : 54).

### **1.3.3- Les contemporains de Freud**

#### ***a- Karl Abraham : traumatophilie et régression narcissique***

Abraham évoque le traumatisme psychique à deux moments différents de son œuvre. Ses premières publications tout d'abord (1907a et 1907b) traitent du rôle

étiologique des traumatismes sexuels infantiles dans la genèse des névroses - en particulier de l'hystérie - et de la démence précoce. Il y évoque une « diathèse traumatophilique » (1907b : 36) au cours de l'hystérie et notamment de « l'hystérie traumatique » (ibid. :39). Il existerait ainsi selon lui une intentionnalité inconsciente qui exposerait aux traumatismes et à leur répétition. Abraham explique que chez l'enfant, cette disposition constituerait une manifestation précoce de la disposition à développer ultérieurement des troubles. Concernant la traumatophilie chez l'adulte, Abraham avance que l'inconscient « veille à ce que la valeur affective du traumatisme enduré ne soit pas perdue » (ibid. : 39).

En 1918, il aborde la question des névroses de guerre dans un texte qui reprend en fait sa communication au Congrès de Budapest. Pour Abraham, les effets de l'événement traumatique produiraient une perte brutale de « l'illusion narcissique de leur immortalité et de leur invulnérabilité » (1918 : 59) débouchant sur un sentiment d'impuissance et sur les manifestations névrotiques. Pour Abraham, les névroses de guerre ne sont pas différentes des autres névroses, et « les résistances anciennes et inconscientes à la sexualité » en constituent la « vraie origine » (1918 : 57). La « fixation partielle de la libido au stade narcissique du développement » (1918 : 58) forme une prédisposition à l'éclosion de ce type de névrose, qui réalise une « modification régressive qui va dans le sens du narcissisme » (1918 : 57). Cette modification explique selon Abraham le désir de rente de ces patients :

« Il a le sentiment marqué d'une perte énorme. Et il a raison dans la mesure où il est effectivement touché dans ses capacités de transfert libidinal, c'est-à-dire le fondement même du sentiment de soi » (1918 : 61).

Cet appauvrissement en amour objectal ne saurait être dédommagé par des compensations dans la réalité.

### ***b- Ferenczi : le clivage du Moi***

Ferenczi, entre 1908 et 1933, a fortement marqué la pensée psychanalytique, notamment autour de la question de l'introjection (Ferenczi 1909, 1912) et du trauma, surtout entre 1928 et 1934 et lors de la rédaction de son *Journal Clinique* (1932). Si, lors du congrès de Budapest en 1918, les vues de Ferenczi étaient proches de celles de Freud, elles devaient s'en éloigner ensuite. Plus tard, Balint écrivit « Le désaccord entre Freud et Ferenczi fit sur le monde analytique l'effet d'un traumatisme » (1968 : 207).

Dès 1908, Ferenczi évoque le traumatisme : « La frayeur, les chocs psychiques, les accidents peuvent également déclencher la névrose par leur force traumatique. Mais seuls les facteurs sexuels peuvent être considérés comme la cause spécifique des névroses » (1908a : 36). Il décrit la même année assez précisément la symptomatologie liée à un traumatisme psychique (1908b). En 1911, alors qu'il commente des textes d'Anatole France chez lequel il voit une pensée psychodynamique, il rapporte l'histoire d'un personnage dont le fils unique est mort accidentellement et qui développe des troubles accompagnés d'amnésie témoignant d'un clivage. Le retour spontané du souvenir, bien des années plus tard, n'amènera pas la guérison du personnage mais sa mort, même si ses troubles du comportement ont momentanément disparu : « Un jour il parla du fils qu'il avait perdu. On le trouva, le lendemain matin, pendu dans sa chambre »<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Anatole France cité par Ferenczi (1911 : 141).

En 1913, Ferenczi publie *Un petit homme-coq*. Dans cette situation clinique, un enfant est mordu à la verge par un coq alors qu'il urinait dans un poulailler. Il développe l'année suivante, lorsqu'il revient dans le même lieu toute une série de troubles : il ne parle plus mais imite le bruit du coq, est très préoccupé par les poules et leur mise à mort, autour desquelles il organise tous ses jeux. Cette situation est interprétée par Ferenczi dans le sens de la théorie sexuelle des névroses : une menace de castration lui a été envoyée de manière explicite, et sa colère et son agressivité sont renvoyées vers les animaux responsables, qui constituent des déplacements de la figure paternelle. Plus récemment, et dans une perspective ethnopsychanalytique, Zajde (1996) a complexifié l'interprétation de cette situation clinique, en soulignant ses aspects traumatiques organisateurs pour la psyché. Se basant sur la fin du texte de Ferenczi et sur sa correspondance avec Freud, Zajde fait l'hypothèse de la judéité de ce jeune garçon dans une famille ayant renoncé à la pratique et aux traditions juives. Elle invite à relire son symptôme comme s'inscrivant dans un questionnement plus général sur ses appartenances et son besoin d'affiliation.

Les activités de Ferenczi<sup>29</sup> le conduisirent bientôt à devoir prendre en charge un grand nombre de névrosés de guerre. En 1916, il en avait observé plus de deux cent cas en deux mois, et étudié de manière approfondie un petit nombre, chez lesquels il distinguait des tableaux d'hystérie de conversion, d'hystérie d'angoisse, et des formes mixtes. Les cas d'hystérie de conversion peuvent être ramenés à des expériences passées et refoulées

« qui prêtent leur énergie à certains processus physiques associés en pensée à ces événements qui se dressent dans le présent comme les

---

<sup>29</sup> Mobilisé, il était Médecin chef du service de neurologie de l'Hôpital Militaire Maria-Valeria.



pierres tombales de souvenirs ensevelis dans les profondeurs, immobiles et inaltérables comme un monument » (1916 : 241).

Ferenczi décrivait en outre la symptomatologie des névroses de guerre, et reprenait l'hypothèse d'Abraham (1907b) sur la tendance à la traumatophilie de ces patients, et la conception freudienne de blessure narcissique.

Ferenczi participe au Congrès de Budapest de 1918 où il présente un rapport (1919). Comme Freud, il range la névrose traumatique dans le groupe des névroses narcissiques et non dans celui des névroses de transfert. Il écarte toute organicité, mais insiste sur l'idée d'une réalité du traumatisme. Dans ses rêves, le patient affecté « revit constamment les peurs qu'il a réellement éprouvées » (1919 : 42). Dans la symptomatologie, Ferenczi rapporte également des « accès de rage et de colère [...] tels qu'on peut en observer chez les nourrissons » (1919 : 41). Les crises de peur diurnes, de même que les rêves d'angoisse sont considérés comme des « tentatives d'auto-guérison » (1919 : 42). Il rappelle que « personne n'est à l'abri, puisque le stade narcissique est un point de fixation important du développement libidinal de tout être humain » (1919 : 41). Ainsi, les tendances narcissiques préalables sont un facteur favorisant, mais pas une condition nécessaire à l'apparition d'une névrose de guerre. Ferenczi, ce faisant, cherche à conforter la théorie sexuelle des névroses qui se trouve invalidée, aux yeux de certains médecins, par l'existence des névroses de guerre. Il souligne la fréquence de l'impuissance et de la baisse de la libido au cours de la névrose de guerre. Le choc n'est pas sexuel, mais il blesse le moi et le narcissisme, ce qui produit un retrait des investissements libidinaux objectaux. Ferenczi voit là une confirmation de la validité des théories freudiennes.

Dans deux articles de 1921 (1921a et 1921b), Ferenczi établit un parallèle entre les tics et la névrose traumatique : « L'analogie entre le tic et la névrose traumatique

permet de situer ce type de névrose entre les névroses narcissiques et les névroses de transfert. Cette position intermédiaire caractérise également, comme on le sait, les névroses de guerre » (1921b : 134).

En 1924, dans un ouvrage écrit en commun avec Rank, Ferenczi propose une technique active d'analyse, dans le but de favoriser « l'expérience vécue » du transfert, seul moyen selon les auteurs d'autoriser la répétition des expériences traumatiques dans le champ de l'analyse (Ferenczi & Rank 1924). Il s'agit donc de favoriser cette répétition, plutôt que la remémoration des souvenirs et fantasmes refoulés. Ce que Barrois (1988 : 67) nomme la « réhabilitation du traumatisme réel » va se préciser dans l'œuvre de Ferenczi, entraînant progressivement des modifications de la technique analytique et un conflit avec Freud (Bokanowski 2001).

Plusieurs publications ultérieures concernent directement le traumatisme : *La confusion des langues entre adulte et enfant* (1933), *Réflexion sur le traumatisme* (1934) qui est la publication posthume de plusieurs articles écrits en 1931-1932, et *Journal clinique* (1932), qui a été publié et traduit plus tardivement. Les apports de Ferenczi sont nombreux durant cette période, ils se basent sur l'analyse d'adultes qu'on pourrait qualifier aujourd'hui de non-névrotisés ou d'états-limites (Bokanowski 1995). La désorganisation traumatique n'est pas seulement liée à une perturbation des processus secondarisés mais elle tient à la sidération psychique qu'elle produit et aux mécanismes de défense qui se mettent en place, et qui concernent principalement le clivage : clivage du moi, et clivage somato-psychique. Dans *La confusion de langue*, Ferenczi précise le mécanisme par lequel le trauma se constitue précocement : dans un premier temps l'enfant, habité par « des fantasmes ludiques » qui peuvent prendre une « forme érotique » mais qui « restent au niveau de la tendresse » (1933 : 103) est confronté aux mouvements passionnels des

adultes (amour, punitions), à leur langage de passion, infiltré de fantasmes sexuels incompréhensibles, voire à leurs actes. Dans un même temps, ces adultes dénie, invalident, la souffrance psychique que cette situation entraîne chez l'enfant. L'enfant introjecte la culpabilité de l'adulte. Incapable de se défendre psychiquement dans cette situation de douleur insupportable, il utilise alors un mécanisme de clivage auto narcissique qui le conduit à expulser hors de lui une partie de son Moi. Celle-ci devient omnipotente, omnisciente et désaffectivée, tandis que la partie du Moi laissée vide est le lieu d'une identification à l'agresseur.

« Effroi : une partie de la personne est mise "HORS D'ELLE". Clivage : La place vide sera occupée par l'agresseur. Identification. » (1932 : 283).

Pour Ferenczi, le traumatisme est avant tout de type narcissique, et les facteurs sexuels (séduction, castration) n'y jouent qu'un rôle mineur. « Il s'inscrit essentiellement dans une expérience avec l'objet, non pas au regard de ce qui a eu lieu, mais au regard de ce qui n'a pas pu avoir lieu » (Bokanowski 1995 : 34). Il y a brutalement transformation « de la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique » (Ferenczi 1934 : 147). Le clivage est à l'origine des effets négatifs du trauma que Freud évoque dans *L'Homme Moïse* (1939). Bokanowski (1995 : 34) en analyse ainsi les effets :

- entrave du processus de liaison pulsionnelle ce qui provoque une défaillance dans la constitution précoce du narcissisme, et des carences représentatives qui mutilent à jamais le Moi ;
- sidération du psychisme, et intériorisation d'un objet primaire défaillant, avec maintien de la douleur psychique, voire du désespoir ;

- sensation de détresse primaire susceptible de se réactiver durant toute la vie.

Ferenczi a dès lors l'intuition de défaillances très précoces du Moi dont les traumatismes ultérieurs pourraient constituer un après-coup :

« La question se pose de savoir s'il ne faut pas rechercher chaque fois le trauma originaire dans la relation originaire à la mère, si les traumas de l'époque un peu plus tardive, déjà compliquée par l'apparition du père, auraient pu avoir un tel effet sans la présence d'une cicatrice traumatique maternelle-infantile, archi-originaire<sup>30</sup> » (1932 : 137).

L'échec des fonctions de pare-excitation et de contenance maternelles serait donc impliqué dans la mise en place des tout premiers clivages traumatiques.

### ***c- Rank : le traumatisme de la naissance***

Rank, disciple de Freud qui rompit finalement avec lui, publia en 1924 *Le traumatisme de la naissance*. Dans cet ouvrage, il faisait de la naissance le prototype de toute angoisse comme l'avait déjà suggéré Freud, dans une note ajoutée en 1909 à *L'interprétation du rêve* : « L'acte de naissance est d'ailleurs la première expérience vécue d'angoisse et de ce fait, la source et le prototype de l'affect d'angoisse » (Freud : 1899-1900 : 449). Rank systématisa cette hypothèse, et mit ce point au centre de sa théorisation comme causalité univoque. Rank affirmait se livrer à une « explication de l'évolution totale de l'humanité, voire de l'humanisation en général » (Rank 1924 : 7). La psychanalyse, comparée à la vie intra-utérine, voyait sa terminaison comparée à l'acte de naissance, ce qui avait « pour effet ultime de

---

<sup>30</sup> Ururtraumatisch

délivrer le malade tardivement mais d'une façon définitive de la hantise du traumatisme de la naissance, hantise qui n'avait jamais disparu de son inconscient » (1924 : 15). Freud prit des distances avec cette théorie qui prétendait supplanter le complexe d'Œdipe et qui raccourcissait de beaucoup la durée du travail analytique puisqu'il s'agissait, dans tous les cas, de parvenir à une abréaction du traumatisme de la naissance. S'il reconnaissait une détresse biologique lors de la naissance, Freud refusait que celle-ci put avoir un contenu fantasmatique : « Le danger de la naissance n'a encore aucun contenu psychique. [...] Le fœtus ne peut rien remarquer d'autre qu'une formidable perturbation dans l'économie de sa libido narcissique » (Freud 1926 : 250). Houzel (1991) voit dans ce refus la raison qui a contraint Freud à distinguer l'angoisse-automatique de l'angoisse-signal.

#### ***d- Reik : retour sur l'effroi***

Theodor Reik a publié une synthèse de son expérience avec les névroses traumatiques dans un texte intitulé *L'effroi* (Reik 1924). Il précise qu'il a analysé de nombreux névrosés, mais pas de névrosé de guerre, même s'il a eu l'occasion d'en examiner attentivement un grand nombre. Dans ce texte, il précise les rapports entre l'effroi et le concept freudien de *l'inquiétant* (Freud 1919b). Les deux phénomènes présentent des points communs : « la réactivation de complexes infantiles refoulés et la confirmation apparente de conceptions surmontées » (1924 : 324). Reik considère que sous certaines conditions exceptionnelles (soudaineté, choc et confrontation à la mort) le sentiment d'inquiétant peut conduire à la névrose traumatique. Il lui semble douteux qu'il soit possible de déclencher une névrose traumatique en l'absence de tout sentiment d'inquiétant. Le facteur surprise, au cours de l'effroi, serait lié pour Reik, à des situations redoutées et oubliées :

« L'effroi qui est à l'origine des névroses traumatiques est de nature bien particulière. C'est l'effroi qui nous saisit lorsqu'un danger, qu'autrefois nous redoutions inconsciemment et auquel nous pensions avoir échappé, se concrétise soudain » (1924 : 329).

Ce qui lui confère alors une telle force sur notre psychisme, c'est :

« la profonde résonance que lui assure le sentiment de culpabilité inconscient » (ibid.). « L'absence d'angoisse préliminaire provoque pour ainsi dire un court-circuit psychique, si bien que le stimulus externe est d'emblée connecté aux couches les plus profondes » (1924 : 321).

L'angoisse ancienne qui fait retour, est celle engendrée « par la peur de la castration ou de la mort dont le père serait l'agent » (ibid.). L'origine de cette peur de la mort se situe selon Reik qui s'appuie sur Freud, entre le moi et le surmoi :

« Pendant un instant, le moi se sent abandonné par le surmoi. La certitude d'être aimé et protégé, que nous portions inconsciemment en nous depuis l'enfance, a disparu. Le sol s'est dérobé sous nos pas [...] et pendant quelques instants, nous avons sombré dans le vide » (1924 : 322).

Ainsi, l'effroi modifie brutalement la situation libidinale narcissique : la situation d'indépendance relative du moi par rapport au surmoi est remise en question.

« Tout se passe comme si le moi se voyait rappeler, à l'improviste et dans les termes les plus violents, la puissance du surmoi projeté dans le monde extérieur sous la forme du destin » (ibid.).

Pour Reik, c'est la crainte du surmoi qui se trouve derrière la crainte pour un objet extérieur dans la névrose traumatique. L'effroi constituerait la levée brutale du

refoulement due non pas à des mouvements pulsionnels mais à un événement externe.

### **1.3.4- Les travaux ultérieurs**

Dans la période qui suit, ce sont d'abord les psychanalystes d'enfants comme Anna Freud et Winnicott qui vont apporter des éléments précieux à la compréhension de la psychopathologie de l'effroi.

#### ***a- Anna Freud : la mise hors-circuit du moi***

Anna Freud (1965) nous met en garde contre l'usage abusif du terme « traumatisme » chez le petit enfant. Elle lui accorde une valeur spécifique et bien distincte des situations de carence ou d'abandon. Selon elle, on peut parler de traumatisme lorsque, sous l'effet d'un événement violent dont l'enfant a été témoin ou victime, il présente, sous l'afflux d'excitations externes ou internes incontrôlables, une atteinte profonde du Moi, celle-ci pouvant être immédiate ou différée. Anna Freud avait déjà noté à quel point ce terme pouvait être utilisé de manière extensive et abusive pour qualifier tout événement choquant, aussi bien que pour qualifier ses effets sur le psychisme. Pour Anna Freud, en cas de troubles post-traumatiques, il est le plus souvent possible d'observer une réaction immédiate « déficitaire du point de vue du Moi » (1965 : 217), qu'il s'agisse de stupeur, de réactions somatiques, d'explosion de colère :

« Elles indiquent que le fonctionnement du Moi a été mis hors-circuit à ce moment-là, et que l'organisme a été contraint de régresser et à se servir de modes de fonctionnement archaïques antérieurs à ceux du Moi » (1965 : 217).

Cette réaction immédiate peut être comparée avec la réaction d'effroi qui a été décrite chez l'adulte par Lebigot (2002) comme témoignant de l'impact traumatique d'un événement et qui marque le moment de l'effraction psychique. Evoquant le devenir d'une jeune enfant soignée pour un traumatisme majeur, Anna Freud écrivait :

« Aucune épreuve de ce type (et même moins difficile) ne peut être endurée par un enfant sans laisser des cicatrices visibles ou invisibles et, dans l'esprit, toute cicatrice est susceptible de se rouvrir dans des circonstances particulières. Alors la structure de la personnalité peut être globalement ébranlée jusqu'à son noyau » (1965 : 214).

#### ***b- Winnicott : empiètement et agonies primitives***

Pour Winnicott, le concept de traumatisme est à rattacher à celui d'empiètement (*impingement*) de l'environnement qui en représente l'équivalent chez le jeune enfant. Le manque de support au moi, ou le manque de protection vont réaliser de tels empiètements qui menacent la continuité d'être de l'enfant. Le retour à l'isolement, ainsi que la construction d'un faux soi peuvent en résulter. La signification du mot traumatisme varie ainsi selon le stade du développement affectif de l'enfant, la famille donnant « à l'enfant qui grandit une protection à l'égard du traumatisme » (1965 : 292). L'enfant passe normalement progressivement d'une dépendance totale à l'environnement à une dépendance relative. L'« environnement facilitateur » doit devenir progressivement défaillant mais pas au-delà de la capacité de l'enfant à y faire face, sinon il y aura traumatisme, éventuellement par empiètement (non daté/2000 : 213), au sens d'une « rupture de la foi » (1965 : 310) en l'environnement, d'une perte de « la capacité à "croire en" lui » (1965 : 310), le risque étant, à la fin :



« la destruction de la pureté de l'expérience individuelle par une intrusion trop soudaine ou imprévisible d'un fait réel et par l'apparition de la haine chez l'individu, haine du bon objet, éprouvée non pas comme de la haine mais sur le mode délirant d'être haï » (1965 : 311).

Plus tôt, au stade de la dépendance absolue, avant la formation du Self unitaire, des « angoisses disséquantes primitives » (non daté/2000) peuvent survenir. Ces « agonies primitives » ou « angoisses impensables » peuvent être de plusieurs types (1962) : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation, être complètement isolé. Elles entraînent des organisations défensives variées, parfois d'ordre psychotique.

Le rapport entre la survenue des agonies primitives et l'empiètement réel est complexe dans la théorie de Winnicott. Davis et Wallbridge (1992 : 50) ont proposé la séquence suivante :

- 1- Un empiètement survient : soit il est manifeste pour un observateur extérieur, soit il est de l'ordre d'une impulsion violente ou d'un besoin corporel auquel l'enfant ne peut faire face parce que le support au moi fait défaut ;
- 2- Une réaction corporelle et un vécu d'agonie primitive « dont l'intensité dépasse la description<sup>31</sup> » surviennent, avant que les défenses du moi ne puissent s'organiser ;
- 3- Selon le degré d'intégration qui survit au trauma s'élabore un fantasme de la réaction au trauma.

A l'âge adulte, certains patients peuvent se plaindre d'une « crainte de

---

<sup>31</sup> Texte inédit de Winnicott cité par Davis & Wallbridge (1992 : 51).

l'effondrement » (non daté/2000), parfois envahissante, qui est :

« la crainte de l'angoisse disséquante, qui fut, à l'origine, responsable de l'organisation défensive » (non daté/2000 : 209).

Cet effondrement a en fait déjà eu lieu, mais à un moment où le développement du moi était incapable de l'éprouver et d'en garder trace sous forme de souvenir :

« La seule façon de se souvenir est que le patient fasse pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée » (non daté/2000 : 212).

Plusieurs applications de cette théorie ont été proposées par Winnicott, dont la crainte de la mort, le vide, la non-existence ou la « crainte de la folie » (1965). Pour comprendre le vide, par opposition à un événement traumatique, il faut penser « au fait que là où quelque chose aurait pu être bénéfique, rien ne s'est produit » (non daté/2000 : 214). Winnicott souligne donc l'importance de la protection parentale, et la possibilité de conséquences à très long terme des traumatismes les plus précoces. « La crainte de l'effondrement », mais aussi la « crainte de la mort », de la folie, le vide pourraient être des conséquences à l'âge adulte, entre autres, de traumatismes très précoces, « non éprouvés » puisque survenus trop précocement dans le développement (non daté/2000, 1965).

### ***c- Bion : catastrophes et créativité***

Bion n'a pas écrit directement sur le traumatisme psychique. En revanche, on peut se demander s'il n'a pas lui-même été profondément marqué par son expérience de combattant lors de la Première Guerre mondiale. En 1997 sont parues

ses *Mémoires de guerre* (Bion 1997), ouvrage composé de plusieurs parties. La première est son *Journal de 1917-1918*. La seconde, intitulée *Commentaire*, est rédigée en 1972, sous la forme d'un dialogue entre Bion tel qu'il était alors, et le Bion de 1972<sup>32</sup>. La troisième, inachevée, a été rédigée en 1958, après un voyage avec son épouse à Amiens, sur les lieux de bataille, et elle est rédigée comme un récit de guerre à la troisième personne. Durant cette guerre, Bion dit avoir expérimenté la folie (1997 : 105 et 117), la solitude (1997 : 86). Le Journal révèle des passages signifiants pour comprendre les effets psychiques de la guerre :

« On rentra au camp à 22 heures après avoir pataugé dans la neige et la gadoue et ainsi prit fin notre premier Noël en France. Etions-nous tous devenus fous ? Tel était notre bataillon à la fin de 1917 – ahuri et bestial, sans espoir, et se moquant de tout. » (1997 : 81).

« C'était une curieuse affaire – la chaleur et les cauchemars vous réveillaient dans une sorte d'horreur, la sueur vous dégoulinant sur le visage. Il était presque impossible de distinguer le rêve de la réalité. Le crépitement des mitrailleuses allemandes se mêlait à mes rêves, de sorte que quand je me réveillais, je me demandais si je rêvais » (1997 : 105).

Francesca Bion précise, en introduction, que ce cauchemar continuera de le hanter toute sa vie. Bion raconte l'agonie d'un de ses collègues qui avait eu le thorax à demi-arraché par une explosion :

« [Il] atteignit le poste avant de mourir. Cet incident nous bouleversa Hauser et moi, nous en étions malades. Ses yeux avaient le même regard que ceux d'un oiseau blessé - un mélange de peur et de surprise » (1997 : 137).

---

<sup>32</sup> Sur le même mode que les trois volumes de *Une mémoire du futur* (1975, 1977b, 1979).

Dans ses commentaires, Bion insiste sur la vision de cadavres, leur proximité, leur odeur, l'horreur que cela lui inspirait. Bion-Thalamo (1997), la fille aînée de Bion, souligne que d'importants passages seront repris tels quels dans la série *Une mémoire du futur* (1975b, 1977, 1979), bien des années plus tard, et de manière presque identique, comme si aucun processus de perlaboration n'avait joué.

Durant la Seconde Guerre mondiale, Bion fût chargé de prendre en charge les soldats traumatisés dans l'hôpital militaire de Northfield en Ecosse, il mit au point des thérapies en petit groupe. Il publia ensuite ses recherches sur le sujet dans *Recherches sur les petits groupes* (1961). Bion écrivit pour la dernière fois sur ce sujet, et n'y revint plus directement. Pourtant, écrit sa fille, il continua à acquérir de nombreux objets concernant la guerre jusqu'à sa mort « comme si le sujet n'était jamais très loin de son esprit, représentant peut-être, dans ses aspects sociaux et individuels, une importante et insoluble énigme » (Bion Thalamo 1997 : 316). Ainsi, selon elle, on peut dire que Bion est devenu analyste « à cause de ses expérience de guerre », mais il est tout aussi vrai d'affirmer qu'il l'est devenu « en dépit » de ces expériences (1997 : 315).

Les développements de l'œuvre de Bion sont multiples et complexes. Hinshelwood (2000 : 262) en distingue principalement trois :

- a) Alors que Mélanie Klein (1946) avait décrit l'identification projective comme un phénomène rattaché essentiellement aux mécanismes de défenses psychotiques contre l'instinct de mort, Bion soutint l'existence d'une identification projective normale (c'est-à-dire la possibilité d'une utilisation non psychotique de ce mécanisme de défense) ;

- b) De cette idée est née une théorie de la *contenance* émotionnelle qui constitue une théorie du contact entre le nourrisson et sa mère, et par extension une théorie du contact en psychanalyse ;
- c) Enfin, Bion a proposé une théorie de la pensée selon laquelle les significations dérivent des émotions infantiles les plus précoces.

Un concept central dans l'œuvre de Bion, celui de *changement catastrophique* nous paraît à même d'éclairer la question du traumatisme psychique. Ce concept de catastrophe est intimement lié à l'idée d'une transformation.

« C'est un changement catastrophique au sens restreint d'un événement qui produit une subversion de l'ordre ou du système des choses ; catastrophique encore en ce qu'il s'accompagne d'un sentiment de désastre chez tous les participants, catastrophique enfin en ce qu'il est soudain et violent de manière quasiment physique » (1965 : 15).

Bion (1962, 1970) a proposé l'existence d'un *appareil pour penser* (*apparatus for thinking*) qui permet de transformer les expériences émotionnelles en activité cognitive. Initialement, la mère, dont le psychisme est dans un état de « rêverie », accepte les identifications projectives du nourrisson, les contient, et les lui rend intelligibles. Les données sensorielles acquièrent une signification, ce que Bion nomme la *fonction alpha*. Dans le cas inverse, le nourrisson a recours à des tentatives de projection de plus en plus intenses et violentes qu'il ré-introjecte dénuées de signification, ce qui produit une « épouvante sans nom » (1962 : 116). Cela conduit à la formation d'un objet interne qui détruit la signification et laisse le sujet dans un monde dénué de sens, aux prises avec un surmoi émettant des injonctions elles aussi dénuées de sens.

L'appareil pour penser émerge dans la continuité de la *fonction alpha* maternelle, et constitue un contenant qui provoque la création de théories avec lesquelles penser. Cet appareil doit se développer parallèlement au développement du sujet, et selon Bion, ce développement suppose des ruptures catastrophiques dans la mesure où il ne peut y avoir de changement dans l'appareil à penser sans un processus de déstructuration des théories, c'est-à-dire de dissolution du contenant, suivi de l'apparition de nouvelles théories : d'une restructuration. Bion voit dans la déstructuration un processus de fragmentation qu'il rattache à la position schizo-paranoïde, et estime que la restructuration appartient à la position dépressive. Ainsi, la nécessité du développement entraîne une suite de changements catastrophiques, réalisant des oscillations entre la position schizo-paranoïde et la position dépressive (que Bion note *Ps-D*), et nécessite que le sujet puisse supporter et contenir ces différents éléments. A l'origine de la pensée, il y a une « explosion 0 catastrophique » (1970 : 44), et cette catastrophe est nécessaire à l'émergence de nouvelles pensées et donc à l'activité de création.

#### ***d- Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des contenants***

L'œuvre de Didier Anzieu apporte des éléments essentiels à la réflexion sur le traumatisme psychique. Dès 1974, celui-ci s'est en effet intéressé aux contenants psychiques à travers le concept de Moi-peau (1974, 1985) qu'il définit d'abord ainsi :

« Par Moi-peau, nous désignons une configuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif » (1974 : 207).

Anzieu s'appuie sur le texte de Freud *Note sur le « Bloc magique »* (1925). Dans ce court texte, Freud compare le système Perception-Conscience tel qu'il le décrit et le dispositif du bloc magique : un fond de cire recouvert d'une pellicule translucide, recouverte d'une couche de celluloïd transparent qui lui est solidaire. La pression avec un stylet permet de former dans la cire des inscriptions qui semblent disparaître si l'on ôte le feuillet de celluloïd. Freud remarque que la cire en conserve cependant la trace. De manière similaire, Anzieu décrit au Moi-peau une structure en double feuillet avec :

- un feuillet externe tourné vers la réalité extérieure, ayant une fonction de pare-stimuli,
- et un feuillet interne, transmettant les inscriptions des événements exogènes et recevant les stimulations provenant de l'inconscient (1985).

Anzieu poursuit l'analogie du Moi-peau sur le plan psychique et de la peau sur le plan physiologique en attribuant au Moi-peau huit fonctions (1985), la pathologie de chacune de ces fonctions étant susceptible de causer certains types d'angoisse :

1. Maintenance : résultat de l'intériorisation de la fonction du *holding* maternel (Winnicott 1962) conduisant à une forme de soutènement psychique, gage d'une sécurité narcissique de base ;
2. Contenance : dans le sens que Bion a donné à la fonction contenante (1962a), et s'appuyant sur la fonction exercée par le *handling* maternel. On peut noter que Kaës (1979) distingue deux aspects à cette fonction : le « contenant », stable, immobile et passif, et le « conteneur » correspondant à l'aspect actif, la

rêverie maternelle de Bion, l'identification projective, c'est-à-dire à la *fonction alpha*. Le Ça (noyau) et le Moi-peau (écorce) sont considérés comme complémentaires par Anzieu, la pulsion ne pouvant être ressentie comme poussée qu'à la condition d'une butée et d'un point d'ancrage corporel possible. Anzieu voit dans cette complémentarité de l'écorce et du noyau le fondement du sentiment de continuité de soi (1985 : 125).

3. Pare-excitation tel que décrit par Freud (1920) qui peut-être attaqué par l'effroi (Anzieu 1994 : 107);

4. Individuation du Soi, fonction lui apportant le sentiment d'être un être unique. Le sentiment d'*Inquiétant* (Freud 1919) peut ainsi être compris comme une « menace visant l'individualité du Soi par affaiblissement du sentiment des frontières de celui-ci » (Anzieu 1985 : 126).

5. Intersensorialité : des sensations de différentes natures peuvent être reliées et s'inscrire in fine sur l'enveloppe tactile considérée comme un « fond originare » (1985 : 127) ;

6. Soutien de l'excitation sexuelle : sur sa surface peuvent être localisées des zones érogènes, la reconnaissance de la différence des sexes et de leur complémentarité ;

7. Recharge libidinale : fonction de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition ;

8. Inscription des traces sensorielles : le Moi-peau remplit une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles qui renseignent sur le monde extérieur et sont recoupées avec les autres sens fonction. Anzieu relie cette



fonction à la fonction maternelle de *présentation de l'objet* de Winnicott (1962). Celle-ci se développe donc « avec un double appui, biologique et social » (1985 : 128), et elle est parfois défaillante en situation migratoire (Moro 2007).

9. Autodestruction et attaque des liens : fonction négative introduite alors à titre d'hypothèse comme étant au service de la pulsion de mort.

Par la suite, Anzieu décrit le concept de signifiants formels (2000 : 19), signifiants de forme, de configuration, qui concernent également les changements de forme, et sont des représentants psychiques (représentants de choses au sens freudien) « non seulement de certaines pulsions, mais des diverses formes d'organisation du Soi et du Moi » (ibid.). Anzieu leur décrit une structure différente de celle du fantasme : ils sont monotones, concernent une transformation spatiale, témoignent davantage d'une confusion dedans/dehors que réel/imaginaire, etc. Ces signifiants peuvent être interprétés dans le cadre du travail analytique : ils sont métaphorisables et permettent à l'analyste d'interpréter les altérations de l'espace psychique et des fonctions du Moi avant d'interpréter les conflits pulsionnels (2000 : 41). Anzieu a souligné l'homéomorphisme existant entre le cadre analytique et l'enveloppe psychique, tout se passant comme si le patient projetait sur le cadre de la séance sa propre enveloppe psychique. Alors que l'analyse des contenus psychiques dépend surtout de l'élaboration du transfert, la compréhension de la structure de l'enveloppe psychique du patient nécessite donc l'élaboration du contre-transfert (Houzel 2003), ce concept étant pris dans le sens de Heiman (1950) d'une communication primitive d'éléments du psychisme du patient évacués dans l'analyste.

Anzieu est le premier psychanalyste à avoir parlé d'enveloppe psychique. Houzel (2000), fait remarquer que les premiers psychanalystes, confrontés à des patients le plus souvent névrosés, étaient amenés à travailler davantage avec les contenus psychiques qu'avec les contenants. Il rappelle cependant que la question de l'enveloppe était présente en filigrane dès les premiers travaux de Freud, comme *De l'esquisse d'une psychologie scientifique* (1895), texte dans lequel Freud, explorant les fonctions du Moi sous un angle énergétique, évoque ses fonctions de stabilisation, de protection, délimitation, interface, et différenciation du psychisme (Houzel 2000 : 71). Plus tard, ce sont surtout les psychanalystes post-kleinien comme Bion, Meltzer, Bick, Houzel qui ont approfondi ces concepts.

Au fil de l'évolution de son œuvre, Anzieu a utilisé de plus en plus le terme d'enveloppe psychique, et le concept a connu plusieurs développements : aux autres sens, comme par exemple l'enveloppe sonore (Anzieu 1985), ainsi qu'au niveau groupal, familial, et institutionnel (Houzel 1992).

### ***e- Roussillon : traumatisme et symbolisation***

Roussillon, dans le cadre de ses recherches sur la symbolisation, a mené de nombreux travaux sur le traumatisme (1999, 2005). Il propose un modèle adapté aux traumatismes précoces, mais aussi pour les traumatismes survenant à un autre stade du développement, cela en s'appuyant sur Winnicott pour décrire une expérience subjective du traumatisme en trois temps (1999) :

- Le temps X, initial, est celui au cours duquel le psychisme est menacé par un afflux d'excitation (soit du fait de l'immaturation de ses moyens, soit du fait des quantités d'énergie engagées). Dans un premier temps, le psychisme utilise ses

ressources internes pour lier l'afflux ou le décharger. Celles-ci dépendent du degré de maturation de la psyché : satisfaction hallucinatoire du désir, auto-érotisme, motricité, destructivité par exemple. Lorsque ces moyens s'avèrent insuffisants, le sujet bascule dans la phase suivante.

- Le temps X+Y voit l'apparition d'un état de détresse sans issue interne, dépourvu de fin et de représentation. Si cet état de détresse s'accompagne de traces mnésiques d'expériences de satisfaction en rapport avec l'objet, la détresse devient manque, lié à la représentation d'un objet de recours. Si l'objet de recours apporte à temps la satisfaction, qu'il « survit au manque » cette réponse fournit la base d'un « contrat narcissique » avec l'objet qui deviendra l'objet d'un conflit d'ambivalence (1999 :18). Si ce processus échoue, soit parce que l'objet ne se présente pas, soit parce que sa réponse est insatisfaisante, l'état de manque aboutit à une rage impuissante signant l'entrée dans la phase suivante.

- Le temps X+Y+Z voit l'installation d'un état traumatique primaire (1999 :19). Roussillon distingue les états « d'agonie psychique » (Winnicott) lorsque la souffrance domine, et la terreur agonistique, ou « terreur sans nom » (Bion) lorsque la terreur domine.

Ces états traumatiques primaires, poursuit Roussillon, possèdent un certain nombre de points communs : ils provoquent une « impasse subjective, un état de désespoir existentiel, une honte d'être, qui menacent l'existence même de la subjectivité et de l'organisation psychique » (1999 : 21). Ils s'accompagnent d'une intense culpabilité, que Roussillon qualifie de pré-ambivalente, et du sentiment d'un

risque de « mourir de honte face au constat de la blessure identitaire narcissique » infligée par la situation traumatique (ibid.).

La seule issue à cette impasse est alors le clivage. Le sujet ne peut survivre qu'en se retirant de l'expérience traumatique et en se coupant de sa subjectivité : « Il ne 'sent ' plus l'état traumatique, il ne se sent plus là où il est, il se décentre de lui-même, de décale de sa propre expérience subjective » (ibid.). Ce renoncement n'est pas l'acceptation de la castration, car celle-ci concerne le renoncement à une forme de manifestation ou de réalisation du désir œdipien, tandis qu'ici il s'agit de « se couper d'une expérience subjective centrale... De neutraliser en soi tout ce qui se connecte avec la zone de douleur... C'est de soi que l'on se coupe » (2005 : 226). L'expérience a été vécue et a laissé des traces mnésiques, mais elle n'a pas été représentée. Il ne s'agit donc pas ici d'un clivage de deux parties du Moi tiraillé entre deux chaînes signifiantes incompatibles tel que Freud l'a exposé, mais « la subjectivité se trouve déchirée entre une part représentée et une part non représentable » (1999 : 21).

Cependant, le clivage ne parvient pas à rétablir l'état psychique antérieur, même au prix d'une amputation psychique. En effet, les traces mnésiques des expériences agoniques vont sans cesse être réactivées, ou hallucinées sous l'effet de la contrainte de répétition (2005 : 227). Plusieurs stratégies peuvent alors être mises en place. La première est ce qu'il est convenu d'appeler, depuis Abraham (1907b), la traumatophilie, c'est-à-dire la recherche de nouvelles situations traumatogènes. La seconde stratégie - souvent la première chronologiquement à être mise en place - est « la tentative de neutralisation de l'activation des traces » (2005 : 228), qui peut se faire par l'évitement avec un niveau comportemental qui prend l'allure d'une phobie, lequel est adossé à une « neutralisation énergétique et

affective » (ibid.) conduisant à une désertification du monde interne et à un désengagement de la vie affective et relationnelle. La lutte contre l'écoulement du temps, la tentative pour le suspendre ou bien pour se situer hors de la temporalité vise également cette fonction de neutralisation des traces (2005 : 229).

Le travail de symbolisation, selon Roussillon (1999), comporte trois processus :

- Le travail de mise en signe, (processus phorique) : le patient produit des signes de sa souffrance (dans le langage et aussi dans l'affect, le comportement, la gestuelle, la narration et sa rythmique, le corps), mais ceux-ci restent des « signes morts » tant qu'ils ne sont pas relevés par le clinicien ;
- Le travail de mise en scène, (processus sémaphorique) : travail de contextualisation, de réinsertion du signe dans un contexte, le début d'une chaîne associative ;
- Le travail de mise en sens (processus métaphorique) est alors rendu possible par le début d'historisation qui va relancer le processus de subjectivation.

En ce qui concerne le processus sémaphorique, Roussillon souligne que la scène est organisée à partir des différents signes d'abord chez le soignant, qui peut décider de la communiquer ou non au patient (2005 :236), ce qu'on peut rapprocher du concept *de scénario émergent* – scénario partiellement conscient produit par l'effet du récit traumatique sur le thérapeute – développé par Lachal (2006).

La voie royale du processus de symbolisation est bien sûr la communication verbale, mais Roussillon rappelle que d'autres modalités sont sollicitées, notamment l'affect, et son partage, et aussi l'échange, le don et le partage d'objets (2005 : 236).

Les travaux de Roussillon ne concernent pas directement le concept d'effroi, mais ils apportent des outils conceptuels pour penser les détresses traumatiques primaires, distinctes des angoisses de castration, et les processus de symbolisation nécessaires en situation thérapeutique.

### ***f- Janin : le collapsus topique***

Janin (1996, 2005) a proposé le concept suivant pour le traumatisme : celui du « collapsus topique, ou collapsus de la topique interne [par] détransitionnalisation de la réalité » (2005 : 48). Celui-ci survient lorsque la réalité vient dupliquer un fantasme inconscient de séduction ou bien un fantasme agressif. Reprenant une expression de Green, l'auteur parle de « malheureuse rencontre ». Il y a alors coïncidence du fantasme et de la réalité, de la réalité psychique et de la réalité externe. L'appareil psychique ne contient plus le monde interne. Il n'est plus possible au sujet de localiser la source interne ou externe de l'excitation, et la possibilité de constituer ce que Freud nomme *l'épreuve de réalité* (1917) est momentanément perdue. Janin note que cette situation n'est pas sans rapport avec le concept Freudien d'*Inquiétant*. Pour Janin, l'*Inquiétant* réalise un « collapsus topique normal, de courte durée, produit par la rencontre entre fantasme et événement, mais dont l'effet d'ébranlement est bien perceptible, accompagné d'une brève dépersonnalisation » (2005 : 49). La dépersonnalisation a cette fonction de permettre au sujet de séparer événement et fantasme collabés. Face au collapsus topique, plusieurs voies d'auto-guérison peuvent se mettre en place : le sujet peut présenter des états de retrait, de repli, qui lui permettent de tenter de réparer son enveloppe psychique (l'auteur y voit un équivalent diurne du système sommeil-rêve) ; il peut surinvestir la réalité interne

ou externe ; il peut enfin chercher dans les événements, une source externe capable de remobiliser sa vie psychique, ce qui ouvre la voie à la traumatophilie.

***g- Barrois : effroi, clivage traumatique et mythe d'Orphée***

Barrois (1988, 1994) a développé une théorie du traumatisme psychique qui donne une part importante à l'effroi. L'effroi et la sidération, dit-il, sont faits des cinq éléments suivants :

- L'absence de réponse à l'énigmatique de l'homme ;
- L'appel aux totalités protectrices dans ce temps d'annonce de la fin des temps (collectivité, culture, grand groupe, famille, corps propre) ;
- Le fait que rien ne sera plus comme avant ;
- Le fait que quelque chose de fascinant et d'horrible se dévoile et apparaît (apocalypse), puis s'avance (épiphanie) ;
- Le *kérygme* : prophétie, oracle du destin, venant dire l'indicible, c'est-à-dire la mort de soi comme ultime vérité.

L'ensemble de ces éléments produit des ruptures topologiques et temporelles (de la continuité, du sens, de la relation contenant/contenu) qui constituent l'essence même de l'effroi et mettent l'individu « hors-monde, livré à l'hégémonie de Thanatos » (Barrois 1994 : 747). Le sujet s'en défend par clivage, et Barrois parle de « clivage traumatique » (1994 :748) différent du clivage pervers et du clivage psychotique.

« Cette partie clivée installe un véritable double, un revenant interne (surtout dans le sommeil). Le syndrome de répétition traduit aussi bien ce retour permanent des fantômes qui, sous des dehors de circularité incoercible, signe l'immobilité de la figure pétrifiée par l'oracle, laissée en arrière, à laquelle l'autre partie reste toujours enchaînée » (ibid.).

L'auteur illustre cette problématique par le mythe d'Orphée pour qui l'interdit ne porte pas sur l'inceste ou la parricide, comme pour Œdipe, mais sur « quelque chose qui ne doit pas être vu » (1994 : 749).

Barrois fait de l'effroi, caractérisé par de multiples ruptures et produisant un clivage traumatique le concept central de la psychopathologie psychanalytique du traumatisme psychique.

#### ***h- Lebigot : l'effroi comme rencontre avec le réel de la mort***

Lebigot s'est particulièrement attaché à la compréhension de l'effroi dans la névrose traumatique, à la fois au niveau clinique et au niveau métapsychologique. Sur le plan clinique, l'effroi est superposable au schéma psychopathologique de l'effraction. Les patients parlent de « blanc », de « panne » de la pensée, « d'éclipse de soi », « je n'étais plus là » (2002 :140). Il s'agit d'une expérience généralement brève, et qui est dépourvue d'émotion. Lorsqu'elle est associée à une menace vitale, le patient dit souvent qu'il a vu « la mort en face » ou bien qu'il « s'est vu mort ». Ce type d'énoncés, ou leur équivalent seraient pour Lebigot le meilleur signe à même de témoigner qu'une effraction traumatique a bien eu lieu, et que le risque existe de développement ultérieur d'une névrose traumatique. Le moment de l'effraction, est cliniquement silencieux, et les symptômes observés dans les instants qui suivent constituent déjà des défenses contre l'effraction traumatique. En ce sens, ils ne sont



pas spécifiques du traumatisme dans la mesure où ils sont sous-tendus par l'émergence de l'angoisse, et à donc, à un certain degré, articulés à la problématique œdipienne du sujet. Lebigot insiste sur ce point : c'est l'effraction, éventuellement appréhendable au travers des signes que nous avons évoqué, qui trace une démarcation entre trauma et angoisse<sup>33</sup>. Les autres symptômes de la phase immédiate ne sont pas spécifiques (2002 : 144). Parmi les stratégies immédiates mises en place par le sujet pour faire face à cette effraction, Lebigot souligne la fréquence du déni de l'effroi (à l'origine du temps de latence classiquement observé entre le moment du traumatisme et l'émergence des signes de névrose traumatique), et des pertes de connaissance.

Lebigot (2000) rappelle que notre rapport habituel au réel est fait de sensations et de perceptions qui trouvent dans l'inconscient des représentations prêtes à les accueillir, ces représentations étant liées à d'autres. Toute perception ou sensation est ainsi prise en charge, perçue à la lumière du passé dans un réseau d'interprétations et de sens, qui va se modifier au cours du temps. Les choses sont en revanche différentes avec les événements traumatiques qui constituent « une rencontre avec le réel de la mort » (2000). Comme le soutient Freud (1915), chacun est persuadé de sa propre immortalité : il n'y a pas dans l'Inconscient de représentation de soi comme mort, or c'est cette représentation qui s'impose avec le trauma. Pourtant, aux origines de la vie psychique, le jeune enfant est confronté à des expériences de néantisation, mais celles-ci, lors de l'entrée dans le langage, sont recouvertes par le refoulement originaire, socle étanche qui les rend

---

<sup>33</sup> Dans les troubles dits réactionnels, contrairement à ce qui se passe dans les troubles liés à un traumatisme psychique, l'événement déclenchant ne détermine pas la forme que prendront les symptômes (2000 : 21).

inaccessibles et irréprésentables. Dans l'inconscient, c'est la perte, la castration, qui viendra à cette place.

L'image traumatique, qui figure la néantisation

« pénètre dans l'appareil psychique, repousse les représentations et les signifiants qu'il contient, et va s'incruster en son point le plus profond (poche du refoulement originaire). Le resurgissement en sens inverse de cette image dans les cauchemars et les reviviscences provoque le même effet. Il y a donc là une expérience terrifiante où l'homme perd sa qualité 'd'être parlant' » (Lebigot 2002 : 145).

Elle demeure un « corps étranger interne inaccessible au travail du principe de plaisir » (Lebigot 2000 : 22). Cette incrustation psychique de l'image traumatique a plusieurs corollaires (Lebigot 2000). Le premier est la perte de l'illusion de l'immortalité, entraînant une frayeur de mort imminente et une atteinte narcissique grave<sup>34</sup>, ainsi que le sentiment d'avoir été modifié par l'expérience. Le second est la honte, liée au sentiment d'exclusion de la communauté humaine en rapport avec le fait que le sujet a été, pour un instant, « déshabité par le langage ». « Quitter ne serait-ce que pour une seconde la demeure du langage équivaut à désertier l'humain, à n'être plus que chose ou animal » (2000 : 23). Le troisième corollaire est la culpabilité. Celle-ci ne peut pas être lue uniquement comme une culpabilité du survivant, cette notion n'étant pertinente que si d'autres sont morts, et qu'on a entretenu avec eux un lien d'ambivalence. Pour Lebigot, la culpabilité est liée à une transgression qui est l'effet même de l'effraction, celle-ci produisant un franchissement interdit vers l'originaire.

---

<sup>34</sup> Pour Barrois, cette « perte de soi-même » touche à la fois « le narcissisme de valeur (le contenu, les idéaux), mais aussi le narcissisme du contenant : la confiance et la sécurité dans les enveloppes psychiques et le Moi-peau » (1988 : 197).

Un travail de recherche auquel il a collaboré (Vaiva et al. 2003) a permis l'étude l'effroi chez les accidentés de la route. Au total, 123 accidentés ont été examinés en post-immédiat, puis à distance de leur accident. L'existence d'une réaction d'effroi (confrontation à la mort et blanc de la pensée) était recherchée dans le discours spontané ou au travers de questions non-directives. Une telle réaction était présente chez 48 sujets, et s'avérait hautement prédictive de l'apparition ultérieure d'un état de stress post-traumatique (spécificité de 0.93 et sensibilité de 0.6). La moins bonne sensibilité de la réaction d'effroi est interprétée par les auteurs comme témoignant de l'amnésie du moment péritraumatique chez un certain nombre de patients.

Les différents travaux psychanalytiques que nous avons passé en revue, issus de champs différents (la psychanalyse d'enfants, la psychanalyse des contenants et des enveloppes psychiques, la psychiatrie militaire) apportent des éléments précieux pour comprendre les mécanismes de la psychopathologie de l'effroi et penser des pistes thérapeutiques. La relation transféro-contre-transférentielle dans de telles situations présente également un certain nombre de spécificités que nous allons analyser.

## 1.4- LES EFFETS CONTRE-TRANSFERENTIELS DE L'EFFROI

Le contre-transfert, c'est-à-dire « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et Pontalis 1967 : 103), est une notion à laquelle Freud a fait allusion assez tardivement, à partir de 1910 (Assoun 1997 : 476), et à de rares reprises. Par la suite, elle a été largement reprise, avec de grandes variations dans sa délimitation, celle-ci pouvant être très restrictive, limitant le contre-transfert aux processus inconscients que le transfert de l'analysé produit chez l'analyste, ou très large, concernant l'ensemble des mouvements psychiques conscients et inconscients de l'analyste. Lagache (1964) a proposé que le contre-transfert soit la réaction au transfert de l'autre, et qu'il existe donc un transfert et un contre-transfert chez l'analysé comme chez l'analyste. De même, la question du statut du contre-transfert dans le processus analytique a été largement débattue, certains analystes le considérant comme un obstacle au travail thérapeutique qu'il faudrait tenter de réduire autant que possible, d'autres estimant que le contre-transfert devait au contraire constituer un élément éclairant du processus analytique, susceptible d'informer certaines interprétations (Devereux 1967, Giami 2001). Ferenczi rattache cette notion à l'introjection primaire qui conduit l'un à faire sien une partie du monde interne de l'autre, position reprise et développée par Heimann (1950) selon laquelle le contre-transfert est la conséquence du désir inconscient de l'analysant de faire part à l'analyste d'affects éprouvés mais impossibles à reconnaître et verbaliser.

Balint a été le premier à élargir la notion de contre-transfert à des situations non analytiques, en soutenant que la subjectivité du soignant et ses mouvements contre-

transférentiels étaient présents et actifs dans toute relation de soin (Balint 1957). Devereux élargit encore cette notion.

### **1.4.1- Devereux**

Par la suite, Devereux (1967) utilise le concept de contre-transfert dans le cadre plus général des sciences sociales en l'articulant à la méthode complémentariste<sup>35</sup> qu'il a développée. Le contre-transfert pour Devereux concerne également le chercheur en sciences sociales, et les mouvements inconscients de ce dernier ont ainsi un impact sur la construction du savoir. Au contact du terrain et du matériel surgit l'angoisse du chercheur, et selon Devereux, la méthodologie va alors pouvoir être utilisée soit dans le sens d'une défense, soit dans celui de la sublimation, lorsqu'elle parvient à la fois à apaiser l'angoisse et à produire du savoir.

Le contre-transfert, comme le transfert, comprend une double dimension affective et culturelle. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie. Elle conditionne sa capacité à entrer en relation thérapeutique avec lui. Il s'agit donc de définir le statut épistémologique que le chercheur ou le clinicien attribue à ce type de matériel, en lien avec sa position intérieure par rapport à tous les dires et les faire codés par la culture du patient. Le transfert et le contre-transfert culturel empruntent aussi à l'histoire, à la politique, à la géographie. Le patient comme le thérapeute ont des appartenances et sont inscrits dans des histoires collectives qui imprègnent leurs réactions et dont ils doivent être

---

<sup>35</sup> Voir le chapitre 2.1

conscients. Sans l'analyse de ce contre-transfert culturel, on risque des passages à l'acte agressifs, affectifs, racistes (Devereux 1967 et 1972, Moro & Baubet 2003, Rouchon 2007).

#### **1.4.2- Travaux de Wilson et Lindy : les ruptures d'empathie**

En 1994, Wilson et Lindy ont proposé une synthèse de leurs travaux sur le contre-transfert avec les patients traumatisés (Wilson & Lindy 1994a). Ils soulignent la nécessité de maintenir un cadre thérapeutique empathique avec les patients traumatisés, mais ce cadre est attaqué par la situation post-traumatique elle-même. Celle-ci produit des perturbations de l'empathie et de la relation thérapeutique, en grande partie du fait des modalités particulières de contre-transfert liées au traumatisme. Reprenant les travaux de Gorkin (1987) qui distinguait au contre-transfert une part objective – en réponse à la personnalité et au comportement du patient – et une part subjective, liée aux conflits internes du thérapeute, ils soutiennent l'idée que le contre-transfert et le transfert possèdent des spécificités lorsque le patient a subi un traumatisme psychique. Ils introduisent le concept de *ruptures d'empathie*<sup>36</sup> (Wilson & Lindy 1994b) qu'ils définissent comme la résultante de processus intersubjectifs se déroulant durant la psychothérapie de patients traumatisés et qui déforment l'attitude et la réponse du thérapeute. Ils distinguent deux types de contre-transfert : le CT de type I caractérisé par l'évitement, et le CT de type II dans lequel domine une identification excessive au patient (Wilson et al. 1994). Dans le CT de type I, évitant et contra-phobique, le thérapeute tend à minimiser le traumatisme, à se concentrer sur l'histoire antérieure. Le récit

traumatique est évité, il peut susciter de la peur (notamment la peur d'être à son tour traumatisé). L'évitement et le détachement peuvent conduire à des passages à l'acte comme une surmédicalisation, un arrêt de la prise en charge. Dans le CT de type II, au contraire, l'identification est forte, le thérapeute s'engage excessivement au côté de son patient, se concentre uniquement sur l'événement traumatique, il idéalise le patient et recherche une gratification narcissique dans une position de sauveteur.

La combinaison des deux axes CT de type I / CT de type II et part objective / part subjective du CT les amène à distinguer quatre types de distorsions de l'empathie pouvant conduire à des ruptures d'empathie (Wilson & Lindy 1994b, Wilson et al. 1994).

- Le retrait de l'empathie (CT de type I, CT objectif) survient lorsqu'un thérapeute dont le style défensif est marqué par la tendance à l'évitement et au détachement, est soumis à des expériences cognitives et affectives intenses et se caractérise par un sentiment d'incapacité à continuer à aider le patient, la rigidification technique, l'intellectualisation, ceci conduisant à une difficulté à percevoir la dynamique de l'entretien. Tout se passe dans ces cas là comme si le thérapeute cherchait à préserver sa vision du monde en mettant à distance tout récit traumatique susceptible de la mettre à mal. Dans ces situations, c'est surtout la formation du thérapeute qui peut améliorer les choses.

- Le refoulement de l'empathie (CT de type I, CT subjectif) dans lequel interviennent principalement les réactions de déni et de mise à distance s'observent fréquemment chez les thérapeutes qui ont eu à expérimenter eux-mêmes des événements traumatiques. Le thérapeute ne perçoit pas certains aspects des dynamiques en jeu,

---

<sup>36</sup> Traduction personnelle pour « empathic strain ».

et concernant ces points il se trouve dans une sorte de « collusion inconsciente » (Wilson et al. 1994 : 41) avec le patient. Ces difficultés peuvent être travaillées en supervision ou dans le cadre d'une thérapie personnelle.

- L'empathie empêtrée (CT de type II, CT subjectif) : dans cette situation, le thérapeute abandonne sa place pour s'identifier excessivement au patient, ce qui conduit à une perte des limites entre patient et thérapeute. Les thérapeutes possédant eux-mêmes des antécédents traumatiques seraient particulièrement exposés à cette forme de distorsion de l'empathie qui peut aller jusqu'à des reviviscences post-traumatiques, des passages à l'acte du thérapeute et parfois l'installation d'une relation de dépendance mutuelle entre ce dernier et son patient. Ici également, c'est la supervision qui peut aider le thérapeute.

- Le déséquilibre empathique (CT de type II, CT objectif) est caractérisé par un inconfort somatique, un épuisement, un sentiment d'insécurité et de vulnérabilité. Il s'observe fréquemment chez les thérapeutes n'ayant reçu aucune formation spécifique avant d'être confrontés à des patients victimes de traumatismes intentionnels et/ou multiples.

Avec ce schéma bidimensionnel, les auteurs entendent fournir un cadre d'analyse des situations au cours desquelles les mouvements contre-transférentiels produisent une rupture d'empathie et un bouleversement du cadre thérapeutique qui devient pathogène pour le patient. Arrêt du processus thérapeutique, régression, intensification de la relation transférentielle, passages à l'acte, sont alors à redouter. Ils précisent cependant que le contre-transfert des thérapeutes avec les patients traumatisés dépend de facteurs complexes dont ils distinguent quatre catégories (Figure 2) :



#### NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE

- Particularités de l'événement
- Mort, blessures, mutilations, abus
- Rôle dans l'événement
- Dilemme moral lors de l'événement
- Durée, sévérité, fréquence de l'exposition
- Degré de passivité
- Degré d'implication de la communauté

#### FACTEURS INDIVIDUELS CHEZ LE THÉRAPEUTE

- Croyances personnelles, valeurs religieuses, système idéologique, préconceptions
- Style défensif
- Histoire personnelle
- Expérience et connaissances théoriques concernant le traumatisme
- Motivation pour travailler dans le champ du traumatisme
- Conceptions théoriques sur la personnalité

#### FACTEURS LIÉS AU PATIENT

- Age, ethnicité, genre, dimension culturelle
- Rôle dans l'événement
- Personnalité, style défensif
- Antécédents
- Dynamique familiale

#### FACTEURS INSTITUTIONNELS ET ORGANISATIONNELS

- Contexte politique (soutien ou opposition)
- Disponibilités de ressources internes ou externes à l'institution, de réseau, d'affiliations

**Figure 2 :** Facteurs interagissant dans la nature, la qualité et la dynamique des contre-transferts avec les patients traumatisés (adapté et simplifié d'après Wilson & Lindy 1994b : 21).

Les manifestations du contre-transfert chez les thérapeutes confrontés à des patients traumatisés recouvrent des éléments très disparates qui empruntent à différents domaines (Wilson & Lindy 1994b : 26) :

- Réactions physiologiques : réactions somatiques, agitation, inattention, expression incontrôlée d'émotions...

- Réactions émotionnelles : irritabilité, ennui, anxiété ou peur, tristesse, colère, rage, hostilité, détachement, déni, évitement, sadisme, masochisme, voyeurisme, réactions sexualisées, horreur, dégoût, confusion, culpabilité, honte...
- Réactions psychologiques : à type de détachement (basé sur des défenses à type d'intellectualisation, rationalisation, isolement, déni, minimisation, rêverie) ou d'identification (basée sur des défenses à type de projection, d'introjection, de déni).
- Signes et comportements conscients ou inconscients : troubles de l'attention, hostilité et colère, soulagement en cas d'absence du patient ou souhait que le patient ne viendra pas, déni du besoin de supervision, toute puissance narcissique dans une position de spécialiste du traumatisme, préoccupations excessives concernant le patient, restriction des affects, automédication, moments de pertes des repères et des limites durant les consultations, etc.

Wilson et Lindy (1994) ont ainsi proposé un modèle théorique des contre-transferts spécifiques observés avec les patients traumatisés. Ils font de l'analyse de ce contre-transfert un facteur important de réussite des psychothérapies. Cela nécessite un travail de supervision régulier, mais aussi, comme le souligne Danieli (1994) une formation théorique pour les thérapeutes incluant cette question.

### **1.4.3- Travaux de Dalenberg**

Dans la tradition clinique nord-américaine, Dalenberg a mené de nombreuses recherches originales sur le contre-transfert avec les patients traumatisés, travail qu'elle a synthétisé dans un ouvrage précieux dans ce champ (2000). Elle a notamment introduit l'idée qu'une des dimensions du contre-transfert avec les patients traumatisés serait constituée par des *réactions consensuelles* c'est-à-dire des réactions qui seraient partagées par la plupart des thérapeutes dans le même

type de situation. Elle souligne également la nécessité d'un travail continu sur le contre-transfert dans ces situations et l'intérêt thérapeutique de l'évocation de certains de ses propres mouvements contre-transférentiels avec les patients.

#### **1.4.4- Travaux de Lachal : le « scénario émergent »**

Lachal (2006) a proposé de nouvelles hypothèses sur le contre-transfert avec les patients traumatisés, en s'appuyant sur son expérience clinique avec les bébés, enfants et adolescents en terrain de guerre et de catastrophe. Selon cet auteur, qui – partant de la clinique de l'enfant – propose des pistes nouvelles pour la psychothérapie des patients traumatisés, une partie des réactions contre-transférentielles des thérapeutes est liée à la spécificité de la situation traumatique et aux conséquences de l'effroi vécu par les patients. Lachal fait ainsi l'hypothèse d'une transmission du patient au thérapeute qui concerne à la fois les vécus traumatiques et les réactions de défense face au traumatisme, dont il cherche à préciser les conditions et la nature. Il propose également une analogie entre la transmission patient – thérapeute et la transmission mère traumatisée – bébé dont il précise les implications pour la clinique : seule l'analyse du contre-transfert permettrait de se figurer ce qui se transmet entre une mère traumatisée et son bébé.

S'appuyant sur les travaux de Ferenczi, et notamment son *Journal clinique* (1932), Lachal précise les dynamiques à l'œuvre dans le déclenchement des troubles post-traumatiques. Face à l'effroi, le sujet cherche d'abord à mettre en place des solutions immédiates de survie qui sont entravées par l'impuissance et l'incapacité à agir. Dans un second temps, le sujet tente de mobiliser sa pensée afin de maintenir un sentiment de cohérence et de se replacer sur un axe temporel : des

pensées, jugements, raisonnements sont alors utilisés. Si les capacités à penser sont trop endommagées, on assiste à « une implosion psychique en plusieurs fragments, parfois accompagnée de l'autodestruction d'une partie de soi » (2006 :46), comme en témoignent les reviviscences survenant en thérapie et se manifestant par de nombreux symptômes physiques, psychiques et comportementaux. En thérapie, ces réactions qui sont au plus près du vécu de l'effroi dont elles constituent une répétition, prennent place dans un contexte relationnel ce qui conduit le thérapeute à être « tout désigné pour être identifié à l'agresseur » (2006 : 47). La dernière modalité défensive décrite par Ferenczi et reprise par Lachal est la bascule vers la folie. Au cours de celle-ci, la solution délirante, hallucinatoire, persécutive est privilégiée.

Le contre-transfert étant compris comme l'inclusion dans sa propre psyché d'une part de la psyché de l'autre (2006 : 48), celui-ci va buter sur l'expérience de l'effroi qui réalise un « point aveugle », un indépassable (2006 : 48). Les modalités défensives spécifiques décrites ici seraient susceptibles de se transmettre, donnant lieu chez le patient au récit traumatique, et chez le thérapeute au *scénario émergent* (2006 : 65). Le scénario émergent vient en réponse spontanée au récit de l'expérience traumatique, s'imposant au thérapeute, et traduisant une forte empathie. Dans d'autres cas, il peut être remplacé par un blanc de la pensée, ou bien le clinicien peut avoir ses pensées entraînées vers d'autres sans lien avec la situation. L'émergence de tels scénarii suppose trois éléments :

- une interrelation vécue dans un climat d'empathie, dans le sens où la définit Lebovici : « Ce processus permet de reconnaître autrui par le partage synchronique d'états psycho-corporels sous des formes de pensées, d'actions et d'affects : un

partage qui donne lieu à un déploiement plus ou moins caché d'interactions fonctionnelles » (Lebovici 1998 : 15) ;

- un récit de la part du patient, qui active, éveille des potentialités de créativité chez le thérapeute ;

- une mise en forme par le thérapeute (2006 : 66).

Lachal insiste sur cette idée de mise en forme, car ce scénario ne saurait être identique ni au récit du patient, ni à son vécu de la scène traumatique dont il dit lui-même assez souvent que les mots sont insuffisants à le décrire. Ce scénario peut rester très présent chez le thérapeute, ou bien persister plus ou moins nettement, certains de ses éléments peuvent être inclus dans des productions oniriques du thérapeute. Ce scénario surgit également parce que, dans l'écoute du récit traumatique, le thérapeute peut être amené à un certain degré de perte d'identité (2006 : 81). Il peut ensuite l'utiliser comme soutien narratif, dans un temps de l'entretien et lui permet de soutenir les capacités narratives du patient lorsque le traumatisme se réactualise durant l'entretien.

Lachal distingue quatre composantes principales dans le contre-transfert avec les patients traumatisés (2006 : 56 sqq.) :

- Les « contre-transferts » préalables préexistent en quelque sorte à la rencontre avec le patient. Ils concernent la position subjective du thérapeute face à l'altérité, à la distance culturelle, à ce qu'il se représente du traumatisme psychique et de la manière de soigner des patients qui en sont affectés

- Les aspects émotionnels. Ils sont non spécifiques, mais certains se retrouvent plus fréquemment dans le contexte de traumatisme. Lachal distingue ceux qui sont centrés sur soi : sentiment de perte de contrôle, d'impuissance, angoisse,

dépression, désespoir, sentiment d'être clivé ; et ceux qui sont centrés sur le patient : répulsion, dégoût, indifférence, doute et suspicion, détachement, hostilité, crainte que le patient ne passe à l'acte. Suite à certains événements témoignant de traumatismes extrêmes, le thérapeute peut être envahi par des sentiments tels que la peur, l'horreur, la crainte de devenir fou, la colère, la rage, le désir de vengeance pour son patient. Certains sentiments sont partagés comme la honte, ou la culpabilité. Ils peuvent être liés à la dimension transgressive de l'événement traumatique, ou bien trouver leur source dans l'intimité du thérapeute, qui peut avoir honte pour lui ou pour le patient.

- Le blocage ou la confusion par le récit de la scène traumatique s'observe lorsque le thérapeute ne parvient pas à penser ni à parler lorsqu'il est confronté au récit traumatique du patient. Ces circonstances, liées aux limites intrinsèques du langage confronté à l'expérience traumatique favorisent les ruptures d'empathie telles que les ont définies Wilson & Lindy (1994b). Le blocage peut également survenir du fait du patient qui entend protéger ainsi son thérapeute, cette crainte concernant jusqu'à 60% des patients selon Dalenberg (2000).

- Aspects cognitifs et représentationnels. Lachal souligne la nécessité de parvenir à penser le traumatisme sur un plan cognitif, en requalifiant les affects et la réalité, en visant à l'établissement d'un début de cohérence qui ne peut s'établir qu'à la condition que le patient et le thérapeute parviennent à replacer ce qui leur est arrivé dans le cadre de leur propre vie. Pour l'auteur, c'est l'utilisation de métaphores et de médiations qui doit être privilégiée, en évitant les techniques comme le débriefing psychologique de Mitchell qui contraignent le patient à se placer en position « méta-traumatique » (2006 : 64), et donc qui aggravent le clivage. Cette technique vise, au cours d'un seul entretien réalisé peu après le traumatisme, à expliciter le vécu des

patients, leurs affects, leurs cognitions, leurs perceptions, leurs comportements, afin de produire un récit cohérent et partagé sur l'expérience traversée (Baubet 2006).

Lachal insiste à son tour sur la nécessité de s'appuyer sur ces contre-transferts, dont l'analyse vient révéler nos propres ressources (2006 : 120). Ce point constitue l'un des leviers spécifiques du travail dans le groupe trauma que nous avons construit à Avicenne et que nous analysons ici.

## 1.5- FIGURES MYTHOLOGIQUES DE L'EFFROI

### 1.5.1- Persée et la tête de Méduse

Le mythe de la tête de Méduse offre une illustration de l'effroi, qui a été commentée en des termes d'ailleurs assez différents par Freud, Ferenczi, Vernant, et Crocq. Nous allons d'abord exposer ce récit mythique à travers les descriptions qu'en donnent Grimal (2005)<sup>37</sup> et Vernant (1985).

#### *a- Le récit mythique*

L'oracle avait annoncé à Acrisios, le grand-père de Persée, que sa fille Danaé aurait un fils qui le tuerait. Acrisios fit construire une chambre de bronze souterraine dans laquelle il enferma sa fille, mais Zeus, sous la forme d'une pluie d'or, pénétra par une fente du toit et séduisit la jeune femme. Danaé, enfermée dans sa prison avec sa nourrice mit au monde Persée, et ce n'est qu'après quelques mois, et parce que l'enfant criait, qu'Acrisios en fut alerté. Il tua la nourrice et déposa Persée et Danaé sur un radeau qu'il abandonna en mer. Le radeau dériva jusqu'à l'île de Seriphos, où Dictys, un pêcheur qui était le frère de Polydectès, le tyran de l'île, recueillit et protégea les naufragés. Persée devint un jeune homme beau et courageux, et qui protégeait sa mère des avances de Polydectès. Alors que Persée est adolescent, Polydectès convoque un grand banquet, au cours duquel se déroulent des bravades et des défis. Au cours d'un de ces défis, et alors que Polydectès lui demandait un cheval, Persée propose bien davantage : la tête de la Gorgone. Polydectès exige de Persée qu'il tienne son engagement, sans quoi il

---

<sup>37</sup> Pour cela, nous nous basons sur les articles : Asclépios (p. 53-54), Athéna (p. 57-58), Gorgone (p. 168), Grées (p. 169),



s'emparerait de Danaé par la force. Persée, avant même que ne commencent ses aventures, présente tous les caractères d'un personnage « héroïque » : il est né de manière surnaturelle, a été abandonné et exposé au danger dans sa petite enfance, et il doit finalement, à travers une épreuve au cours de laquelle le risque de mort est grand, retrouver sa place chez les hommes (Vernant 1985).

Les Gorgones étaient trois créatures monstrueuses, dont le cou était protégé par des écailles de dragon, et des défenses pareilles à celles des sangliers. Leurs mains étaient faites de bronze, et elles volaient grâce à des ailes d'or. Leur tête était entourée de serpents, leurs yeux étincelants, et leur regard était si puissant et pénétrant qu'il changeait en pierre tous ceux qui le croisaient. Elles étaient un objet d'horreur et d'épouvante pour tous les mortels, mais aussi pour les immortels. Seul Poséidon n'avait pas craint de s'unir à Méduse. Les Gorgones étaient donc des créatures redoutables dont un humain ne pouvait venir à bout qu'avec l'aide des dieux.

Persée fut aidé dans cette mission par Athéna et Hermès. Ils lui conseillèrent d'aller trouver les trois Grées, qui étaient trois créatures à l'aspect de vieilles femmes, et ne possédant qu'un œil et une dent pour trois, qu'elles passaient de l'une à l'autre. Cela les rendait redoutables, puisqu'elles avaient toujours un œil aux aguets, et une dent prête à l'attaque. Par un subterfuge, Persée s'empara de leur œil et de leur dent : il les déroba au moment précis où ils passaient de l'une à l'autre, ne pouvant être utilisés par aucune. Il ne consentit à les leur rendre qu'après qu'elles lui eurent indiqué comment trouver les Nymphes. Ces Nymphes possédaient des sandales ailées, une besace qui permettrait de dissimuler la tête de Méduse et donc de la rendre inoffensive, et le casque d'Hadès qui rendait invisible quiconque le

revêtait. Les Nymphes lui remirent ces objets, et Hermès lui remit une serpe d'acier, celle dont Kronos s'était servi pour châtrer Ouranos. Persée se rendit alors auprès des Gorgones : Sthéno, Euryalé et Méduse qu'il trouva endormies. Seule Méduse était mortelle, et c'était donc elle que Persée devait tuer. Persée s'éleva dans les airs avec ses sandales ailées, et pendant qu'Athéna tenait dans les airs un bouclier de bronze poli faisant office de miroir, Persée put décapiter le monstre sans croiser son regard en regardant son reflet. Du cou mutilé de Méduse surgit la descendance de Poséidon : un cheval ailé, Pégase, et un géant, Chrysaor. Persée recueillit du sang des blessures de Méduse, qui avait des propriétés magiques : celui qui avait coulé de la veine gauche était un poison mortel, celui qui avait coulé de la veine droite avait le pouvoir de ressusciter les morts. Asclépios utilisa ce sang qui lui avait été donné par Athéna pour ressusciter lui-même les morts. Cela lui valut d'être tué par Zeus, qui craignait que cela ne bouleverse de trop l'ordre du monde.

Persée mit la tête de Méduse dans sa besace et s'enfuit. Les deux autres Gorgones ne purent le rattraper grâce à l'invisibilité procurée par le casque d'Hadès. Sur le chemin du retour, Persée délivra Andromède d'un monstre marin grâce aux armes magiques qu'il possédait, et utilisa la tête de Méduse pour changer en pierre ceux qui complotaient contre leur mariage. De même il l'utilisa contre Polydectès et ses proches, lors de son retour sur l'île de Seriphos, lorsqu'il comprit que ce dernier avait tenté de s'emparer de sa mère par la force en son absence. Il remit ensuite le pouvoir sur l'île à Dictys, rendit aux dieux les armes magiques, et confia la tête de Méduse à Athéna qui la plaça au centre de son bouclier, l'égide. Ainsi, ses ennemis se trouvaient changés en pierre du seul fait de son aspect.

Grimal (2005 : 168) note que la légende de Méduse a considérablement varié dans le temps. Initialement, on la considérait comme un monstre, une divinité

primordiale pré-olympienne, « puis on en vînt à la considérer comme la victime d'une métamorphose » (2005 : 168). On la décrit comme une très belle jeune fille, fière de sa chevelure, qui aurait osé rivaliser avec Athéna, laquelle l'aurait puni en changeant ses cheveux en serpents. On dit également qu'Athéna l'aurait punie parce que la jeune femme avait été violée par Poséidon dans un temple qui était réservé à son culte.

### ***b- Commentaire de Freud***

Freud a écrit en 1922 et publié en 1923 un court texte intitulé *La tête de Méduse* (1922 : 163-164). Il souligne l'horreur qu'éveille celle-ci, et axe son analyse sur la décapitation qu'il assimile à la castration : « Décapiter = castrer. L'effroi de la Méduse est donc effroi de castration, qui est rattaché à la vue de quelque chose » (1922 : 163). Pour Freud, cette image symbolise la première rencontre du jeune garçon – qui ne voulait croire à la réalité de la menace de castration – avec un sexe féminin. Certains aspects de la scène seraient destinés à atténuer cet effroi : les serpents hérissés sur la tête de Méduse constitueraient une multiplication de symboles phalliques remplaçant le pénis manquant, et la pétrification de celui qui croise le regard de Méduse serait un équivalent d'érection, apportant « *consolation* » (ibid.) au spectateur de la scène. A l'appui de ses propos, Freud considère l'usage fait par Athéna de la tête, laquelle, portée sur son costume, offrait au regard « l'organe sexuel effrayant de la mère » (ibid.) ce qui la rendait inapprochable et lui permettait de se défendre contre le désir sexuel. Freud ajoute qu'une telle figure de femme rendue effrayante par l'exhibition de sa castration « ne pouvait faire défaut chez les Grecs en général fortement homosexuels » (ibid.). Par rapport à la

castration, l'image de la tête de Méduse « isole l'affect excitant l'horreur de celui excitant le plaisir-déplaisir » (ibid.).

Freud termine son propos par ces quelques lignes qui évoquent un certain doute : « Reste que pour soutenir sérieusement cette interprétation on devrait suivre la genèse de ce symbole de l'horreur isolé, dans la mythologie des Grecs, et ses parallèles dans d'autres mythologies » (1922 : 164).

### ***c- Commentaire de Ferenczi***

Dans une note de quelques lignes, Ferenczi explique qu'il lui est arrivé, à plusieurs reprises, d'interpréter au cours du travail psychanalytique la tête de Méduse comme « le symbole effrayant de la région génitale féminine dont les caractéristiques ont été déplacées "du bas vers le haut" » (1923 : 200). Le sentiment d'horreur serait une répétition de l'effroi lié à la vision du sexe féminin, et les serpents, selon le principe de renversement en son contraire, viendraient figurer l'absence de pénis. Enfin, les yeux auraient également comme signification symbolique l'érection.

### ***d- Commentaire de Vernant***

Pour Vernant, anthropologue et historien de la Grèce ancienne, la psychanalyse ne permet pas d'offrir un modèle d'interprétation qui ait valeur générale et qui pourrait être appliqué à toutes les régions du monde et à toutes les périodes. Cela relève d'une « illusion » dit-il (1996 : 108). L'analyse du mythe nécessite une lecture des versions successives et de leur évolution, re-contextualisées selon les données historiques et anthropologiques concernant le Grèce ancienne. Très

prudent sur la question des symboles, Vernant rappelle qu'ils ne peuvent être appréhendés que dans un contexte donné. Les serpents par exemples, renvoient selon lui davantage à la catégorie de l'inferral qu'à la catégorie du phallique, les grecs anciens ayant d'autres symboles pour le phallus, par exemple l'oiseau. Le thème principal du mythe est constitué par l'effroi et l'horreur qu'inspirent la mort. La lecture sexuelle, proposée par Freud, n'en constituerait « au mieux qu'une composante parmi bien d'autres » (1996 : 99). Vernant développe plusieurs thèmes dans son analyse : la question du masque de Méduse, du regard, de l'altérité, et de la mort (Vernant 1985, 1989, 1996).

La thématique du regard et de sa réciprocité tiennent une place prépondérante dans le mythe de Persée et de Méduse. Tout d'abord, il est question de l'œil des Grées, toujours ouvert et en alerte. Les armes que les dieux remettent à Persée comprennent le casque qui permet de ne pas être vu (en plaquant sur son visage le masque d'un trépassé, il lui permet d'être à l'abri), la besace qui permet de cacher le regard de Méduse, et Athéna intervient avec un miroir qui permet de refléter le regard, et d'éviter sa réciprocité. Vernant fait remarquer que ce thème du reflet prend de plus en plus d'importance avec le temps au fil des versions du mythe. Il analyse les conceptions grecques du regard qui organisent « le champ à l'intérieur duquel vont se jouer, en position symétrique, l'érotique platonicienne et la fascination de Gorgô » (1996 : 105). Pour Platon en effet, le regard entre les amants circule, se réfléchit, et chacun se voit lui-même dans l'œil de l'autre, mais il voit ce qui en lui est aimé par l'autre, le Beau. Un dédoublement s'opère de la même manière dans le face-à-face avec Méduse, mais il conduit à voir de soi ce qui est déjà de l'ordre du chaos et du néant.

Le masque de Méduse recèle en lui-même une profonde confusion (1985 : 79). Il défait les catégories et brouille les limites entre ce qui est normalement séparé : humain/non humain, humain/divin, masculin/féminin, beau/laid, jeune/vieux, céleste/infernal, haut/bas (confusion entre les orifices, Méduse accouchant par le cou), dedans/dehors. Le face-à-face avec Méduse produit également une confusion entre soi et autre. Par un effet de fascination, celui qui la regarde, et qui est regardé par elle, est

« arraché à lui-même, dépossédé de son propre regard, investi et comme envahi par celui de la figure qui lui fait face et qui, par la terreur que ses traits et son œil mobilise, s’empare de lui et le possède » (Vernant 1985 : 80).

Méduse ne renvoie pas celui qui la regarde à sa propre image, mais à « l’horreur terrifiante d’une altérité radicale, à laquelle vous allez vous-même vous identifier en devenant pierre » (1985 : 82).

La thématique du regard et de sa réciprocité tiennent une place prépondérante dans le mythe de Persée et de Méduse. Tout d’abord, il est question de l’œil des Grées, toujours ouvert et en alerte. Les armes que les dieux remettent à Persée comprennent le casque qui permet de ne pas être vu (en plaquant sur son visage le masque d’un trépassé, il lui permet d’être à l’abri), la besace qui permet de cacher le regard de Méduse, et Athéna intervient avec un miroir qui permet de refléter le regard, et d’éviter sa réciprocité. Vernant fait remarquer que ce thème du reflet prend de plus en plus d’importance avec le temps au fil des versions du mythe.

Vernant (1989, 1996) souligne que la Gorgone représente un aspect particulier de la mort, ce qui le conduit à opposer Gorgô (nom féminin) et Thanatos (nom masculin). Alors que Thanatos est un personnage dont l'aspect n'a rien d'horrible et dont le rôle est d'accueillir le mort, ce qui le réfère à la mort dans sa dimension socialisée et institutionnalisée<sup>38</sup>, Gorgô désigne « l'horreur qu'elle suscite par son altérité radicale » (1996 : 107), ce qui reste d'elle lorsqu'on a tout dit (1996 : 87), qui est irréductible au langage et à la pensée : la mort en face.

### ***e- Commentaire de Crocq***

Louis Crocq, psychiatre militaire, a également repris dans ses travaux le mythe de Méduse (2002), et ses différentes représentations, notamment artistiques, dans la période moderne. Il y voit une illustration de ce qu'il y a de plus extrême et de plus spécifique dans l'expérience de l'effroi :

« Cet instant improvisé où notre regard n'est plus actif, mais passif, saisi, pénétré, vu lui-même. Et il est pénétré par l'apparition première (l'épiphanie) de notre propre mort, sans que nous ayons pu seulement la prévoir, ni l'anticiper, ce qui serait déjà une initiative et une action. Et cette apparition nous saisit tout entier, nous immobilise, nous glace, nous prive de vie, nous transforme en pierre ou en ombre, nous fait mettre un pied, déjà, dans le royaume des morts » (2002 : 138).

Crocq insiste cependant sur un point important : Persée survit, en grande partie du fait de sa préparation. Il sortira de cet épisode transformé, avec une connaissance supplémentaire.

---

<sup>38</sup> La « belle mort » des Grecs, qui est affrontée par le héros et qui lui assure gloire et mémoire sociale se dit : kalos thanatos (Vernant 1996 : 107).

### 1.5.2- Orphée

Le mythe d'Orphée a été utilisé par Barrois pour illustrer le traumatisme psychique (1988, 1994). Selon Grimal (2005 : 332), ce mythe « est l'un des plus obscurs et des plus chargés de symbolisme que connaisse la mythologie hellénique ». Il est attesté à une date très ancienne, a donné lieu à une littérature abondante, souvent ésotérique et à un culte religieux, l'orphisme. Il aurait exercé une influence sur la formation du christianisme primitif. Nous nous basons ici sur la version qu'en donne Grimal (2005). Orphée est un roi thrace qui possède le don de chanter et jouer de la musique de manière extraordinaire, attirant les femmes, adoucissant les hommes les plus farouches et les bêtes les plus féroces, inclinant vers lui les arbres et les plantes. Orphée participa à l'expédition des Argonautes, compagnons de Jason dans sa quête de la Toison d'Or. Moins fort que les autres, il ne rama pas, mais sauva l'équipe à plusieurs reprises (son chant calma les flots déchaînés, empêcha les Argonautes de succomber à celui des Sirènes, etc.). Le mythe le plus célèbre qui le concerne, et dont il existe de nombreuses versions, est celui de sa descente aux Enfers. Sa femme Eurydice, en tentant d'échapper à Aristée qui la poursuivait, marcha sur un serpent qui la piqua et en mourut. Orphée se rendit aux enfers, où il parvint à charmer les monstres et même les dieux infernaux, Hadès et Perséphone. Ces derniers acceptèrent de lui rendre Eurydice mais avec une condition : Orphée ne devait pas se retourner pour la regarder ni lui parler avant d'être sortis des Enfers. Ils entreprirent le chemin vers la sortie. Alors qu'ils en approchaient et que la lumière augmentait, Orphée se retourna pour voir qui le suivait vraiment, et il vit Eurydice disparaître, aspirée vers les Enfers par un tourbillon. Dans *Les Métamorphoses*, Ovide compare la stupeur d'Orphée



comprenant qu'il perd une seconde fois son épouse, à celle qu'a ressentie un berger ayant vu – dans une légende qui reste inconnue – le monstrueux Cerbère :

« Privé d'une épouse qui lui est deux fois ravie, Orphée est immobile, étonné, tel que ce berger timide qui voyant le triple Cerbère, chargé de chaînes, traîné par le grand Alcide jusqu'aux portes du jour, la terreur ne l'abandonna pas qu'il n'eût auparavant changé de nature, son corps s'étant pétrifié » (Ovide *Métamorphoses*, X/v.62-96).

Tous les efforts d'Orphée restèrent vains, et il lui fut refusé de franchir à nouveau le Styx. La mort d'Orphée a donné lieu à des versions variées. Il est le plus souvent mis à mort et démembré par des femmes thraces soit parce qu'elles lui reprochent sa fidélité à la mémoire d'Eurydice – à son retour, il aurait refusé tout commerce avec les femmes et se serait entouré de jeunes gens – soit parce qu'il aurait mis en place un culte religieux inspiré de ses expériences au royaume des morts, duquel les femmes auraient été exclues. Quand le cadavre fût mis en pièces, on jeta les morceaux dans un fleuve qui les emporta jusqu'à la mer. Selon certaines versions sa tête continua à chanter, selon d'autres elle fut retrouvée avec sa lyre sur l'île de Lesbos, dont les habitants lui élevèrent un tombeau et lui rendirent les honneurs funèbres après quoi sa tête servit d'oracle. Son âme fut emportée aux Champs Elysées où elle poursuivit à jamais son chant.

La théologie orphique se fonda autour de ce mythe (Grimal 2005) : Orphée était revenu des Enfers et à ce titre savait ce que les autres hommes ne savaient pas. De nombreux écrits apocryphes circulèrent, et on dit parfois qu'Orphée avait fondé avec Dionysos le culte des mystères d'Eleusis. Ils étaient les seuls dieux grecs dont le culte impliquait initiation et extase (Barrois 1988 : 212).

Barrois voit en Orphée un « désorganisateur radical » (1988 : 211). Il transgresse les interdits, séduit et brave les limites : entre les règnes (animal, végétal, minéral), entre la vie et la mort, l'homme et la femme. Orphée, après avoir refusé de se soumettre à la Loi et transgressé l'interdit du regard (Barrois 1994), refuse de reprendre sa place dans la communauté humaine, absorbé qu'il est dans le souvenir d'Eurydice, merveilleuse mais perdue. Son désintérêt pour les femmes entraîne leur vengeance et sa mise à mort : « La mort d'Orphée scellera la reproduction hétérosexuée comme impératif » (Barrois 1988 : 212). Barrois évoque le mythe d'Orphée comme « le véritable ante-complexe d'Œdipe (comme son sous-sol) » (1988 : 213). Ce complexe d'Orphée doit selon lui être traversé avant de pouvoir accéder au matériel œdipien.

### 1.5.3- Niobé

La figure de Niobé est plus rarement évoquée à propos de l'effroi traumatique dont elle illustre pourtant de nombreux aspects. Sophocle a comparé Antigone à Niobé à plusieurs reprises. En 1960, Lacan évoque cette figure dans son commentaire de l'*Antigone* de Sophocle (Lacan 1986 : 285-333). Plus récemment, Gilbert (2005) a publié une étude sur l'effroi à travers les figures de Niobé et d'Antigone.

Niobé, fille de Tantale, qui avait eu quatorze enfants – sept garçons et sept filles – avec Amphyon, avait osé railler Léto, épouse de Zeus, qui en avait eu seulement deux : Artémis et Apollon (Grimal 2002 : 317). Pour la punir et pour venger l'orgueil de leur mère, ces derniers tuèrent un à un tous les enfants de Niobé sous ses yeux. Artémis tua les filles et Apollon les garçons. Deux seulement furent sauvés, un garçon et une fille, laquelle, devenue à jamais pâle après ces

événements effrayants, prit le nom de Chloris. Dans la version telle qu'elle est racontée dans l'*Illiade*, Niobé se tint à côté des corps, restés sans sépulture, pendant dix jours avant que les dieux eux-mêmes ne les portent en terre.

« Elle disait que Latone n'avait eu que deux enfants, tandis qu'elle-même avait donné la vie à beaucoup. Mais ceux-là, quoique n'étant que deux, tuèrent tous les siens. Ils restèrent neuf jours étendus dans le sang, et il n'y avait personne pour les ensevelir ; [...] Le dixième jour, les dieux du ciel les ensevelirent. Niobé pensa donc à manger, quand elle fut lasse de verser des larmes. Aujourd'hui, quelque part, dans les rochers, dans les montagnes solitaires, sur le Sypile [...], là, toute pierre qu'elle est, elle digère ces deuils envoyés par les dieux » (Homère *Illiade* XXIV/v.608-618).

Pour les tragiques, elle s'enfuit chez son père où elle fut transformée en rocher par les dieux. Ses yeux continuèrent de pleurer toutefois, et on venait voir le rocher qui avait été Niobé, et dont coulait désormais une source. Il existe des versions assez différentes de cette histoire, mais qui ont en commun la mort violente des enfants, et la pétrification de Niobé, ou plus rarement sa précipitation du haut d'un rocher (Grimal 2002 : 317).

Dans *Les métamorphoses*, Ovide donne cette description :

« Désormais sans famille, elle s'assit au milieu des cadavres de ses fils, de ses filles, de son époux ; le malheur l'a rendue insensible. Aucun souffle d'air ne soulève ses cheveux ; de son visage décoloré le sang s'est retiré ; ses yeux, dans sa face morne, restent fixes. Il n'y a plus, dans toute sa personne, rien de vivant. Sa langue elle-même, dans sa bouche, contre son palais durci, se glace et ses veines perdent tout pouvoir de battre ; son cou ne peut plus fléchir, ses bras ne peuvent plus faire un mouvement, ses pieds, un pas ; jusqu'au fond de ses entrailles, elle est de pierre » (Ovide *Métamorphoses*, VI/v.278-312).

La pétrification de Niobé après le massacre de ses enfants est évoquée par plusieurs auteurs tragiques. Eschyle a écrit une pièce sur Niobé dont il ne subsiste que quelques fragments. Sophocle écrit dans *Tantale* « Une image de pierre ; / semblable aux rochers muets, / elle dormira en ce gîte suintant »<sup>39</sup>.

Dans *Antigone*, l'héroïne, découvrant le cadavre de son frère Polynice privé de sépulture est comme Niobé désertée par le langage et ne peut émettre que des petits cris d'oiseau. Lorsqu'elle est condamnée à mort par Créon, elle s'exclame :

« On m'a conté jadis la déplorable fin de l'étrangère phrygienne, de la fille de Tantale qui, sur le sommet du Sypile, a brusquement senti sur elle, aussi tenace que le lierre, le roc monter et l'asservir » (Sophocle, *Antigone*, v.823sqq.).

Antigone est emmurée vivante dans une grotte où elle décide finalement de se suicider. Lacan voit chez Antigone une figure emblématique de la pulsion de mort :

« On trouve dans la bouche même d'Antigone l'image même de Niobé, qui saisie dans le resserrement du rocher, restera exposée éternellement aux injures de la pluie et du temps. [...] En effet, Antigone a déclaré elle-même et depuis toujours : je suis morte et je veux la mort. Lorsqu'Antigone se dépeint comme Niobé se pétrifiant, à quoi s'identifie-t-elle ? Sinon à cet inanimé où Freud nous apprend à reconnaître la forme dans laquelle se manifeste l'instinct de mort. C'est bien d'une illustration de l'instinct de mort qu'il s'agit » (Lacan 1986 : 327).

Pour Gilbert (2005), Niobé et Antigone sont des figures de l'effroi traumatique. Chacune, confrontée à la découverte de proches massacrés et laissés sans sépulture, a été un instant sidérée. Chacune a perdu à cet instant, sous l'effet de l'effraction, sa capacité au langage et s'en est trouvée déshumanisée, réduite à du

---

<sup>39</sup> Cité par Gilbert (2005 : 176). *Tantale* est une tragédie dont il ne subsiste que quelques fragments.

minéral, de l'inerte. L'enterrement des enfants de Niobé a permis que revienne l'appétit, effet de la pulsion de vie, mais très vite la pulsion de mort a fait retour, emportant Niobé vers son destin minéral. Antigone, elle, se suicide, ce que Gilbert comprend comme « une tentative désespérée de sortir du traumatisme en retrouvant l'ordre symbolique pour l'éternité » (2005 :181).

#### **1.5.4- Synthèse**

La figure de Méduse, pour Vernant, confronte le sujet qui croise son regard à la perception soudaine de la mort en soi. Orphée et Niobé connaissent également l'effroi, après un regard transgressif pour le premier, après avoir assisté au meurtre de ses enfants pour la seconde. Tous les deux vont éprouver la sidération, la pétrification (qui menace aussi les victimes de Méduse), la disparition du langage. Toutefois, le complexe destin d'Orphée est marqué par l'acquisition de nouveaux savoirs, la traversée des catégories, la désorganisation et la transformation. Ces trois figures mythiques condensent les différents aspects de l'expérience de l'effroi et de ses possibles conséquences.

## **2- PERSPECTIVES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOPSICHOANALYTIQUES**

En dehors des pays occidentaux, l'expression de la souffrance traumatique, le comportement de recherche de soin, et les modes de résolution de cette souffrance peuvent être fort différents de ceux que nous observons ici. L'exemple de Fabiola (Gansou, Baubet et al. 2006), patiente rencontrée dans le cadre d'un programme de soins de santé mentale mené par *Médecins Sans Frontières* au Congo-Brazzaville (Gansou et al. 2003) l'illustre :

Fabiola, 28 ans est une femme mariée et mère de quatre enfants. Elle est sans emploi et fidèle adepte d'une religion chrétienne. Elle a été agressée par un inconnu armé qui après avoir brandi son arme l'a violée sous la menace de celle-ci. Elle décrira ultérieurement la terreur et l'effroi qui l'ont alors saisie. Sa première consultation chez le psychiatre n'est intervenue que six mois plus tard. C'est en effet après s'être longtemps adonnée sans succès à des séances de prière pour venir à bout de sa souffrance, que la victime a fini par consulter en médecine pour une insomnie et des préoccupations anxieuses quant au comportement de son mari. Celui-ci, dit-elle, se désintéresse de plus en plus d'elle depuis qu'elle lui a révélé le viol dont elle a été victime. Le mari a estimé en effet que sa femme était devenue porteuse « de microbes » et « de malheur » et n'ose plus s'approcher d'elle. Elle est très inquiète, et le traitement médicamenteux qui lui a été prescrit n'a pas suffi pour la calmer. Deux mois plus tard, dans un contexte de dépression franche, elle a développé des manifestations pseudo-psychotiques transitoires faites d'agitation, d'hallucinations visuelles, d'agressivité verbale, d'idées de suicide et de meurtre de son enfant. Ayant retrouvé ses esprits au bout de quelques jours de traitement en milieu psychiatrique, la patiente nous informa que son mari venait de la répudier parce que, du fait du viol, elle serait devenue une femme « maudite » et qu'elle serait à l'origine des difficultés qu'il rencontre depuis quelques temps dans sa vie socioprofessionnelle. Elle est sortie de l'hôpital contre avis médical sur l'insistance de sa famille à qui elle avait fini par parler du viol et des difficultés qu'elle rencontrait dans son ménage. Revue plus tard dans un meilleur état clinique elle nous expliqua que la recherche étiologique de ses difficultés par des méthodes divinatoires avait révélé l'origine profonde de son agression qui se trouvait être son père nourricier. C'est celui-ci, qui s'étant vu humilié devant le refus de Fabiola de céder à ses avances amoureuses, s'était vengé l'attaquant en sorcellerie. Ainsi, comme seules quelques femmes de la communauté avaient été violées, il n'y avait pas de hasard et la cause profonde du viol de Fabiola était un sort jeté, une attaque sorcière, mais pas la guerre fratricide, et encore moins le hasard.... Contacté le père avoua les faits et réclama pour libérer sa proie « un cheval blanc, un avion et un train ». Des tractations en famille permirent de tomber d'accord sur une formule alléguée et des rituels de guérison furent pratiqués. Fabiola porte

désormais au poignet un bracelet qui, nous a-t-elle dit, assure sa protection. Devenue « pure », elle a également regagné le domicile conjugal et la relation avec son mari s'est améliorée.

Le tableau 1 résume l'itinéraire thérapeutique de Fabiola, qui a fait intervenir un recours au médecin et deux recours au psychiatre (Tableau 1).

<p><u>1- Temps initial : viol</u>  Pendant plusieurs mois, elle fréquente des groupes de prières sans amélioration.</p> <p><u>2- A 6 mois</u> : elle consulte un médecin pour insomnie.  Elle reçoit un traitement hypnotique.</p> <p><u>3 - A 8 mois</u> : décompensation dépressive et pseudo-psychotique.  Hospitalisation brève, qui permet la « révélation » à sa famille.</p> <p><u>4- Prise en charge par sa famille et consultation d'un guérisseur</u> : soutien, identification de la « cause », recherche de l'origine de l'attaque sorcière, négociation avec l'agresseur. Mise en place de protections.</p> <p><u>5- Mise en place d'entretiens psychothérapeutiques</u> et fin du traitement.</p>
---

**Tableau 1** : Résumé de l'itinéraire thérapeutique de Fabiola

Au terme de ce parcours complexe, Fabiola a vu diminuer ses symptômes, elle a pu mobiliser sa famille, renouer avec son mari, trouver un sens au trauma vécu, trouver un moyen de se prémunir de nouvelles attaques. On voit que ce parcours, incluant des séances psychothérapeutiques individuelles, a permis la mobilisation du groupe, groupe et famille aux sein desquels une « nouvelle » Fabiola, prémunie contre le risque de futures attaques, a retrouvé une place. Cette manière de faire, pour étonnante qu'elle paraisse aux yeux de thérapeutes occidentaux, représente un travail sur le sens (le vide de sens du trauma), la culpabilité, la honte, la vulnérabilité, le risque de survenue d'un nouveau trauma (grâce au port de protections), les soutiens sociaux... On peut alors voir que ces procédés, s'ils agissent via des objets, et en faisant intervenir le collectif et la dimension surnaturelle du monde dans la



cosmogonie locale, ont tout de même pour fonction d'amener la patiente à des remaniements psychiques.

De nombreuses études, essentiellement nord-américaines, ont cherché à évaluer la pertinence du concept d'état de stress post-traumatique (ESPT) en situation transculturelle. Il est bien établi que des tableaux cliniques correspondant aux critères diagnostiques d'ESPT peuvent être retrouvés dans des aires géographiques et culturelles très diverses (Baubet & Moro 2003a). Pour certains auteurs, dans une optique de psychiatrie comparative, les symptômes de reviviscence et d'hyper-activation neurovégétative (critères B et D du DSM-IV) constitueraient des invariants culturels, tandis que les symptômes d'évitement et d'émoussement de la réactivité générale (critère C du DSM-IV) seraient davantage dépendants du contexte culturel (Frey 2001). Pourtant, l'ESPT tel qu'il est défini ne couvre pas l'ensemble des réactions post-traumatiques observables (Becker & al. 1999, Nathan 1990, Rechtman 1992).

Après avoir rappelé les principes de la perspective ethnopsychanalytique et complémentariste, nous présenterons les différents modèles selon lesquels la souffrance psychique liée à la frayeur peut s'exprimer, et proposerons une lecture ethnopsychanalytique de ces données.

## 2.1- ETHNOPSYCHANALYSE ET COMPLEMENTARISME

L'ethnopsychanalyse a été construite à partir d'un principe méthodologique et non d'un principe théorique, c'est là une de ses originalités :

« Le complémentarisme n'est pas une "théorie", mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables — il les coordonne » (Devereux 1972 : 27).

Il est vain d'intégrer de force dans le champ de la psychanalyse ou dans celui de l'anthropologie exclusivement certains phénomènes humains. La spécificité de ces données réside justement dans le fait qu'elles nécessitent un double discours qui ne peut être tenu simultanément : « une pluridisciplinarité non fusionnante, et "non simultanée" : celle du double discours obligatoire» (ibid. : 14). Pour construire cette méthodologie, Devereux a emprunté son modèle à la "physique des quanta". Bohr, en effet, a généralisé le principe d'indéterminisme énoncé par Heisenberg en proposant la notion de complémentarité : « ce principe affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron. En effet, plus nous mesurons avec précision la position de l'électron (à un instant donné), plus notre détermination de son moment devient imprécise — et inversement bien entendu » (Devereux 1972 : 24). Les deux discours obligatoires et non simultanés, celui de la psychanalyse et celui de l'anthropologie, sont alors dits complémentaires. Ce double discours conditionne l'obtention de données :

« Ainsi, lorsque l'explication sociologique<sup>40</sup> d'un fait est poussée au-delà de certaines limites de "rentabilité", ce qui survient n'est pas une "réduction" du psychologique au sociologique, mais une "disparition" de l'objet même du discours sociologique » (ibid. : 25).

Et il en va de même pour l'explication psychologique. Mais la question qui est posée ici, est comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans le réduire l'une à l'autre et sans les confondre. Un apprentissage du *décentrage*, au sens piagétien du terme, est ici nécessaire mais ardu. Il faut débusquer ces paresseuses habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude (Moro 2002). Mais, il est plus encore ; si certains faits relèvent de deux discours complémentaires, ceci ne tient pas au fait lui-même mais à la démarche scientifique qui prétend l'expliquer :

« Un "fait brut" n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie, ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique. (...) Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces sciences. » (Devereux 1972 : 23).

Sur le plan épistémologique, le principe de complémentarité rejoint des théories appartenant à des champs différents comme la notion d'information chez

---

<sup>40</sup> Devereux emploie souvent le mot sociologie dans son acception anglo-saxonne c'est-à-dire englobant l'anthropologie. S'il a parfois utilisé des données de la sociologie au sens strict, c'est surtout à l'anthropologie qu'il se réfère. Au regard de son œuvre, les deux référents sont donc bien l'anthropologie et la psychanalyse contrairement à ce que le laisse penser certaines traductions.

Bateson (1979). Cet auteur postule, en effet, que c'est la différence entre deux visions du même objet qui informe l'observateur.

Le principe du complémentarisme étant énoncé, la véritable difficulté reste cependant la mise en place du complémentarisme en clinique par des thérapeutes qui doivent pouvoir se décentrer, et travailler constamment sur deux niveaux sans les confondre, le niveau culturel et le niveau individuel et sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux. L'examen de l'ensemble de l'œuvre de Devereux montre que de sa théorie et de sa méthode ne découle aucun dispositif spécifique pour les patients (Moro 2003) mais on en déduit en revanche une manière originale et forte de considérer ce matériel culturel comme un véritable levier thérapeutique potentiel et transitoire particulièrement efficace si on le traite de manière complémentariste. Pour Devereux, « le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarné dans le particulier et non pas à l'universel ou ce qui est décrété comme tel par celui qui est désigné comme le donneur de sens : l'universel du sujet, approximation énigmatique et sublime de l'être » (Moro 2003 : 40).

## 2.2- EXEMPLES ANTHROPOLOGIQUES DE MODELES SPECIFIQUES

Les désordres liés à la culture (*culture-bound syndromes*) sont des tableaux cliniques, assez homogènes, rencontrés dans certaines cultures au sein desquelles ils sont reconnus et compris comme cohérents et porteurs d'un sens. Il s'agit, au sein d'une culture, d'une façon « normale » d'être « anormal », ou pour reprendre le terme de Linton, d'un « modèle d'inconduite ». L'*amok*, popularisé par Stephan Zweig, est sans doute le plus connu. Il serait complètement illusoire de chercher à établir des correspondances définitives entre ces syndromes et des syndromes issus de notre nosologie, de même, il serait imprudent de les essentialiser et de vouloir en faire des entités autonomes, discrètes et parfaitement bien délimitées.

Pour décrire ces tableaux cliniques liés à la culture, nous nous baserons sur les travaux de Moro (1994) suggérant pour la compréhension des enjeux de la rencontre thérapeutique en situation transculturelle, l'analyse à un triple niveau : le niveau ontologique (de l'*être*), des théories étiologiques (renvoyant au *sens*) et des logiques thérapeutiques qui en découlent (le *faire*). La culture est la somme des connaissances et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes. Ces représentations culturelles varient d'une culture à l'autre, elles définissent la façon dont les membres de chaque culture considèrent les notions de normalité/anormalité, maladie/santé, ordre/désordre, réel/non-réel, masculin/féminin, etc. Elles ne doivent cependant pas être conçues comme des choses figées, mais comme des processus dynamiques qui empruntent au contexte. D'une part chaque

sujet emprunte à différents mondes (par exemple la culture du village et celle plus syncrétique de la ville, la culture médicale, celle du pays d'accueil dans la migration) et d'autre part, chacun s'approprié ces représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, etc. On appelle affiliation ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent plusieurs.

Ces représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ces représentations et il les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité. Qu'en est-il alors de la culture du point de vue du sujet lui-même ? La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde. Ce codage est un processus constitué d'ingrédients complexes, d'inférences ontologiques (la nature des êtres et des choses) mais aussi d'inférences de causalité permettant de donner un sens à un événement répertorié (Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi moi à ce moment-là...) (Sindzingre 1989). L'élaboration de théories étiologiques par les patients va faire appel aux représentations culturelles, ainsi qu'à certains autres facteurs comme des éléments du discours médical, ce que Moro (ibid.) nomme le second niveau, celui du sens. La nosologie, dans les sociétés traditionnelles n'est pas tant fondée sur la sémiologie que sur le sens, et l'élucidation de ce sens constitue le premier temps de la prise en charge du trouble. Le sens des symptômes

peut être fourni par un guérisseur dépositaire d'un savoir, au moyen de procédés divinatoires, ou bien par inférence à partir de certaines caractéristiques du trouble qui permettent de le reconnaître. Les théories étiologiques font appel à différentes catégories de causes comme : l'intervention d'un être culturel, par exemple d'un djinn; un procédé technique : sorcellerie, maraboutage; les manifestations d'un ancêtre offensé; les conséquences de transgression d'un tabou, d'un interdit; le retour d'un mort, et la frayeur. L'élucidation du sens de la maladie, c'est-à-dire l'énonciation de son étiologie implique l'utilisation de moyens thérapeutiques particuliers. C'est le troisième niveau, celui des logiques thérapeutiques, du « faire ».

Le procédé dépend de l'étiologie présumée : si un ancêtre a été offensé, il faudra réparer cette offense par un sacrifice, si c'est un être culturel qui possède le sujet, il faudra "négocier" avec lui, par exemple au moyen d'un rituel de possession, si le sujet a été "attaqué", il faudra s'occuper de sa vulnérabilité par la mise en place de systèmes de protection, etc. Les procédés thérapeutiques utilisés face à la maladie mentale sont multiples (guérisseurs, religieux, médecine "occidentale"), mais complémentaires et non concurrentiels, chacun restant à sa place. On nomme *itinéraire thérapeutique* ce parcours par lequel les différents types de savoir sur la maladie sont tour à tour questionnés selon le type de trouble, son évolution, le moment de l'histoire du sujet, les pressions familiales et groupales éventuelles, les ressources disponibles, etc. Le processus de recherche de soins répond ainsi à une double exigence : quête de la guérison, et construction d'un sens à la maladie. S'adresser à un thérapeute occidental ne constitue souvent qu'un « moment » de l'itinéraire thérapeutique des patients souffrant de conséquences d'événements traumatiques.

Nous allons passer en revue quelques modèles localement signifiants de troubles liés à la frayeur.

### 2.2.1- *Khala'â* (Maghreb)

En arabe, deux mots peuvent être utilisés pour désigner la frayeur (Nathan 1994) : *sar'*, mot répandu et plutôt littéraire, signifiant littéralement « se répandre », « perdre sa forme originelle », et *khala'â*, terme utilisé plus fréquemment en arabe dialectal, notamment au Maghreb et qu'on peut traduire par « arracher brutalement ». Le terme *sar'* a été très utilisé par la médecine arabe du Moyen-âge, et a fini par désigner des troubles comportant une agitation désordonnée du corps, rattachés aujourd'hui à l'épilepsie, à l'hystérie, ou bien à la possession (Nathan 1994). Le terme de *khala'â* est en revanche resté très près des théories étiologiques traditionnelles. La *khala'â*<sup>41</sup> est aussi un modèle spécifique de trouble lié à la frayeur observé dans le monde maghrébin. Ce terme provient de l'arabe littéraire renvoie au fait d'ôter, d'arracher brutalement quelque chose, et dans le cas de la frayeur, à une séparation âme/corps. Lors de la *khala'â*, l'âme (*ro'h*) peut quitter le corps, et des êtres surnaturels (comme par exemple un *djinn*) peuvent y pénétrer. La personne touchée est dite *makhlouï* : son être a été enlevé, « sa raison est partie », il est « effaré », et un *djinn* a profité de cet instant pour prendre possession de son intériorité. Pour Westermarck (1926 I : 276), c'est le *djinn* qui en entrant a provoqué cet état de frayeur. La *khala'â* réalise ainsi un type particulier de possession qui est soudaine, totale, et prive le sujet de ses capacités de résistance et de toute possibilité de « négociation » avec le *djinn* (Lheimeur 1990). Cliniquement, lors de

---

<sup>41</sup> Tahar Abbal, psychologue clinicien à l'Hôpital Avicenne (Bobigny), et arabisant a participé à la rédaction de ce



l'épisode de frayeur, la personne apparaît figée, hébétée, elle semble « ne plus être là », ne « plus être la même », et peut uriner sur elle. C'est ce moment de sidération, caractéristique de l'effroi, qui fait reconnaître la *khala'à*. Lorsque les troubles persistent, ils sont susceptibles de s'exprimer par des états de transe répétés (Ferradji et al. 1986), aux cours desquels le comportement de la personne se modifie (avec de crises d'agitation, de violence, un dialogue avec des entités invisibles), et de nouvelles caractéristiques apparaissent témoignant d'une modification de l'identité (par exemple une force surhumaine, ou encore le fait de ne plus « reconnaître » ses proches).

La logique thérapeutique consiste à faire émerger la raison par un autre trauma. Par exemple chez les Berbères du Maroc, ce peut être une brûlure circonscrite, réalisée par surprise par un membre de la famille, par exemple à l'aide d'une cuillère chauffée au feu, réalisant une petite marque corporelle. Ce traitement permet à la fois de répéter l'expérience traumatique dans ce qu'elle a de douloureux, d'incompréhensible et de surprenant, tout en agissant sur l'enveloppe corporelle, pour la « fermer ». Lheimeur (1990) donne une description de traitement de la *khala'à* par une thérapeute *ghawia* (Maroc) qui illustre cette nécessité de provoquer un nouvel effroi.

Dans les confréries Hamadcha du Maroc, on considère habituellement qu'il y a lieu de réaliser une *hadra*, un rituel thérapeutique utilisant la transe, après un tel événement (Crapanzano 2000 : 243).

### 2.2.2- *Susto* (Amérique du Sud et Centrale)

Le tableau de *susto* a été précisément décrit par Maria Pia Arias-Schreiber (1987) à partir d'une expérience de terrain chez les Quechas de l'Amérique du Sud<sup>42</sup>. Pour les Quechas, l'âme est conçue comme séparée du corps tout en lui étant liée. Elle est capable de se dégager de celui-ci pendant la nuit, et dans certains cas, notamment lors de la survenue d'un événement imprévu et effrayant, à l'état de veille. L'auteur propose de traduire le terme de *susto* par *frayeur* dans la mesure où celui-ci désigne une peur liée à une cause immédiate, subite, produisant une réaction de sursaut. Le sujet est pris d'un sursaut brusque, son souffle est coupé, et cet instant marque précisément la disjonction âme - corps.

« C'est comme si la frayeur ouvrait une brèche qui laisse partir l'âme, brisant l'enveloppe corporelle, la frontière qui délimite le dedans et le dehors » (ibid. : 135).

Dans les cas bénins, l'âme va rester à proximité du corps, mais dans les situations plus graves, elle peut être « captée » par la terre ou les divinités qui la représentent. Trois symptômes sont constamment retrouvés qui témoignent de la double étiologie de frayeur et de vol de l'âme : une exténuation physique et psychique, des sursauts lors du sommeil, des crises de frayeur diurnes et nocturnes aux cours desquelles le sujet, les yeux écarquillés, pousse des cris d'épouvante. Les rituels thérapeutiques alors appliqués visent à obtenir une remise en lien de l'âme dans le corps, parfois en négociant ce retour avec les forces telluriques qui maintiennent l'âme prisonnière, ainsi qu'à restituer à la peau son rôle de frontière au travers de différents gestes techniques effectués sur le corps du patient. Les rituels

---

<sup>42</sup> On peut se référer également au travail de la linguiste De Pury Toumi (1990) sur le *susto* dans la langue nahuatl, au Mexique.

thérapeutiques impliquent la famille et la communauté et permettent de « rattacher la souffrance individuelle du malade – encore désorganisée – à un cadre culturel partagé par la collectivité » (ibid. : 132).

Rubel et ses collaborateurs ont mené différents travaux sur le *susto* qu'ils ont synthétisé dans un livre (1984) et un article (1985). Ils soulignent que le *susto*, retrouvé dans toute l'Amérique du Sud, l'Amérique Centrale ainsi qu'au Mexique, affecte aussi bien les populations d'origine indienne que les populations d'origine hispanique. Ceci est discordant avec ce qu'on nomme habituellement les syndromes liés à la culture qui sont considérés comme caractéristiques d'une culture donnée. Les modèles de compréhension du *susto* font toujours appel à la frayeur et au vol de l'âme, simplement chez les populations indiennes, l'accent est davantage mis sur la capture de cette dernière par des divinités extérieures. Les symptômes retrouvés comprennent la perte de l'appétit, de poids, et de force, agitation nocturne, lassitude diurne, dépression introversion, aboulie. Les populations indiennes et non-indiennes ont tendance à chercher de l'aide pour ce trouble auprès de guérisseurs plutôt que des médecins. Rubel précise également que ce n'est pas l'événement qui crée le *susto*. L'exposition à l'événement n'est pas suffisante elle doit être associée à la perte de l'âme pour que des symptômes surviennent. Ainsi, il est fréquent qu'au sein d'un groupe de personnes exposées à un même événement effrayant, certaines développent un *susto* tandis que d'autres sont indemnes. Enfin, Rubel souligne que le laps de temps entre l'événement effrayant et les premières manifestations de *susto* peut être très long, jusqu'à une trentaine d'années dans un cas (1984). Bien que de telles durées soient plutôt rares, le temps écoulé n'est en tout cas pas un facteur entrant dans le diagnostic.

Alvarez et Lavana (1977) ont décrit le cas de Doña Modesta, jeune femme enceinte de cinq mois qui avait du se jeter dans un cours d'eau pour secourir une amie tombée dans l'eau alors qu'elles étaient occupées à laver des vêtements. Elle avait pu alors sauver son amie. Cette jeune femme commenta ultérieurement les choses ainsi : « Je n'ai pas ressenti de peur particulière à ce moment là. Je n'ai même pas pensé que l'action que j'entreprenais aurait pu me mettre en danger. Pourtant, quinze jours après sa naissance, mon enfant a commencé à présenter des troubles du sommeil » (Alvarez & Lavana 1977 : 459). Une guérisseuse (*curandera*) consultée sur la suggestion d'une autre femme utilisa des méthodes traditionnelles de diagnostic et conclut que l'enfant souffrait d'une *perdida de la sombra*, une perte de l'ombre, de l'âme. Celle-ci avait été captée par des esprits de l'air et de l'eau et plus précisément par les esprits de deux personnes noyées à cet endroit précis. Cette situation souligne la possibilité d'une transmission du *susto* d'une mère à l'enfant qu'elle porte.

### **2.2.3- Hak-Tao (Hakka de Polynésie)**

Le tableau de *hak tao* a été décrit par Chan (2003) chez les Hakka de Polynésie. Les Hakka font partie d'un des groupes Han de la Chine continentale, nomades pacifiques, ayant traversé la Chine vers le sud lors de plusieurs périodes d'exodes. Certains ont migré vers la Polynésie française dans le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle pour des raisons de survie économique. Là, ils ont modifié leur mode de vie pour s'intégrer de plus en plus au mode de vie polynésien à partir du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, lorsqu'avec l'avènement du communisme, un retour au pays est devenu moins probable. Le *hak tao* peut atteindre l'individu à tout âge, mais l'enfant y est davantage exposé, du fait de la fragilité de son enveloppe protectrice et de son

noyau. L'effraction et le passage d'éléments du dedans au dehors sont facilités d'autant. Le terme *hak* renvoie à l'action d'effrayer ce qui est à bien différencier du verbe *k'ong* qui signifie avoir peur. L'effet de surprise, d'inattendu sont essentiels dans la définition de la frayeur. *Hak tao* signifierait ainsi littéralement « le fait d'avoir été effrayé suite à un effroi » (2003 : 191). Au degré extrême, le *hak tao* désigne l'étiologie traditionnelle par la frayeur, qui peut aller jusqu'au *hak si* : avoir été effrayé à en mourir. La frayeur a des conséquences physiques, ainsi peut-on dire *hak tao tsoi tsai tsu suk ji* : avoir été effrayé au point d'avoir un rétrécissement du pénis<sup>43</sup>, ou bien *hak ch'uk ngiau* : jusqu'à avoir un relâchement urinaire. Chez la femme, un blocage des fonctions ovariennes peut survenir. Il en résulte, dans les deux sexes, une perte de la puissance génitale et une impossibilité à procréer et à assurer une descendance. La personne se trouve profondément modifiée. Selon les représentations locales, le double ou l'âme, est parti, ou bien s'est dissoute. « Il faut donc la récupérer et l'amener à son semblable pour qu'il vive » (Chan 2003 : 193). Il est intéressant de noter que les Hakka considèrent que le traitement sera d'autant plus difficile que le temps aura passé entre le moment de la frayeur et le début du traitement : l'éloignement temporel se double d'un éloignement spatial, et l'âme peut être faite prisonnière dans un lieu inconnu, ou bien être capturée par une autre enveloppe qu'elle ne pourra plus quitter, ou encore être capturée par des esprits errants (2003 : 193).

Dans certaines philosophies chinoises, la personne est pensée comme duelle : le même jour, naissent l'entité physique de l'être (Yin) et son entité spirituelle (Yang) : l'âme, le souffle, le double. Chaque être est composé de ces deux parties

---

<sup>43</sup> Cette crainte du rétrécissement du pénis n'est pas sans évoquer le koro, syndrome décrit en Malaisie, en Indonésie, mais aussi sous d'autres noms en Chine.

qui n'existent que l'une par rapport à l'autre (Chan 2003 : 194). Lorsque l'âme s'envole, c'est tout ce qui énergise l'être qui disparaît, le laissant vide, entraînant son dépérissement, plus ou moins rapide, et sa mort. Les signes présentés alors par l'enfant sont les suivants : les yeux sont écarquillés, mais le regard dans le vague ; le sommeil est très perturbé avec des sursauts, des pleurs ; les pleurs sont fréquents dans la journée, avec des attitudes d'agrippement ; l'appétit diminue, l'enfant est pâle, fatigué ; une énurésie apparaît ; l'humeur est perturbée ; une coloration bleutée apparaît parfois entre les doigts.

Durant le sommeil, l'âme quitte fréquemment le corps pour le réintégrer dans la nuit (on dit d'ailleurs qu'il ne faut pas dormir près d'un miroir car l'âme en voulant réintégrer le corps pourrait être leurrée, heurter le miroir et s'enfuir). La perte d'âme peut parfois être attribuée à la malchance, ou à un manque de protection des ancêtres. Le plus souvent, le *hak tao* trouve son origine dans une frayeur accidentelle et brutale : soit une rencontre avec une créature surnaturelle, soit un événement réalisant un traumatisme. Le choc conduit à une effraction et à une expulsion de l'âme au dehors. De manière préventive, lorsqu'un tel choc survient chez un enfant, il est d'usage de lui frotter le lobe de l'oreille avec un peu de salive en chantonnant « Petit double, n'aie pas peur, petit double sois courageux » afin que le double ne s'échappe pas de l'enveloppe fragilisée (2003 : 202). En cas de *hak tao* avéré, les logiques thérapeutiques consistent à rappeler le double, afin qu'il réintègre le corps. Les traitements font appel à des prières et des incantations : on fait des promesses au double, on lui garantit son bien-être, on tente de l'effrayer en l'incitant à se méfier des esprits errants du dehors. En plus des paroles, des objets sont utilisés pour aider le double à retrouver le chemin du corps qu'il a abandonné, ainsi que des rituels de bain. On utilise également des objets de protection, des

interventions visant à éloigner les esprits errants et à solliciter l'aide des ancêtres. On voit donc que ce traitement mobilise l'ensemble de la communauté des vivants et des ancêtres, et ses fonctions ré-affiliantes.

#### **2.2.4- *Bla kira* (Miskitos du Nicaragua)**

Le tableau de *bla kira* a été décrit par Martin & Moro (1989) chez les Miskitos du Nicaragua déplacés au Honduras. Ce tableau traditionnel a fait une ré-apparition massive au décours des conflits qu'a connu le pays, et se manifestait principalement par des troubles du comportement paroxystiques chez les adolescents, dans les camps de réfugiés, avec une dimension épidémique. Le traitement faisait notamment appel à des amulettes qui devaient être placées sur les narines de la personne affectée. L'apparition du *bla kira*, et ses récurrences, apparaissaient liées à la frayeur produite par la rencontre avec un être surnaturel.

#### **2.2.5- *Lanti* (Bisayas des Philippines)**

Le groupe bisaya, aux Philippines, comprend trois groupes ethniques : Cebuans (groupe numériquement le plus important du pays), Panayans, et Samarans. Les Bisayas représentent 40% de la population du pays dont ils occupent les parties centrale et méridionale, ils sont très majoritairement catholiques, cette religion s'étant implantée à partir du XVI<sup>e</sup> siècle. Hart (1985) a décrit dans ce groupe et plus précisément à partir d'études de terrain réalisées à Lalawigan, une maladie appelée *lanti*, qui est directement liée à la frayeur. De très nombreux symptômes, non spécifiques, sont associés au *lanti* : fièvre élevée et diarrhées verdâtres, langue blanche (*atas*), éruptions cutanées (*habas*), tachycardie, douleurs de l'estomac,

pleurs, réactions d'agrippement, tremblements, cris au cours du sommeil, dépression de la fontanelle chez les bébés, sensation de « tomber » pour les enfants plus grands. Le *lanti* touche préférentiellement les enfants, et dans une famille, le plus souvent le plus jeune des enfants. Si un aîné est atteint, cela sera attribué à une « faiblesse » de ce dernier. La cause du *lanti* est attribuée à une frayeur liée à des événements naturels, et plus rarement surnaturelle (des esprits, le *sigbin* - un animal mythique). Dans la population étudiée par Hart (1985) le *lanti* ne signifie pas une perte de l'âme comme on peut l'observer ailleurs aux Philippines<sup>44</sup>.

Une des particularités du *lanti* est qu'il peut affecter un sujet - notamment un jeune enfant - par transfert, de manière indirecte après qu'un des adultes qui s'occupent de lui (le plus souvent son père) ait été effrayé. Dans certains cas, le choc n'a pas été suffisant pour affecter l'adulte, mais des troubles vont survenir chez l'enfant. La maladie peut toucher indifféremment garçons ou filles, mais lorsqu'elle est ainsi transmise, elle atteint électivement le dernier-né, les enfants précédents étant considérés comme immunisés. En revanche, un dernier-né devenu adulte peut toujours être touché, et Hart (1985) cite le cas d'un époux effrayé dont la femme, dernière-née de sa famille, avait secondairement été atteinte de *lanti*.

### **2.2.6- Mogo laya (Hulis de Papouasie Nouvelle Guinée)**

Le *mogo laya* – terme que l'on pourrait traduire par « sursaut » - a été décrit chez les Hulis de Papouasie Nouvelle Guinée comme un trouble lié à la frayeur qui affecte particulièrement les très jeunes enfants (Frankel 1985). L'esprit peut

---

<sup>44</sup> Nydegger et Nydegger (1966) ont décrit de tels phénomènes dans un village philippin situé sur l'île de Luzon : l'âme du jeune enfant dont la fixation au corps est encore fragile peut être détachée par un choc ayant causé une frayeur. L'enfant



vagabonder lors du sommeil, les images de ce voyage constituant les rêves. Il peut également se détacher du corps à l'état de veille, notamment sous l'effet d'une frayeur qui a entraîné un sursaut, le sujet étant alors décrit ainsi : « son esprit est parti, il ne reste qu'une peau vide » (Frankel 1985 :400). Les enfants sont les plus exposés, et ce d'autant qu'ils sont plus jeunes. Chez le bébé, l'âme quitte le corps à travers la fontanelle antérieure (la même région est incriminée chez l'adulte), et cette zone est l'objet de différents rituels visant à protéger les enfants ou à soigner les personnes atteintes de *mogo laya*. Les cheveux de cette zone sont également empoignés chez les individus que l'on pense mourants afin de retenir leur âme.

Frankel a observé dix cas de *mogo laya*, tous chez des enfants de moins de quatre ans. Sept avaient moins d'un an. La symptomatologie était constituée d'affections somatiques sévères et relativement aiguës comme des diarrhées, des troubles respiratoires, des fièvres élevées, des convulsions. Dans trois cas, les mères ne savaient pas précisément ce qui avait effrayé l'enfant (l'une soupçonnait un rêve), mais le *mogo laya* avait été retenu par elles du fait de symptômes considérés comme typiques (tremblements, convulsions).

Chez l'adulte, les Hulis considèrent que l'esprit peut moins facilement être délogé. Si une personne se révèle aussi sensible à la frayeur, cela signifie alors qu'il existe des facteurs causaux additionnels. Frankel cite le cas du *kuyanda*, qui représente une manifestation du pouvoir du sang féminin. Les Hulis considèrent que si un enfant avale du sang maternel durant l'accouchement, celui-ci va rester dans sa poitrine, formant une masse qui va se développer avec lui, comme une masse parasitique, tout en étant capable de gonfler et de se rétracter, causant des

---

souffre alors de tremblements, de tics, de vertiges et un coma et la mort peuvent en résulter. Si les soins familiaux échouent, on fait appel à un guérisseur qui applique des traitements rituels.

variations de la croissance de l'enfant. Le principal danger vient alors du fait que le *kuyanda* peut exploser, causant alors le plus souvent la mort de son porteur, notamment sous l'effet de la frayeur. Ainsi pour les Hulis, la frayeur causant un *mogo laya* peut être mortelle chez le jeune enfant, mais elle ne peut être mortelle chez l'adulte que si des facteurs liés à l'individu sont présents (Frankel 1985).

### **2.2.7- Ataque de nervios**

On peut citer l'*ataque de nervios*, tableau fréquent en Amérique du Sud, Centrale, et chez les Hispano-américains. Cette affection touche par exemple 13,8% de la population générale à Porto-Rico, et 75% des personnes qui en sont affectées ont déjà demandé des soins ou de l'aide pour ce problème. Ces personnes ont 4,35 fois plus de chances d'avoir également un trouble psychiatrique selon le DSM-IV que les non affectés, le plus souvent dans un registre anxieux ou thymique (Guarnaccia & al. 1993). L'*ataque de nervios* se manifeste par la survenue épisodique, soudaine, en réponse à un stimulus déclenchant une forte émotion, d'un trouble variant de la crise d'angoisse à la grande agitation psychomotrice. Il s'agit d'une catégorie diagnostique « profane », le trouble étant désigné sous ce terme spontanément par les patients et leur famille, et reconnu socialement. Dès les premières descriptions de ce trouble (Fernandez-Marina 1961), un parallèle avec ce qu'on nommait alors les « névroses de guerre » a été établi. Lewis-Fernandez a ensuite montré que les crises pouvaient être provoquées par des éléments rappelant un trauma antérieur, ce qui en faisait un équivalent de reviviscence traumatique, et il proposait de considérer certaines crises comme des manifestations dissociatives (au sens névrotique du terme, avec dépersonnalisation, déréalisation, amnésie totale ou partielle de l'épisode, sentiment d'être « possédé », « agi de l'extérieur ») ; par ailleurs

l'entourage décrivait fréquemment le sentiment que durant la crise, leur proche était « devenu un autre » (Lewis-Fernandez 1994, Saxe & al. 1996). Plus récemment, il a été établi que les patients présentant une symptomatologie d'*ataque de nervios* associée à des troubles de l'humeur ou anxieux présentaient significativement plus d'antécédents de traumatismes infantiles que ceux qui présentaient une symptomatologie anxieuse ou dépressive sans *ataque de nervios* (Schechter & al. 2000). Selon ces auteurs, l'*ataque de nervios* pourrait donc être considérée dans certains cas comme le marqueur d'une dysrégulation extrême des affects liée à des expériences traumatiques infantiles (ibid.).

### **2.2.8- *Latah*, *Myriatchit* et *Imu* : comportements culturels stéréotypés en réponse à la frayeur**

Les observations de comportements culturels stéréotypés en réponse à la frayeur datent de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Les plus connus sont le *latah* (chez les Malais), le *myriatchit* (observé chez certaines ethnies sibériennes) et l'*imu* chez les Aïnous du Japon. A la suite d'une frayeur, les membres de ces populations ont tendance à réagir par des comportements de mimétisme, comme l'écholalie et l'échopraxie.

### **2.2.9- Autres exemples**

En bambara le terme *diatigé* désigne les désordres psychiques causés par la frayeur, notamment les crises d'agitation ou bien les états délirants aigus. Etymologiquement, *dia* signifie « ombre » et par extension « âme » et « psyché » ; et *tigé* signifie « coupé ». *Ba* signifiant « grand », on appelle généralement *diabatigé* la

grande frayeur qui résulte par exemple de la rencontre avec un être surnaturel tel qu'un esprit, un sorcier, ou bien l'âme d'un défunt. Le terme *diatigé* peut être interprété comme « âme coupée », ou bien « âme séparée », « ayant fui le corps du sujet » (Nathan 1994 : 224).

En wolof, l'expression *sama fit dem na*, « je suis effrayé », peut se traduire mot à mot par « mon âme (mon principe vital) s'est échappée de mon corps » (Nathan 1994 : 224).

A La Réunion, la théorie étiologique par le *saisissement* rend compte du même ordre de phénomène (Andoche 1988).

Chez les Berbères du Maroc, quelques gouttes du sang des victimes d'accident ou de meurtres (dont on peut supposer qu'elles ont été saisies par la frayeur) entrent dans la composition de talismans destinés à s'assurer la fidélité éternelle d'un fiancé ou d'un époux. Cependant, si un bébé inhale l'odeur d'un tel talisman (*tawmmist* en langue berbère), il risque de mourir en quelques heures de « diarrhée verte ». Le *tawmmist* (terme qui désigne également la maladie de l'enfant) se caractérise par la survenue brutale d'une fièvre avec une diarrhée, des vomissements, et – signe particulièrement évocateur – l'apparition d'une béance de la fontanelle. Selon cette théorie étiologique, l'effraction des enveloppes est liée à l'olfaction, et elle provoque la mort par écoulement des contenus hors du corps (Adohane 1989, Nathan 1994).

Pour les Lobi du Burkina Faso, le *tuh* (double) peut quitter le corps d'une personne lorsque celle-ci subit une vive frayeur (Fiéloux 1993 : 220). La personne devient une sorte « d'enveloppe vide » susceptible de devenir folle, idiote, muette, et de mourir. Les très jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à cette perte du double, et il convient de prendre garde à ne pas les effrayer.

Dans la nosologie traditionnelle mandingue, telle que la rapporte des guérisseurs gambiens interviewés à travers des focus-groupes par Fox (2003), la frayeur peut causer différents troubles, le plus sérieux est dénommé *perrio*, et correspond à un départ de l'âme, qui n'est « plus à sa place ».

Enfin, au Burundi, dans la langue kirundi, selon Barancira<sup>45</sup> la racine *kanga* est retrouvée dans toute une série de mots relatifs à la frayeur. *Gukanga* signifie « effrayé », *kwikanga* « sursauter », *ggukangagurika* désigne l'état de celui qui est agité, sursaute, se réveille la nuit effrayé. La frayeur est alors fréquemment liée à la rencontre avec un esprit potentiellement malfaisant, ou avec l'âme d'une personne morte d'une « mauvaise mort ».

---

<sup>45</sup> Barancira « Théorie et traitement traditionnel de la frayeur ». Communication présentée au Centre Culturel de Bujumbura (Burundi), le 30 mars 2004, Cité par Nathan & Grandsart (2006).

## 2.3- ANALYSE DE CES DIFFERENTS MODELES

En 1985, Simons et Hughes (1985), au terme d'un important travail de synthèse sur les syndromes liés à la culture se révélaient en désaccord sur la question de la signification des syndromes liés à la frayeur. Hughes (1985) était tenté de regrouper les différents troubles liés à la frayeur sous la bannière de la catégorie « troubles anxieux » du DSM. Pour Simons (1985) en revanche, on ne pouvait considérer les troubles liés à la frayeur comme une catégorie possédant une cohérence sur le plan psychiatrique puisqu'elle se référait à de multiples tableaux cliniques complètement différents (et témoignant parfois de maladies somatiques), pas plus qu'on ne pouvait considérer les différentes entités décrites comme des syndromes liés à la culture, puisqu'ils n'apparaissaient pas correspondre à des « altérations spécifiques du comportement ou de l'expérience » (1985 : 331).

L'analyse de la littérature sur ces différentes catégories révèle leur hétérogénéité. Il semble que de nombreuses sociétés disposent d'une catégorie de troubles liés à la frayeur. On retrouve de manière constante une vulnérabilité spécifique des enfants, et plus particulièrement des jeunes enfants dont les enveloppes sont considérées comme plus fragiles et perméables. La frayeur peut être causée par des événements naturels ou surnaturels, et les troubles qu'elle provoque n'affectent pas nécessairement toutes les personnes exposées ce qui souligne la complexité des théories étiologiques et leur dimension non mécaniciste. Rarement, le moment de la frayeur est associé à des symptômes spécifiques qui permettent de la reconnaître. Les tableaux cliniques sont extrêmement variables, certains étant comparables à la symptomatologie de névrose traumatique, d'autres en étant très éloignés ou témoignant manifestement de désordres somatiques. Le

diagnostic peut-être porté par l'entourage, devant l'existence de signes considérés comme spécifiques, ou bien peut-être révélé par un guérisseur. Lorsque la physiopathologie des troubles est précisée, elle fait appel le plus souvent à l'idée d'une effraction associée à une séparation entre l'âme et le corps, l'âme étant expulsée au dehors, susceptible d'être captée par des divinités ou des créatures surnaturelles. Dans certains cas, de telles créatures sont susceptibles de venir habiter l'enveloppe corporelle laissée vide réalisant un tableau de possession. Un point important à noter est que certaines de ces théories évoquent la possibilité d'une transmission de la frayeur généralement vers des êtres plus vulnérables, comme les enfants, et ce même si l'adulte qui la transmet n'en a pas ressenti les effets. Il est toutefois nécessaire qu'un lien privilégié existe pour que la transmission soit possible, comme par exemple un lien parent-enfant, voire même un lien mère-enfant à naître. La frayeur est donc pensée comme un « agent » transmissible à la fois aux autres membres du groupe et sur un plan transgénérationnel. La frayeur concerne ainsi l'ensemble du groupe et pas seulement le sujet qui en est affecté, de même qu'elle concerne également sa descendance. Elle affecte ainsi les liens familiaux et transgénérationnels.

## 2.4- DE LA SOUFFRANCE A LA RECHERCHE DE SOINS

Nous avons vu que certains traitements spécifiques étaient utilisés face à des modèles culturellement codés de troubles liés à la frayeur. La manière dont les symptômes de souffrance s'extériorisent et sont perçus par l'individu, sa famille, le groupe, conduit à un comportement de recherche de soins congruent à ces modèles. Les représentations culturelles conditionnent ainsi à la fois la manière dont les symptômes sont vécus, le degré de gravité qui leur est conféré, l'attente par rapport aux soins, les possibilités d'alliance thérapeutique avec le praticien sollicité, etc. Loin d'être anecdotiques, ces éléments sont à prendre en compte dans la mise en place de soins. Sur les terrains humanitaires, par exemple, nous avons pu constater que la population possède déjà un savoir sur les troubles liés à la frayeur ; un savoir, des représentations, des logiques thérapeutiques. A Pejë au Kosovo, lors d'un programme de soins mené dans l'immédiat après-guerre dans le cadre de l'association Médecins Sans Frontières (Reynaud & Baubet 2003), nous avons demandé à nos collaborateurs albanophones comment on disait « trauma » en albanais. Après un silence, ils répondirent « *on dit trauma* ». Apparemment le trauma restait une notion étrangère, clivée par rapport aux représentations locales. Certains membres de l'équipement organisèrent alors une rencontre avec un religieux, un Imam, réputé pour ses soins. Dans la cour de sa maison et jusque dans la rue s'étendait certains jours, dès le petit matin, une longue file de gens qui venaient chercher de l'aide. Ce monsieur très âgé nous reçut et consentit à nous livrer quelques éléments de sa pratique. Une partie non négligeable des situations qu'il rencontrait était constituée de problèmes de peurs et de troubles du comportement chez l'enfant. Des troubles que nous aurions sans doute qualifiés de post-traumatiques, et qui ressemblaient en tous points à ceux présentés par la population d'enfants qui



venaient à nos consultations. Cependant cet Imam ne recevait pas les enfants, seulement les mères ; et il interrogeait celles-ci non pas sur les événements traumatiques que l'enfant avait pu traverser, mais sur sa place dans la filiation, et sur le processus de nomination. Il prescrivait ensuite différents traitements religieux (de nombreux fragments de papiers et de grandes plumes devant lui avaient été préparés pour qu'il y inscrive à l'encre des paroles choisies dans le Coran). D'autres Imams, localement, établissaient leurs prescriptions après une séance de divination qui passait par la lecture des formes prises par du plomb en fusion jeté dans de l'eau froide (Baubet & Moro 2003b).

Concernant les soins psychiques en situation humanitaire, Summerfield (1995) a souligné que l'application de modèles thérapeutiques adaptés aux sociétés occidentales (il pensait essentiellement au *debriefing*) pouvait conduire à l'échec, voire à des effets néfastes. Le travail de Peter Elsass (2001), par exemple, illustre bien la variété de situations que l'on peut rencontrer. L'étude de deux communautés villageoises, l'une au Pérou, l'autre en Colombie a montré des différences majeures dans l'appréhension de la souffrance liée aux événements traumatiques vécus par les deux communautés. Dans le village colombien, les réactions post-traumatiques étaient marquées par un sentiment de honte et de culpabilité, et dans cette communauté au fonctionnement assez individualiste, les patients recherchaient surtout une aide psychologique individuelle. Dans le village péruvien, en revanche, au fonctionnement beaucoup plus communautaire, les individus cherchaient « à oublier » consommant de l'alcool et des psychotropes, et ne souhaitaient pas consulter pour cela. Il est évident que des programmes de soins s'établissant dans ces villages auraient à tenir compte des formes différentes de la demande et des modalités thérapeutiques spontanément utilisées par la population elle-même.

Dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, des rituels de purification et de réconciliation intégrant la famille et la collectivité sont menés pour réintégrer à la communauté des adultes ou des enfants « souillés » par la guerre. Qu'ils aient eux-mêmes commis des exactions ou qu'ils en aient été témoins, ils doivent être réintégrés à leur groupe d'appartenance, protégés du désir de vengeance de leur entourage, mais aussi de leur propre culpabilité, reprendre des liens aussi harmonieux que possible avec la communauté des vivants et aussi avec l'invisible. Greene & al (1999) donnent des exemples de tels rituels chez des enfants au Mozambique : la réalisation du rituel s'accompagne également d'une amélioration voire d'une disparition des symptômes post-traumatiques. Bagilishya (2000) a souligné, à partir de l'exemple rwandais, que la santé mentale et le bien être des Rwandais ne pouvaient être séparés de ceux de leur famille et de ceux qui les entourent. Il souligne l'importance et la pertinence de manières de faire locales comme l'utilisation de contes et de proverbes qui permettent une mise à distance des affects envahissants, notamment du désir de vengeance. « Même si un modèle occidental n'est pas nécessairement délétère, son utilisation doit être examinée avec précaution pour éviter de détruire le fragile équilibre interne qui tente de se rétablir » (Bagilishya 2000).

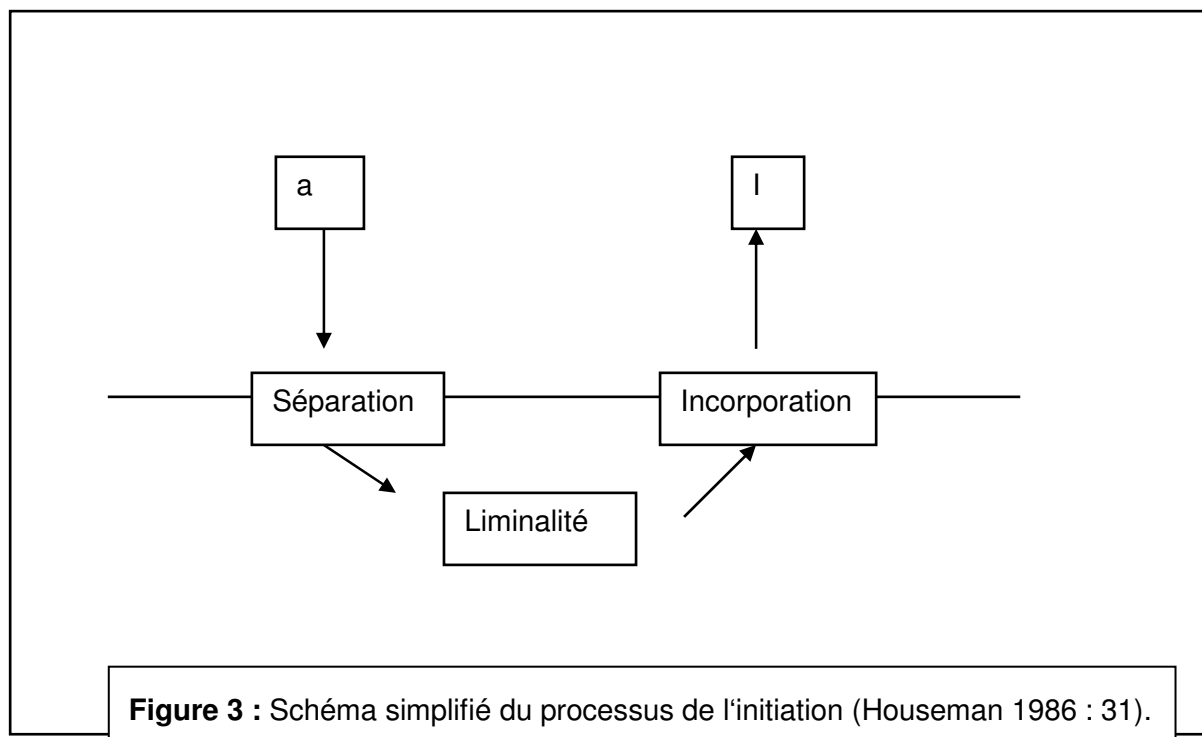
Ces travaux nous invitent à penser la multiplicité des représentations concernant l'effroi et les logiques à mettre en place pour faire face à la désorganisation qu'il produit.

## 2.5- TRAUMATISME, EFFROI, ET INITIATION

Les travaux menés dans le champ de l'anthropologie et de l'ethnopsychiatrie ont souligné la parenté existant entre les concepts d'initiation – et de transformation initiatique – et de traumatisme psychique. Les ethnologues distinguent classiquement trois types d'initiations (Bastide 1991) :

- les *initiations tribales*, qui font entrer les jeunes gens dans la catégorie des adultes ;
- les *initiations religieuses* qui ouvrent l'accès à des sociétés ou confréries secrètes ;
- et les *initiations magiques*, qui font quitter la condition humaine normale pour accéder à des pouvoirs surnaturels.

Selon Van Gennep (1909), l'initiation tribale fait partie du groupe des rites de passage qui comprend également les rites de naissance et de deuil, et peut être décomposée en trois phases : *séparation* du monde social ordinaire, *liminalité*, et *réincorporation*. Dans le cas d'un rite initiatique, par exemple, le garçon est séparé du monde social ordinaire, franchit un seuil pour ce retrouver dans un espace liminaire, puis est réincorporé au monde social avec un nouveau statut d'homme (figure 3). Turner (1982) a théorisé ce concept de liminalité comme renvoyant aux espaces sociaux marginaux, au delà des contraintes de la vie courante dont les sujets se trouvent en quelque sorte affranchis, ayant transgressé (c'est-à-dire franchi le seuil) de la routine ordinaire. La liminalité résulte ainsi d'une rupture sociale, ou tout au moins d'une discontinuité, et constitue selon Turner un moment de transformation, ou de renaissance. Il n'est pas rare qu'un nouveau nom soit donné à l'individu lors d'initiations successives, témoignant de la métamorphose de son être (Crocker 1977).

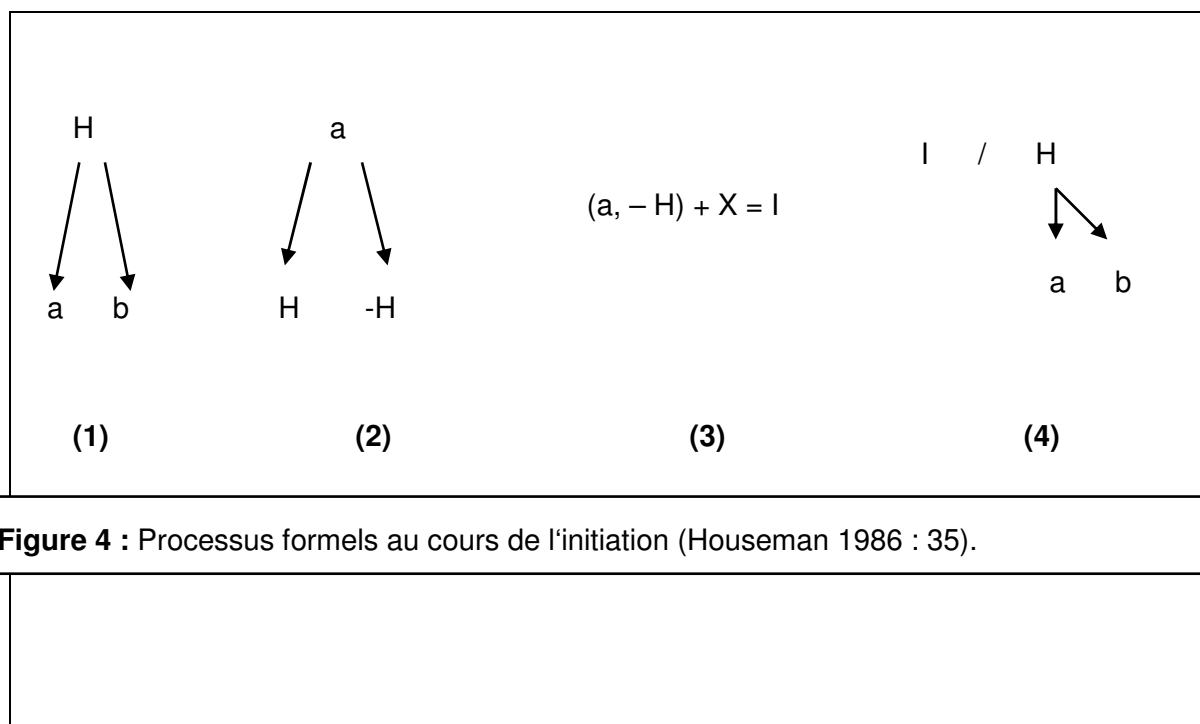


Houseman, à partir de travaux menés sur le rite d'initiation masculine *So des Beti* du Sud-Cameroun, insiste sur le fait que la transformation de non-initié à initié n'est pas une simple amplification de l'identité initiale. Elle opère « une véritable discontinuité logique » (1986 :32), et met en place de nouvelles catégories. Ainsi, si au départ existent les catégories garçons (a) / filles (b), l'initiation va aboutir à la création de deux nouvelles catégories : initiés (I) et non-initiés (H), ce dernier groupe comprenant garçons non encore initiés, filles, femmes, étrangers, esclaves, etc. Les hommes se définissent en opposition aux non-initiés, et être initié n'est pas réductible au fait d'être masculin, même si c'est une condition nécessaire. « La transformation initiatique sous-tend un renversement de l'ordre des choses en faveur d'un schéma circulaire dans lequel son point d'arrivée (initié / non initié : H / I) subordonne ou englobe son propre point de départ (masculin / féminin : a / b) (1986 :32). Houseman distingue quatre étapes au processus initiatique (Figure 4) :

- (1) *Mise en valeur de l'identité initiale* : les novices sont présentés comme étant des hommes en puissance, ce qui passe par des démonstrations de force, d'endurance, de résistance. Sur le plan formel, cela revient à postuler une catégorie  $H$  (individu mis au monde) au sein de laquelle sont distingués des  $a$  (enfants mâles) et des  $b$  (enfants femelles). Ce sont les attributs qui font que les novices sont des  $H a$  (individus mis au monde de sexe masculin) qui sont mis en valeur au cours de cette phase.
- (2) *Phase liminale, premier mouvement de déconstruction* : il s'agit de nier les attributs de leur identité initiale au travers d'épreuves comportant douleur, humiliation, et injonctions paradoxales : « C'est comme s'ils étaient broyés, réduits à une condition uniforme afin d'être à nouveau refaçonnés » (Turner 1969 : 81). « A travers ces brimades, la dureté et la fierté des novices sont anéanties, leur agressivité et leur beauté sont éliminées » (Houseman 1986 : 33). Sur le plan formel, cela signifie que les attributs des  $H a$  sont éliminés Il existe désormais des  $a$  qui sont effectivement  $H$ , et des  $a$  qui ne sont plus  $H$  : les candidats à l'initiation chez lesquels les attributs associés à  $H$  ont été démontrés absents. Une nouvelle catégorie virtuelle d'individus est ainsi créée : les  $a - non H$ , individus de sexe masculin non mis au monde (Houseman 1986 : 35).
- (3) *Phase liminale, second mouvement de reconstruction* : cette phase passe par l'accomplissement de différentes épreuves difficiles et/ou douloureuses, mais non humiliantes qui les conduisent à participer aux événements centraux de l'initiation, dont les non initiés sont exclus, leur conférant une identité nouvelle. Sur le plan formel, la catégorie de  $a - non H$

est dotée d'un attribut nouveau, qui leur est spécifique, et qui en fait des initiés (I).

- (4) Réincorporation, passant par la reconnaissance publique du nouveau statut d'initié et de l'opposition aux non initiés.



**Figure 4** : Processus formels au cours de l'initiation (Houseman 1986 : 35).

Nathan (1986b) retient six caractéristiques communes aux rituels d'initiation qui comprendraient l'utilisation systématique : 1) de la frayeur ; 2) de la douleur physique ; 3) de la douleur psychique ; 4) du jeu avec la mort du sujet ; 5) d'inductions paradoxales ; 6) de l'absurdité logique. Pour Nathan « il s'agit d'une organisation délibérée d'un traumatisme psychique » (1986b : 15), dont les conséquences correspondent à ce que les sociétés traditionnelles attendent de tels rituels : 1) Une métamorphose de l'identité ; 2) Une reproduction de l'identique (le nouvel initié est identique à son aîné et va lui même produire de nouveaux initiés

identiques) ; 3) Une modification de la mémoire (oubli des expériences passées et reconstruction de la vie à partir du moment zéro de l'initiation) ; 4) Un oubli de la sensation traumatique du vécu du rituel ; 5) Un effet résolutoire ou restructurant. Nathan y voit « une tentative d'inscrire dans la mémoire et sur le corps des sujets la discrimination des espaces logiques culturellement définis » (1986b : 15). Le rituel a des fonctions psychologiques et sociales et il est porteur de significations, dans la mesure où le symbolisme qui le sous-tend peut-être compris comme l'expression d'un certain nombre de valeurs et d'idées culturelles (Houseman 2002). Le rituel installe une rupture entre l'avant et l'après pour ceux qui l'exécutent, mais cette rupture est le fait d'un ensemble d'actions prescrites (actes, formules...) entreprises par les participants, et elle implique une « confirmation du système d'interconnexions unissant les différentes personnes et les autres entités concernées » (Houseman 2002 : 538).

Les initiations religieuses et magiques suivent la même séquence, avec des rituels de séparation, de marge et de réintégration. Cependant, les initiations magiques, qui sont entreprises afin de compléter ou bien de provoquer une « personnalité aberrante » (Bastide 1991), doivent conduire à ce que la personne ne soit plus soumise à la condition humaine. L'abandon des règles qui définissent l'humain passe par des transgressions majeures : « il faut commettre l'inceste, ou bien tuer un membre de sa famille, parfois rester plusieurs jours dans une fosse sans boire ni manger lié à un cadavre, ou bien encore se livrer au jeûne, à l'errance dans la brousse, jusqu'à l'hallucination et l'éclosion d'une crise violente destructrice de l'ancienne personnalité » (Bastide 1991). Parallèlement, un enseignement est prodigué par des initiés. Mauss chez les sorciers australiens et Eliade chez les

chamans sibériens ou esquimaux<sup>46</sup> ont donné des descriptions de ces initiations qui se déroulent dans l'imagination : « le candidat est tué par les esprits, dépecé, réduit à l'état de squelette, décervelé ; l'esprit le reconstitue, mais après avoir changé les viscères, ou introduit à l'intérieur du nouveau corps une substance magique (quartz) », ou encore de manière symbolique (Hounkpatin & Nathan 1993). Des cérémonies de vérification du changement de nature et de consécration suivent cette séquence.

Le traumatisme, et l'effroi, ne constituent que l'un des éléments des processus d'initiation dont l'ensemble ne saurait être ramené à ces seuls phénomènes. Il est cependant particulièrement important pour les cliniciens de se pencher sur la question de cette double valence de l'effroi. Si celui-ci peut-être cause de troubles psychiques, il peut également, dans certains contextes comme celui de l'initiation, être l'agent d'un changement positif pour le sujet. Nous pensons que si l'initiation ne cause pas de trouble psychotraumatique, c'est justement parce que la confrontation à l'effroi y est médiée par des représentations partagées par le groupe, que sa survenue est préparée par la situation de liminalité, puis que ses effets sont consacrés par le groupe comme témoignant d'une évolution positive. On n'est donc pas dans le cas de l'effroi comme rencontre brutale et non anticipée avec un réel de la mort qui ne fait pas, ni d'ailleurs ne fera, sens pour le sujet.

---

<sup>46</sup> Tous les deux cités par Bastide (1991).



## **2.6- LECTURE ETHNOPSYCHANALYTIQUE**

Les travaux du champ ethnoanalytique concernant les questions du traumatisme psychique et de l'effroi se sont développés dans quatre principales directions que nous allons détailler : la question de la frayeur comme agent pathogène, le traumatisme psychique comme procédure technique visant à modifier le sujet, la question du traumatisme psychique envisagé comme tentative autothérapeutique à travers ce qui a été dénommé la « traumatophilie », et la névrose traumatique du migrant.

### **2.6.1- La frayeur comme agent pathogène**

La frayeur est donc reconnue comme l'agent causal de troubles mentaux, du comportement, de l'interaction, dans de nombreux systèmes culturels. Il s'agit alors d'une théorie étiologique profane, qui ne correspond pas toujours à un ensemble de symptômes fixe et stable. Dans les systèmes de pensée traditionnels, c'est en effet l'étiologie présumée et le sens des troubles, qui s'appuie sur elle, qui fondent la nosologie, et pas les symptômes (Moro & Baubet 1997).

Selon Nathan (1994), le concept de « frayeur » comprend une bipolarité entre deux notions : 1) « La rencontre du sujet avec un univers radicalement différent de son univers habituel (...) qui fait effraction (...) 2) L'extraction du sujet, ou plutôt du « noyau » du sujet (...) hors de son enveloppe, de sa membrane protectrice » (Nathan 1994 : 225). « Dans tous les systèmes thérapeutiques qui recourent à l'étiologie par la frayeur, on retrouve la même bipolarité sémantique : effraction / extraction » (1994 : 227).

La rencontre traumatique peut-être notamment la rencontre avec « l'autre monde : celui de la brousse, des animaux sauvages, des esprits, des morts (...) lorsqu'elle n'est pas médiatisée (par un chaman, un prêtre, un devin, ou même simplement l'ensemble du groupe) » (Nathan 1994 : 228-229). « L'effraction traumatique ne va jamais sans son corollaire obligé, l'extraction hors de la membrane protectrice. Le noyau mis à jour est généralement un comportement simple, stéréotypé et sauvage (crises d'agitation, excitation frénétique, convulsions) » (Nathan 1994 : 229). A la limite, continue Nathan, ce comportement peut-être réduit à une « particule de rythme (incoordination motrice, tic, aboiement) » (1994 : 230).

« L'identité détruite par la frayeur (l'âme échappée) est octroyée à l'autre, celui qui a ravi l'âme, le *djinn*, l'esprit, le défunt, la divinité chtonienne » (Nathan 1994 : 230).

On voit ainsi que ces conceptions traditionnelles des troubles liés à la frayeur dépassent le simple concept de choc et d'effraction psychique : « La frayeur est un système étiologique interactif engendrant des procédures psychothérapeutiques multiples, elles-mêmes aussi toujours interactives » (Nathan 1994 : 230).

### **2.6.2- Le traumatisme psychique comme procédé technique**

Un des points saillants des travaux de Nathan concernant le traumatisme est d'avoir souligné les effets du traumatisme psychique utilisé comme un procédé technique visant à la modification du sujet, soit dans le sens d'effets thérapeutiques, soit dans le sens de l'anéantissement du sujet.

« Cette technique sert à expulser le sujet hors de son enveloppe de sens, sorte de halo quasi charnel et néanmoins de nature cognitive, pour l'intégrer à une nouvelle enveloppe cognitive, et par conséquent métamorphoser sa nature. Je dirais même que d'un point de vue logique, le traumatisme est le seul moyen de modifier cette enveloppe » (Nathan 1994 : 298).

Nathan définit l'enveloppe d'un fait psychique comme « l'organisation logique par laquelle ce fait psychique acquiert un sens » (1994 : 302). L'articulation du fait psychique et du sens participe de l'identité du sujet. Pour modifier cette dernière, il faut alors attribuer un nouveau sens aux faits psychiques existants, c'est-à-dire « co-construire un sens » plutôt que « découvrir un sens caché » (1994 : 303). A chaque fait psychique est accouplé un référentiel, un « monde possible » dans lequel ce fait est susceptible d'acquérir un sens. Ce monde possible n'étant efficace que s'il peut être habité par au moins un autre sujet, « l'interaction logique existant entre un fait psychique et un référentiel théorique constitue-t-elle *ipso facto* une interaction affective entre un sujet qui vit et un sujet qui sait » (1994 : 303). Tout fait psychique vécu par un sujet impliquant ainsi l'existence d'un second sujet, à même de le penser, « toute théorie des enveloppes psychiques est nécessairement une théorie de l'emboîtement des enveloppes » (Moro & Nathan 1989, Nathan 1994). Cela signifie que toute modification de l'identité du sujet, c'est-à-dire d'une partie de son fonctionnement psychique, de l'organisation de son univers, nécessite une logique traumatique. « En effet, toute modification du référentiel constitue un appel à un nouvel emboîtement d'enveloppe, c'est-à-dire qu'elle engendre nécessairement un groupe de référence » (1994 : 304). Pour Nathan, cela déclenche « un mécanisme de croyance au sens fort, et aboutit inévitablement à une affiliation (1994 : 304).

Pour Nathan, le traumatisme psychique serait voué à se reproduire sans fin, jusqu'à la disparition du sujet, tant que l'inscription dans un groupe d'appartenance, l'affiliation, n'oppose pas de butée à la répétition : « un traumatisme pathogène est un processus de métamorphose n'ayant pas débouché sur une affiliation » (1994 : 305). La métamorphose « n'est ni élaborative, ni évidemment symbolique ; elle résulte d'une contrainte de nature logique » (1994 : 305).

Nathan distingue deux types de traumatismes : les traumatismes par débordement des défenses disponibles, et les traumatismes liés à la destruction délibérée, intentionnelle de l'enveloppe, par l'attaque envers les liens entre les faits psychiques et les univers référentiels, comme dans la torture et les rituels d'initiation. Le moment du traumatisme intentionnel porte une révélation sur la nature profonde du sujet qui lui était jusque là inconnue. « Toute technique traumatique repose donc sur l'idée que la totalité du développement du sujet jusqu'à un jour donné (j0) n'était que du faux-semblant et qu'il est toujours susceptible d'être révélé à lui-même, c'est-à-dire de naître » (Nathan 1994 : 306). Pour être efficace, la procédure doit combiner trois niveaux :

- 1) Émotion ponctuelle déclenchant la perplexité ;
- 2) Attaque contre le corps déclenchant l'angoisse de castration ;
- 3) Énoncés paradoxaux déclenchant la confusion. (1994 : 308).

La torture a fait l'objet de travaux spécifiques (Sironi 1999 et 2004, Talaban 1987, Zajde 1998). Les mécanismes utilisés par les bourreaux, et qui contiennent toujours la frayeur entraînent une véritable métamorphose des victimes qui toutes « semblent dénaturées, simplifiées » (Zajde 1998 : 243). L'association de la frayeur, de la douleur, et du non-sens, appliquée par des bourreaux formés (souvent au

moyen de techniques similaires [Sironi 1999]) et agissant au nom d'un groupe, a pour effet simultané de renforcer l'affiliation des tortionnaires, tandis que les torturés sont « désaffiliés, dénoyautés, détachés de leur groupe » (Zajde 1998 : 244).

### **2.6.3- La traumatophilie**

Pour Nathan, en l'absence de traumatisme, « le sujet qui se trouve confronté à une nécessité de modification psychique pourrait développer une appétence traumatophilique » (1986b : 16). Ce « besoin de traumatisme » notamment observé chez de jeunes migrants et les enfants de migrants pourrait être à l'œuvre dans les comportements toxicomaniaques, l'adhésion à des sectes, différents types de passages à l'acte répétés, comme la prostitution. Ces patients « se provoquent, si l'on peut dire, des événements traumatiques selon une logique inconsciente », et il s'agit surtout de sujets pour lesquels l'affiliation traumatique originelle n'a pas fonctionné (Nathan 1994 : 318). Ce type de comportement traduit alors une désaffiliation sans possibilité de nouvelle affiliation, à l'inverse de ce qu'on peut observer dans le rite d'initiation.

Cependant, ce besoin d'affiliation comporte également une valence positive et peut se traduire par le développement de la créativité ou de certaines habiletés, la répétition n'en est donc pas la seule issue comme l'a montré Moro (1998, 2002).

### **2.6.4- De la « sinistrose » à la névrose traumatique du migrant**

La névrose traumatique survenant chez des hommes migrants a fait l'objet de nombreux travaux dans le champ de l'ethnopsychiatrie. Tous les praticiens ont déjà rencontré de tels patients migrants, chez qui, souvent à distance d'un accident du

travail, s'installent des troubles algiques rebelles sources d'une quête thérapeutique qui ne parvient jamais à être satisfaite. Les consultations médicales s'enchaînent, les médecins concluant invariablement par « vous n'avez rien » ou « vous êtes guéri », et c'est souvent après un long parcours que ces patients sont référés aux psychiatres. Le terme de « sinistrose » est alors souvent utilisé pour désigner ces patients qui, un épais dossier médical sous le bras, viennent demander que leur souffrance soit reconnue dans la réalité, au travers d'un statut administratif d'accidenté du travail, d'handicapé, d'une rente, etc. La répétition d'incompréhensions finit par produire une rigidification des positions du patient, la chronicité s'installe. Le terme de sinistrose a été proposé par Brissaud en 1908 :

« La sinistrose est une attitude pathologique du blessé qui refuse de reconnaître sa guérison parce qu'il estime, de bonne foi, qu'il n'a pas obtenu, en vertu de la loi, une juste réparation du dommage subi; c'est au fond un revendicateur dont la revendication prend son point de départ dans une estimation excessive de son droit à être indemnisé. Cette attitude de sinistrose peut se trouver à l'état isolé mais elle se combine souvent aux autres attitudes névrotiques réalisant un fond de revendication, de frustration ou de paranoïa caractérielle dont l'exacte valeur pathologique est difficile à fixer, surtout quand elle se présente comme le seul symptôme réel dont dépendent tous les symptômes allégués » (cité par Sayad 1999 : 266).

Revendication, paranoïa, névrose, on voit que ce diagnostic ne se réfère pas à une entité pathologique précise, mais plutôt à cette situation complexe de demande impossible à satisfaire, autrement dit, utiliser le terme de sinistrose revient à « pathologiser » et à réifier une attitude complexe aux déterminants multiples.

L'analyse de telles situations sur le plan clinique révèle fréquemment l'importance de la dépression et des éléments traumatiques (Arpin & al. 1990, Ibrah

1980, Moro 1995, Nathan 1986a, 1986b, 1987), soit qu'il y ait une pathologie post-traumatique au sens psychiatrique classique, soit que l'on soit face à une névrose traumatique du migrant au sens où c'est la migration elle-même qui a fait traumatisme (Nathan 1986b). Nous avons proposé d'éviter ce pseudo-diagnostic qui vient signifier autre chose qu'une maladie chez le patient (Baubet & Moro 2003b), la sinistrose « est le résultat d'un effort poly-institutionnel, créé par la société et la médecine occidentale. Si le patient et son mal y jouent un rôle, celui-ci ne saurait suffire à déclencher et maintenir tout ce branle-bas » comme le soulignent Arpin & al. (1990). Sur le plan psychiatrique, la sinistrose n'a pas de signification spécifique, ce qui se joue dans ce tableau se joue autant sur la scène sociale et politique, que sur le plan de la psychopathologie individuelle. Ce n'est pas un hasard si ce diagnostic est souvent appliqué aux migrants, et si déjà, à l'époque de Brissaud, il était massivement utilisé pour qualifier les migrants « internes » qu'étaient les ouvriers venus des campagnes françaises (Sayad 1999). De même, en 1907, Karl Abraham évoquait le cas « des travailleurs polonais couverts par l'assurance-maladie allemande » chez lesquels les symptômes hystériques-traumatiques étaient particulièrement difficiles à soulager et s'accompagnaient de répétitions traumatiques et d'une revendication de rente (1907b : 39). Autrement dit, il nous semble que le terme de sinistrose vient qualifier une relation médecin-patient-société qui, sans une situation d'impasse, a tourné au rapport de force.

Nathan considère la migration comme un événement aux potentialités traumatiques. Il est en fait nécessaire de distinguer plusieurs dimensions de ce traumatisme migratoire (Nathan 1987 : 8) : A côté du « traumatisme classiquement décrit par la théorie psychanalytique et qui pourrait se définir comme un soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence

d'angoisse au moment de sa survenue », Nathan en différencie deux autres : « le traumatisme "intellectuel" ou traumatisme du "non sens" dont le modèle a été fourni par G. Bateson dans sa définition du "double-bind" (double contrainte) » ; enfin un troisième type, le traumatisme de la « perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodé la réalité externe ». Lorsqu'il y a traumatisme migratoire, c'est généralement un traumatisme « du troisième type » mais il peut être associé aux deux autres types, les dimensions affectives, cognitives et culturelles entretenant des interactions nécessaires et complexes.

Par nécessité de s'adapter à un monde nouveau, le migrant est soumis à une « obligation de métamorphose », pouvant déboucher sur une névrose traumatique en l'absence de groupe auquel s'affilier (Biznar 1988, Nathan 1986b, 1988c). Nathan note que ces décompensations surviennent électivement lorsque la question de la filiation et de la transmission sont mises en jeu : « Il semble découler de nos observations que la rupture psychique avec le cadre culturel n'intervient que lorsque des « événements de vie » (mariage de la fille avec un français, engagement du fils dans une procédure de naturalisation) viennent signifier au sujet qu'il ne pourra plus transmettre à sa descendance ce que lui-même a reçu de ses pères. La crise, quoique provoquée par des faits réels (choc migratoire), serait donc de nature psychique et s'articulerait avec les problèmes de transmission et de filiation » (Nathan 1988c : 204, Moro 1994, Moro 2007).

Cependant, le traumatisme migratoire n'est ni constant ni inéluctable, il peut cependant survenir quelle que soit la personnalité antérieure du migrant. Les facteurs sociaux défavorables (au pays et en France) sont des facteurs aggravants. De plus même lorsqu'il survient, ce traumatisme n'entraîne pas forcément des effets pathogènes. Il est parfois, comme tout traumatisme, structurant et porteur d'une



nouvelle dynamique pour l'individu voire souvent germe de métamorphose et source d'une nouvelle créativité. La migration est donc également porteuse de potentialités créatrices.

## **3- HYPOTHESES ET METHODOLOGIE**

### **3.1- HYPOTHESES**

#### ***Première hypothèse***

**L'effroi est un mécanisme psychopathologique que l'on retrouve dans les traumatismes psychiques graves et dans des aires culturelles différentes. L'effroi est le moment-clef du traumatisme psychique dont il représente la face « visible ». Cette effraction altère les enveloppes psychiques et les enveloppes culturelles du sujet.**

#### ***Seconde hypothèse***

**Dans les situations de traumatisme psychique grave chez le migrant ou le réfugié, la prise en charge en groupe thérapeutique selon les principes de l'ethnopsychiatrie serait un facteur potentialisant l'alliance thérapeutique et les processus de changement.**

Nous soutiendrons que dans le cas des traumatismes graves, un fonctionnement thérapeutique en groupe de thérapeutes multiculturel<sup>47</sup> s'avère particulièrement opérant, dans la mesure où il potentialise la relance de l'appareil psychique sidéré, permet le travail sur les aspects transféro-contre-transférentiels du groupe, et assure des fonctions comme le holding (Winnicott 1960), la présentation du monde (Winnicott 1949) ou encore la fonction alpha (Bion 1962). Ainsi, dans les situations de traumatisme psychique grave, un travail sur les contenants serait un préalable au travail sur les contenus.

---

<sup>47</sup> Sur le mode des consultations d'ethnopsychiatrie, cf. infra.

## **3.2- METHODE**

Nous nous basons pour ce travail sur l'analyse d'entretiens et de suivis cliniques menés à la CONSULTATION DU PSYCHOTRAUMATISME du CHU Avicenne, à Bobigny, dans le cadre d'un groupe thérapeutique mis en place pour des patients migrants en situation d'impasse thérapeutique dans une prise en charge individuelle.

Le contexte de la consultation d'Avicenne mérite d'être précisé. Cet hôpital, anciennement dénommé « franco-musulman » est un lieu particulier où se rencontrent patients et soignants de cultures diverses. Le service de psychopathologie aujourd'hui dirigé par Marie Rose Moro y a été fondé par Serge Lebovici, et c'est sous sa direction que Tobie Nathan puis Marie Rose Moro y ont développé les consultations d'ethnopsychiatrie. Aujourd'hui, la consultation transculturelle d'Avicenne, lieu « où se rencontrent et se métissent les richesses de mondes pluriels » (Moro et al. 2004) comprend différentes consultations groupales et individuelles, permettant des interventions thérapeutiques complexes et plurifocales. Les consultations sont menées par une équipe de psychothérapeutes multiculturelle et le recours à des interprètes permet le travail dans la langue maternelle du patient.

### **3.2.1- Matériel**

#### ***Patients***

Il s'agit de patients migrants adolescents et adultes suivis par un psychiatre ou un psychologue pour des troubles post-traumatiques, et qui ont été adressés secondairement à la consultation de groupe. Le groupe constitue donc une consultation de seconde intention, qui reconnaît trois grandes indications :

- lorsque le suivi individuel apparaît inefficace (absence d'évolution chez le patient) ;
- ou bien lorsque les traumatismes vécus par les patients sont tels que leur évocation dans un cadre individuel est impossible (soit parce que le patient craint de détruire le thérapeute, soit parce que le thérapeute est effectivement sidéré ou effrayé par l'histoire traumatique) ;
- ou enfin lorsque des éléments culturels prégnants compliquent le diagnostic, l'établissement de l'alliance thérapeutique, ou le déroulement des soins.

### ***Dispositif***

Le dispositif de prise en charge des patients présentant des troubles post-traumatiques que nous avons mis en place est à géométrie variable, comprenant des consultations psychiatriques, psychothérapeutiques individuelles (consultations thérapeutiques, psychothérapies) et groupales. Les séances psychothérapeutiques de groupe ne constituent jamais une prise en charge de première intention, elles sont proposées lorsque les autres types de thérapies s'avèrent impossibles à mettre en place ou qu'ils se révèlent inefficaces. Une prise en charge individuelle est systématiquement organisée de manière parallèle. Le fonctionnement de ce groupe, dit « Groupe trauma » s'apparente à celui des groupes d'ethnopsychiatrie mis en place par Nathan (1986) puis Moro (1994, 2007) sur les principes du complémentarisme théorisés par Devereux. Nous avons toutefois modifié certains paramètres pour en adapter le fonctionnement aux situations de traumatismes

psychiques. Il s'agit donc d'une consultation transculturelle dédiée au psychotraumatisme des réfugiés et des migrants et de leurs enfants. La dénomination de « groupe trauma » s'est progressivement imposée pour désigner cette consultation.

#### Composition et fonctions du « groupe trauma »

Le groupe thérapeutique est constitué de huit thérapeutes formés à la psychopathologie, aux questions de traumatisme, et à la psychiatrie transculturelle.

L'outil psychanalytique permet de décrire les mouvements psychiques internes d'un individu, d'explicitier ses conflits et de donner un sens individuel au symptôme. Or pour les patients non-occidentaux, parlant une autre langue que le thérapeute, patients structurés par d'autres manières de penser et de vivre, la psychanalyse, appliquée telle quelle, s'est parfois révélée insuffisante (Nathan, 1986). C'est pourquoi la pratique de l'ethnopsychiatrie consiste à établir un cadre dans lequel un thérapeute peut établir avec son patient une relation pertinente pour les deux partenaires. Ce dispositif est constitué par un groupe de thérapeutes qui reçoit le patient, sa famille et l'équipe qui nous l'adresse. Dans les sociétés traditionnelles, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance. D'où l'importance d'un groupe dans les situations de soins pour certains patients. De plus, la maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade mais aussi la famille et le groupe. Par conséquent, elle est soignée sur un mode groupal. Les soignants qui nous ont adressé le patient participent aussi à cette consultation, au moins la première fois, dans la mesure où ils sont porteurs d'une partie de l'histoire de la famille. Cette présence active évite que la prise en

charge dans le groupe soit une nouvelle rupture dans le parcours long et souvent chaotique de ces patients.

En plus de ces fonctions premières du groupe, fonctions essentielles pour les patients ayant subi des traumatismes psychiques graves car elles participent à l'étayage du patient, le groupe permet aussi une matérialisation de l'altérité (chacun des thérapeutes étant d'origine culturelle différente) et une transformation de cette altérité en potentialités créatrices. Le *métissage* des hommes, des théories, des manières de faire est un facteur implicite du dispositif (Moro 1994). Ainsi le groupe thérapeutique peut remplir une fonction contenante, dans le double sens de contenir et de transformer (Ciccone 2001).

### La langue

Pour explorer les conflits avec précision, dans leur complexité et leur richesse, la langue maternelle du patient est nécessairement présente dans la consultation. Le patient a la possibilité de parler cette langue et, dans ce cas, un cothérapeute ou un interprète traduisent. Il ne s'agit pas de renvoyer le patient à une langue ancienne, originelle, fossilisée, mais de créer la possibilité pour le patient de passer d'une langue à l'autre, lui conférant un rôle actif et lui ouvrant différentes possibilités d'associations et de réminiscences. Enfin, la possibilité de parler sa langue maternelle est un signe fort de respect, respect de l'origine culturelle du patient et de la reconnaissance du fait que l'histoire du patient a commencé bien avant sa migration... soit la reconnaissance de l'historicité du patient et de sa généalogie

autant d'éléments primordiaux pour la compréhension de la douleur actuelle du patient.

Les aspects collectifs des représentations, les aspects intersubjectifs et intrapsychiques peuvent être ainsi mobilisés.

### Le déroulement des séances

Le patient, sa famille, l'équipe qui l'accompagne s'installent donc au sein de la consultation. Pour initier l'échange, nous en respectons les *règles culturelles* : nous présentons chacun des participants, le patient et sa famille se présentent, nous évoquons le parcours de chacun des membres (origine de la famille, langues parlées, parcours migratoire...). Le contexte étant posé, nous en arrivons au désordre et aux représentations qui s'y accrochent : aux niveaux de l'être, du sens et du faire tels qu'ils ont été décrits par Moro (1994). Cela nécessite un travail sur les représentations culturelles, travail nourri par le groupe multiculturel de thérapeutes.

L'entretien est dirigé par un thérapeute principal, qui est le seul à s'adresser directement au patient. Il sollicite les cothérapeutes qui s'adressent à lui en retour. Habituellement, les cothérapeutes ne proposent pas d'interprétation directe. Ils proposent des associations, des métaphores, permettant de relancer l'activité associative du patient.

La prise en charge psychiatrique doit permettre que se construise un sens à la maladie qui soit culturellement conforme à son système de valeurs, un sens qui intègre le sens d'ici et de là-bas. Un sens culturel est élaboré et ce sens culturel va servir de support associatif à un récit individuel qui intègre défenses, conflits



psychiques, ambivalences, fantaisies, souvenirs d'enfance, rêves... parfois ceci ne sera possible qu'après qu'une alliance suffisamment bonne se soit construite. Il s'agit en fait d'une « clinique culturellement sensible » (Sylvaine Deplaën) mais dont le but ultime est le récit qui permette le changement. C'est ce récit individuel qui sera traité comme tout matériel de psychothérapie avec des allers-retours entre culturel et individuel surtout dans un premier temps, temps de la construction de l'interaction thérapeutique. Les psychiatres occidentaux sont fréquemment étonnés du peu de place apparemment accordée à la problématique individuelle dans ces théories étiologiques et dans leurs corollaires thérapeutiques. Ce serait cependant une erreur de considérer que le but n'est pas d'obtenir des remaniements intrapsychiques : simplement, ce but est ici implicite, et il est obtenu à partir de la restructuration des liens du patient. Par ailleurs, toutes ces représentations, théories, et logiques thérapeutiques ne sont pas extérieures au sujet : elles sont en interaction avec lui. Enoncer la polarité qui relie au monde, signifie ipso facto qu'on prend en compte celle qui donne sens au vécu intérieur.

Le matériel énoncé dans les mots du patient permettra une évaluation adaptée, un diagnostic sensible, permettra de mettre à jour les affects dépressifs quelque soit la forme prise, les aspects anxieux, traumatiques... et de proposer une stratégie adaptée au patient et à sa manière de concevoir ce qui lui arrive.

### La temporalité

La *temporalité* est aussi modifiée dans le dispositif. Les consultations durent environ deux heures, temps qui semble nécessaire pour qu'un récit se déroule étant donnée la représentation traditionnelle du temps, de la rencontre et du parcours

thérapeutique chez nos patients non-occidentaux. Enfin, en général, les suivis se font sous forme de consultations thérapeutiques ou de thérapies inférieures à six mois, un an à raison d'une séance par mois ou tous les deux mois. Beaucoup plus rarement dans ce cadre sont menées des thérapies longues. Mais les thérapies longues peuvent avoir lieu en individuel avec un des cothérapeutes si c'est nécessaire après quelques consultations de groupe qui permettent de donner un cadre à la souffrance du patient et de sa famille et d'initier le processus.

#### *Le statut du « récit traumatique »*

Les entretiens ne sont pas centrés sur le récit des événements traumatiques. Le statut que prend ce récit est très variable selon les situations et il s'exprime selon des modalités temporelles très différentes d'un patient à l'autre. Il ne constitue pas une étape « obligatoire » au début de la prise en charge et se fait lorsque le patient le décide ou y parvient mais ce n'est pas le but explicitement recherché.

#### *Analyse du contre-transfert et supervision*

Enfin, pour que ce dispositif puisse fonctionner, reste un facteur lié aux cothérapeutes eux-mêmes, l'analyse de la complexité du contre-transfert avec la double difficulté de la situation transculturelle et du traumatisme psychique. Pour permettre le récit, le clinicien occidental doit opérer un décentrement de sa technique et de son être (Nathan, 1986). Il doit aussi se départir d'un certain nombre de manières de penser qu'il a apprises et qui ne correspondent pas à la réalité de ce patient, de sa situation de migrant et de ses appartenances culturelles. Dans un tel

dispositif, il est nécessaire d'instaurer, en plus des mécanismes d'analyse du transfert et du contre-transfert "affectif"<sup>48</sup>, une modalité spécifique d'analyse du "contre-transfert culturel" (Devereux 1967) des thérapeutes. Concrètement, à la fin de chaque entretien, le groupe s'efforce d'explicitier le contre-transfert de chacun des thérapeutes par une discussion des affects éprouvés par les thérapeutes, des implicites, des théories... qui les ont conduit à penser telle chose (inférences), à formuler tel acte (interventions)... (Moro, 1994). Au-delà de ce temps de reprise organisé après chaque consultation, une supervision régulière du groupe des thérapeutes par un intervenant extérieur au service a été mise en place. Il nous est en effet rapidement apparu qu'un groupe thérapeutique dont les capacités de contenance étaient aussi violemment et aussi fréquemment sollicitées ne pouvait faire l'économie d'un tel travail.

### ***Recueil des données***

Différentes données ont été analysées :

- Les entretiens de groupe ont fait l'objet d'une transcription littérale ;
- Les discussions entre les cothérapeutes qui suivent le déroulement de chaque séance ont également été transcrites et analysées ;
- Le suivi thérapeutique précédant le début des consultations de groupe a été analysé au travers des notes des dossiers et d'entretiens avec les thérapeutes concernés.

---

<sup>48</sup> Transfert et contre-transfert décrit par Freud.

### 3.2.2- Analyse

Ce corpus a été analysé de manière thématique selon plusieurs axes : l'expérience de l'effroi et les mécanismes d'effraction qui lui sont attachés, les symptômes, les théories étiologiques et la dynamique de leur émergence, l'histoire migratoire et ses aspects potentiellement traumatiques, les effets de transformation ontologique et de discontinuité (modification par l'effroi du sentiment identitaire, du sentiment de continuité de soi, de son rapport au monde) et les affiliations.

Nous avons également procédé à une analyse longitudinale, avec l'étude des processus de changement au cours de la prise en charge thérapeutique chez les différents patients : la construction de l'alliance thérapeutique, la relation transféro-contre-transférentielle, la contenance du groupe dans sa double dimension affective et culturelle, la dynamique entre le travail sur le trauma et le travail sur les aspects culturels, et les processus de symbolisation de l'expérience traumatique permettant une réinscription de l'expérience de l'effroi liée aux autres contenus psychiques et ne menaçant plus l'unité du psychisme.

Ce corpus psychothérapeutique est analysé, entretien par entretien puis longitudinalement. Une analyse transversale va permettre de définir les processus de changement dans ce cadre transculturel.

## **4- SITUATIONS CLINIQUES**

#### 4.1- HAKIM : UNE LONGUE HISTOIRE, DE TRAUMAS REPETES, DE POSSESSION ET DE MALEDICTION

« *Je viens d'un mourir, je viens du mourir de mon père... »*

HELENE CIXOUS, *OSNABRÜCK*.

« *Qui en ce lieu parvient vraiment  
de soi-même a perdu le sens  
ce qu'il savait auparavant  
tout cela lui semble ignorance  
et tant augmente sa science  
qu'il en demeure ne sachant  
toute science dépassant. »*

JEAN DE LA CROIX, *NUIT OBSCURE*

Hakim a 48 ans, lorsqu'il est adressé à notre consultation par un neurologue. Nous analysons ici les moments importants de plus de cinq ans de soins, lesquels ont comporté des consultations psychiatriques, une psychothérapie individuelle, et une psychothérapie dans le cadre du groupe trauma.

#### **Le motif initial de consultation selon le médecin neurologue : le risque de *sinistrose***

Le Dr B, neurologue, nous contacte pour nous proposer de recevoir un patient qu'elle suit depuis plus de deux ans, après qu'il ait présenté une hémorragie méningée. Il s'agissait d'une hémorragie importante, qui a causé un coma de plusieurs jours et une réanimation, mais qui a guéri sans aucune séquelle neurologique. Hakim garde cependant des troubles importants : des « crises » qui ne sont pas épileptiques, des mouvements anormaux, des troubles du caractère, et des affects dépressifs avec l'évocation d'idées suicidaires. Hakim, qui a une bonne relation avec elle, dit se sentir incompris, notamment par le psychiatre libéral qu'il a consulté à de nombreuses reprises depuis un an, qui « lui donne un traitement mais

ne l'écoute pas ». Il pense toujours souffrir de quelque chose au cerveau que les médecins ne parviennent pas à trouver. Le Dr B est inquiète d'une évolution vers la chronicité pour ce patient qui se renferme chaque jour davantage et présente des symptômes de plus en plus préoccupants. Hakim est reçu par un binôme psychiatre-psychologue pour une première évaluation au cours de deux entretiens lors desquels il vient seul.

## **Première évaluation**

Hakim est un homme kabyle algérien, marié et père de quatre enfants. Il a deux sœurs. Sa mère est décédée deux ans auparavant des complications d'un diabète, son père est décédé lorsqu'il avait trois ans. Hakim travaillait comme employé dans une boulangerie, jusqu'à la maladie qui l'a frappé il y a deux ans. Alors qu'il finissait son travail à la boulangerie, bien au-delà des heures qu'il aurait du effectuer, et qu'il prenait une douche sur place avant de rentrer chez lui, il a ressenti une violente douleur dans la tête, une sorte d'explosion : « comme si on m'avait balancé une grenade dans la tête, depuis mon corps ne veut plus de moi ». Au même moment, Hakim a ressenti une perte brusque du tonus musculaire et s'est effondré. Il a réussi difficilement à ramper jusqu'à la rue, où il a appelé à l'aide avant de sombrer dans le coma. « *Avant, la vie était belle* », dit Hakim, mais depuis, plus rien n'est pareil. Hakim veut que tout redevienne comme avant. Il détaille ses symptômes en suant à grosses gouttes, la voix nouée par l'émotion. Depuis, il fait des « crises » au cours desquelles il se sent très mal, il crie, il souffre, il se met à trembler, et il a peur d'agresser quelqu'un ou bien de se tuer. Il ne dort quasiment plus, est envahi par des pensées et des cauchemars intrusifs concernant son accident somatique, il est

hypervigilant, explorant en permanence l'environnement comme pour faire échec à toute nouvelle surprise. Il se replie sur lui, a développé des stratégies d'évitement qui le confinent désormais dans sa chambre le plus clair du temps. Il n'a plus aucun désir sexuel, et ne rêve plus. Des symptômes à expression somatique sont présents lors des crises: fourmillements dans le corps, tremblements, pertes de tonus musculaire, bégaiement. Pour Hakim, tout cela montre que ses troubles proviennent « de problèmes au cerveau... d'artères bouchées ». Depuis quelques semaines, une symptomatologie dépressive est apparue, et s'aggrave progressivement malgré le traitement médicamenteux<sup>49</sup> prescrit par le psychiatre libéral consulté. Son état est devenu préoccupant avec l'apparition d'idées suicidaires de plus en plus envahissantes dans un contexte de désespoir, de pessimisme, et de culpabilité, qui font redouter l'imminence d'un passage à l'acte.

Au cours de cet entretien, Hakim est déstructuré par l'angoisse, il est vraiment difficile d'évoquer autre chose que ses symptômes actuels. Toutefois, lorsqu'il évoque le rejet dont il se sent victime, puisqu'aucun médecin ne le prend au sérieux, il associe avec une autre période difficile de sa vie. Toute son enfance a été marquée par le rejet dit-il. Lorsqu'il avait trois ans, son père a été assassiné car il avait soutenu les Français durant la guerre d'Algérie. Hakim se souvient d'un cortège silencieux qui a amené son corps à la maison, et il revoit, de manière très vive, à la manière d'une reviviscence traumatique, un détail du cadavre de son père : un doigt mutilé. Hakim sait que son père a sans doute été tué par un proche, dans ce petit village, voire même par quelqu'un de la famille. Par la suite, il a été maltraité, on l'appelait « le fils du traître » dans le village. Il décrit un vécu de désolation et d'abandon. Dès que cela a été possible, il est parti seul pour Alger, travailler en tant

---

<sup>49</sup> Stablon® : 3 cp, Tranxene® 50 mg : 3 cp, Tiapridal® 100mg : 3 cp, Stilnox® : 1 cp



qu'apprenti boulanger, puis à 21 ans pour Paris. Entre l'assassinat de son père et l'accident vasculaire cérébral, Hakim dit ne se souvenir de presque rien : « La mémoire est partie ». Tout se passe comme si le traumatisme actuel et le traumatisme infantile étaient condensés en un seul moment qui contiendrait toute la vie de Hakim. On peut y voir la marque de l'après-coup du traumatisme infantile.

La gravité de l'état clinique d'Hakim, le risque suicidaire jugé important nous conduisent à proposer une hospitalisation afin de permettre une observation et d'adapter le traitement. Cette hospitalisation dure deux semaines et Hakim en sort amélioré sur le plan de l'humeur. Il est décidé de réaliser une évaluation familiale en groupe, au terme de laquelle un suivi lui sera proposé. Durant son hospitalisation, plusieurs entretiens ont lieu et restent dans la même tonalité. Son traitement psychotrope est modifié<sup>50</sup> et ne variera plus jusqu'à la fin de la prise en charge.

## Évaluation du couple en petit groupe

Nous recevons le couple lors d'un premier entretien. Plusieurs thérapeutes sont présents, d'origines diverses. L'un d'eux, Tahar Abbal, est un psychologue originaire du Maroc et berbère<sup>51</sup>. Durant l'entretien, Madame s'exprime en arabe et Hakim en français. Il résume les motifs de consultation à ces quelques mots :

- Hakim : « J'ai eu une faiblesse à la boulangerie, il y a deux ans. Je suis rentré dans la douche, et là, j'ai senti une grenade dans ma tête. On m'a conduit à l'hôpital, le trou noir. Le Dr. B., la neurologue, m'a suivi et grâce à elle j'ai récupéré. Depuis, je casse des choses à la maison. »

<sup>50</sup> Anafranil® 75: 2 cp, Tranxene® 50 mg : 3 cp, Tiapridal® 100mg : 3 cp.

<sup>51</sup> Les Berbères constituent une ethnie autochtone d'Afrique du Nord (du Maroc à l'Ouest à l'Egypte à l'Est). Ils possèdent une culture et une langue commune, le tamazight qui est décliné en dialectes locaux. En Algérie, les Kabyles représentent l'un des principaux groupes berbères.

Madame, elle, insiste sur le changement profond chez Hakim :

- Madame : « Depuis qu'il est malade, il a changé, ce n'est plus le même. Ce n'est pas celui qui est parti à l'hôpital. Il se ferme sur lui-même. Il a passé trois mois sur le canapé, ne voulant parler à personne. Il nous crie dessus. Il me dit que je ne comprends rien. L'autre jour, il était en crise, je voulais partir. Il m'a retenue et j'ai senti la force qu'il avait ce jour-là.
- Thérapeute Principal (TP) : Une force surhumaine ?
- Tahar Abbal : Comme si ce n'était pas lui, que c'était un autre ?
- Madame : Il a changé de couleur. Il était blanc, il est devenu noir. »

Hakim considère ses crises comme des manifestations directes de problèmes cérébraux. Il pense que les artères sont rétrécies, et que lorsque le sang ne passe plus très bien cela occasionne les symptômes. Lorsque les cothérapeutes font des propositions plus culturelles sur ses troubles, se posant par exemple la question de la *khal'a* (frayeur), il réfute les hypothèses et revient à une étiologie purement médicale.

La famille traverse actuellement plusieurs difficultés : Hakim se trouve en difficulté avec son épouse et avec ses enfants. D'une part, depuis l'accident cérébral, monsieur n'a plus aucun désir et il n'a plus d'érection. Madame vit mal cette situation, se sent délaissée et jalouse la neurologue dont Hakim ne cesse de vanter les vertus. Elle énumère les phrases agressives que Hakim lui répète à longueur de journée. Par ailleurs, le fils aîné du couple, Idir manifeste un désir d'indépendance. Il est souvent en conflit avec ses parents et commet diverses petites transgressions. Il fréquente une jeune fille française non musulmane avec laquelle il a envisagé d'aller s'installer. Les conflits avec ce fils, autrefois très proche sont réguliers et violents. L'ensemble de la fratrie va mal. Les résultats scolaires des plus jeunes ont chuté

spectaculièrement, Madame a été convoquée à l'école et on lui a demandé s'il y avait un problème à la maison.

Le couple a déjà traversé des moments très difficiles. Hakim est venu en France à 21 ans et s'est marié six ans plus tard à son épouse alors restée en Algérie. Celle-ci lui était apparentée puisque le père de Hakim était le demi-frère de la grand-mère de Madame<sup>52</sup>. Très vite, l'épouse tombe enceinte, une petite fille naît, mais celle-ci décède de maladie à quelques mois de vie. Tous les deux pleurent à l'évocation de ce décès, qu'ils ont chacun vécu dans la solitude et la frayeur, comme la manifestation d'une menace dont ils ne se sont jamais sentis délivrés. Ils pleurent aussi tous les deux à l'évocation de l'assassinat du père de Monsieur :

- Hakim : « J'ai perdu mon père. Mon père est mort. Enfin il a été assassiné, il n'est pas mort. C'était pendant la guerre d'Algérie, j'avais trois ans. Je n'ai pas eu une enfance gaie. Après ça a été très dur. A onze ans j'ai commencé à travailler. Personne ne m'a tendu la main. Il a été assassiné dans le village, près de la mosquée. On l'a ramené à la maison. Je me rappelle très bien de son doigt. La chair était partie de l'index, il ne restait que l'os. J'avais trois-quatre ans. C'est comme un flash, la seule image qui me reste de cette époque ».

Les cothérapeutes soulignent l'importance du père de Monsieur pour toute la famille, même si à l'exception de Hakim, personne ne l'a connu. Le couple confirme. Ils ont choisi le prénom de ce grand-père, Ameziane, pour leur dernier enfant.

---

<sup>52</sup> Voir Figure 5.

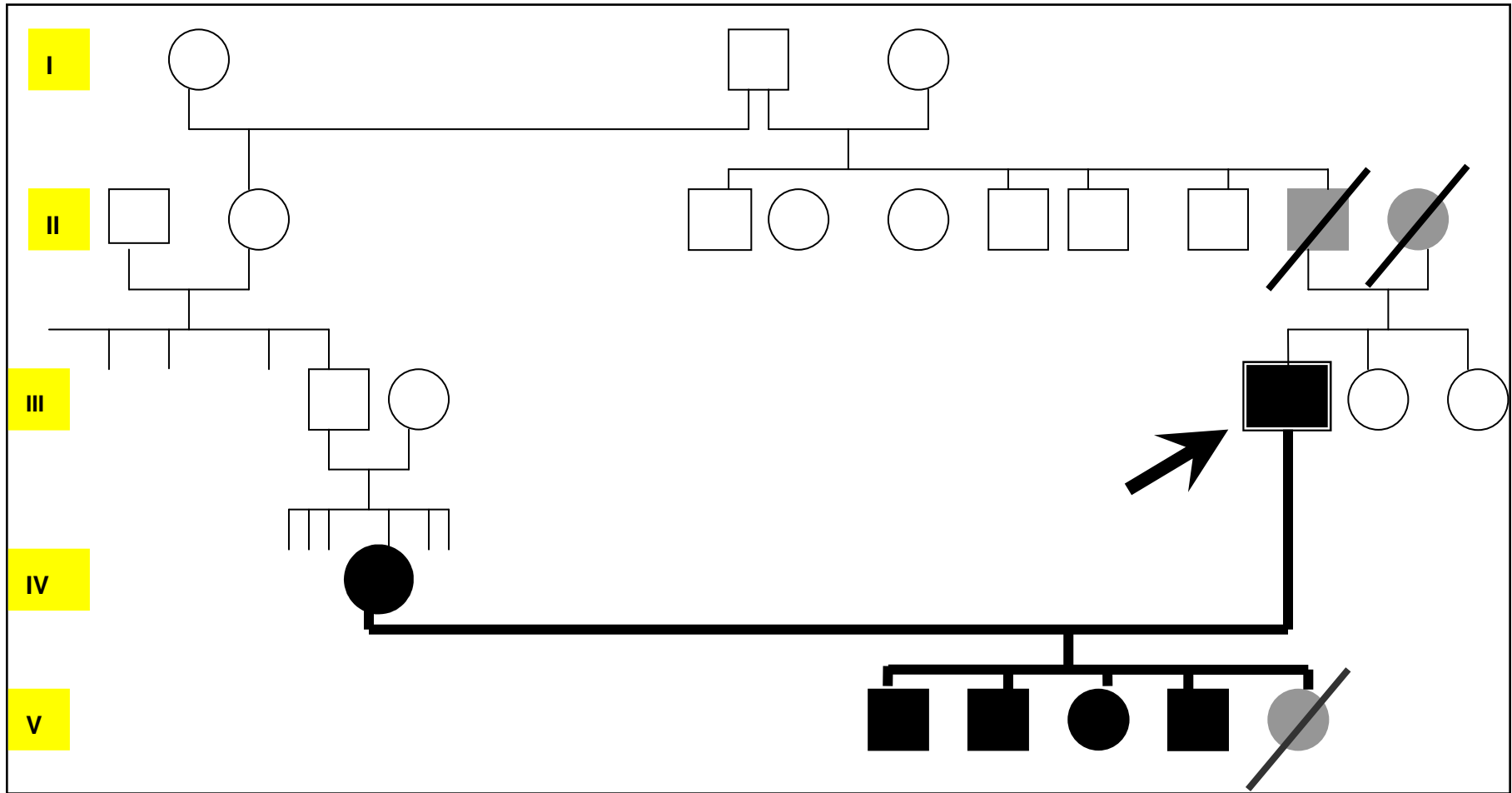


Figure 5 : Arbre généalogique de la famille de Hakim (début de la prise en charge)

Ce premier entretien de groupe est aussi l'occasion de commencer à explorer les affects de Monsieur qui sont complexes et multiples, mais qu'il avait été impossible de nommer jusque là : la colère, la tristesse, la honte, et aussi la frayeur. Hakim acquiesce à ces différentes propositions. Des mots français, arabes, kabyles et berbères sont énoncés et discutés dans le groupe pour en rendre compte. Hakim s'anime peu à peu et s'arrête sur le terme *khala'à* :

« Quand vous avez dit ce mot, ça a explosé des choses dans ma tête...  
*khala'à* et *mektoub* ».

Hakim utilise le même terme d'explosion pour l'accident vasculaire et pour l'effet qu'a produit sur lui l'utilisation du terme de *khala'à*, comme s'il y avait eu à ce moment précis une répétition de l'effet du trauma dans le cadre thérapeutique. Concernant le terme de destin (*mektoub*), souvent évoqué par les patients de confession musulmane comme une explication à leur maladie, Idris (2006) souligne qu'il ne renvoie pas – comme on le pense trop souvent – à une acceptation passive de la maladie, mais qu'il marque au contraire la nécessité d'une quête de sens qui va au-delà de la rationalité. C'est le cas pour Hakim qui va échafauder des hypothèses de plus en plus complexes sur ses troubles.

## **Évaluation de la famille en petit groupe et mise en place des soins**

L'épouse et les enfants de Hakim s'installent les uns à côté des autres laissant Hakim debout. Il hésite, ne sait pas où s'asseoir, semble un peu perdu, et finit par s'asseoir face à sa famille, entre les cothérapeutes. Très vite, lui et son fils aîné s'affrontent. L'aîné raconte leurs disputes : son père ne supporte pas qu'il s'émancipe, qu'il se mette à fumer. Il lui parle comme à un enfant et il l'a menacé de

le mettre à la porte. Cela a été une sorte de bras de fer entre eux. Tout a changé à la maison, le père qui se levait aux aurores et rentrait tard est maintenant toute la journée dans l'appartement, c'est Madame qui travaille et subvient aux besoins de la famille. Le fils continue en soulignant que son père ne rend plus sa mère heureuse :

- Idir : « Et ça touche leur intimité. Ma mère, elle a besoin d'amour... Je ne sais pas s'il peut tout lui donner.
- Hakim : L'hémorragie, ça m'a affaibli pour tout. Il faut regarder la vie en face, l'accepter ».

Le groupe est frappé par la confusion des générations qui règne dans cette famille. Mais s'il y a un point qui fait l'unanimité, c'est l'opposition entre la France et la Kabylie, et le clivage des représentations qui leur sont liées :

- Hakim : « Ta mère et moi, on a des coutumes de là-bas, on ne peut pas mélanger les deux cultures ensemble.
- Le fils aîné : Non, ce n'est pas possible.
- Le second fils : Les gens n'ont pas les mêmes mentalités ici et là-bas. Ici c'est ici et là-bas c'est là-bas.
- La fille : Là-bas, il faut être un garçon pour pouvoir sortir, même avec la permission des parents.
- Le fils aîné : C'est par rapport au regard des autres aussi, là-bas, on ne peut rien faire.
- Hakim : Moi, tout ce que j'ai passé là-bas, c'est des mauvaises choses. Je ne veux pas leur transmettre ça.
- Madame : Je ne suis pas d'accord, il y a aussi des bonnes choses en Kabylie qu'on ne trouve pas en France ».

L'entretien est également l'occasion d'évoquer le drame de l'annonce de l'accident vasculaire de Monsieur pour la famille – tous l'ont cru mort – et de parler collectivement de ce que chacun a ressenti alors, ce qui n'avait jamais été fait. Monsieur ajoute qu'il a vécu différentes frayeurs (*khala'à*) : le décès de son père,

celui de sa première fille et l'accident. Il différencie la frayeur éprouvée alors et la tristesse qu'il a éprouvée à la mort de sa mère comme des phénomènes de nature différente.

Pendant tout l'entretien, Ameziane, le plus jeune des enfants, reste silencieux. Il pleure la plupart du temps, tremble par moment, et ne prend pas la parole, même s'il est sollicité. Il semble effrayé en fin d'entretien, lorsque les cothérapeutes évoquent à la fois une menace qui continuerait de peser sur la famille, et le personnage du grand-père paternel, au sujet duquel chacun se pose beaucoup de questions et dont Hakim a peu parlé à ses enfants.

Madame et le fils aîné expriment une certaine rivalité avec l'équipe thérapeutique mais acceptent explicitement l'idée de soins, sur lesquels Hakim compte beaucoup. Nous proposons le schéma thérapeutique suivant : une thérapie individuelle hebdomadaire avec un psychothérapeute pour Hakim, des entretiens en groupe thérapeutique mensuels pour la famille, et des consultations psychiatriques mensuelles avec un psychiatre référent pour notamment, la gestion du traitement. La possibilité était offerte de rencontrer individuellement des psychothérapeutes pour les membres de la famille qui le désireraient.

Au terme de cet entretien, il nous apparaît que Hakim se défend beaucoup par le clivage et le déni, et qu'il a du avoir recours à de véritables amputations psychiques successives qui le laissent aujourd'hui dans un grand désarroi. Le traumatisme de l'accident cérébral, la mort de sa mère, la déchéance de son statut de mari, de père, et d'homme menacent sa survie psychique.

## La migration de Hakim : un traumatisme auto-infligé

Il est important de nous attarder sur l'événement migratoire et sa fonction psychique pour Hakim. Grinberg & Grinberg (1986) ont décrit dans une perspective psychanalytique les vicissitudes du travail d'élaboration nécessaire dans la migration, en insistant sur l'importance des deuils et des affects dépressifs. La reconnaissance de la souffrance dépressive devenue possible s'accompagne de l'incorporation progressive d'éléments du nouvel univers culturel. Autrement dit, un clivage est initialement mis en place entre les univers de référence qui se lève peu à peu, permettant un métissage culturel : il devient alors possible de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans avoir à ne renoncer à aucune d'elles. Pour d'autres auteurs comme Nathan (1986), la migration a toujours un effet traumatique dans la mesure où elle a un effet de rupture des contenants culturels.

Concernant Hakim, nous faisons l'hypothèse que l'acte migratoire a été délibérément organisé dans un but que l'on peut qualifier de traumatique. Le clivage observé entre les univers de références ne représente pas un moment de l'élaboration de l'événement migratoire, mais une stratégie défensive face à des traumatismes anciens.

A son arrivée en France, Hakim a voulu changer de nom pour adopter un nom « de français ». La complexité des démarches à entreprendre l'en a cependant découragé. Il avait alors l'idée de « *tout recommencer à zéro... une nouvelle vie* ». S'amputer de ses souvenirs, de la frayeur – toujours agissante – et de sa généalogie lui paraissait le seul moyen de survivre en organisant une sorte de nouvelle naissance. Changer de nom pour adopter un nom français aurait été également un moyen de s'identifier à son père assassiné pour ses sympathies avec le camp



français lors de la guerre. Ainsi, depuis trente ans, Hakim fonctionne sur deux registres clivés : le kabyle et le français. Il nous dit en entretien que les Musulmans « sont des arriérés, des archaïques, qu'ils ne comprennent rien » et « qu'il n'aime pas aller au pays ». Et par ailleurs, il s'effondre lorsque son fils aîné s'inscrit dans un projet de vie avec une jeune femme non musulmane.

Lorsque la migration est organisée, comme chez Hakim, comme un traumatisme auto-infligé, elle revêt certaines caractéristiques : rien de ce qui concerne les affects et les conflits qui l'ont accompagnée ne peut être dit ni pensé. Les deux mondes sont d'emblée organisés comme des univers disjoints et incompatibles, et il n'est possible de fonctionner que dans une seule logique, l'autre devenant alors persécutante. Chez Hakim, pour qui on peut supposer que l'utilisation privilégiée de mécanismes défensifs à type de clivage et de déni remonte au traumatisme infantile de la mort de son père et à la longue période de maltraitance et de carence qui a suivi, cette solution d'auto-thérapie par une migration organisée sur un mode traumatique a fonctionné un temps. Mais la survenue d'un nouveau traumatisme psychique dans un contexte où la filiation et la transmission étaient remises en question par les choix de vie de son fils aîné a fait voler cet édifice défensif en éclats.

## **Trances**

Un des principaux symptômes mis en avant par Hakim est la survenue de crises, qui constituent des états en rupture avec son fonctionnement habituel et pendant lesquelles, comme le souligne son épouse, il semble changer de nature, puisque tout se transforme en lui, jusqu'à sa couleur. Ce type d'état peut être qualifié

de transe telle que les anthropologues l'ont définie. Rouget (1980 : 40) a ainsi retenu cinq caractéristiques communes à ces états. La personne en transe : 1) n'est pas dans son état normal ; 2) sa relation avec le monde qui l'entoure est perturbée ; 3) elle est en proie à certains troubles neurophysiologiques ; 4) ses facultés sont réellement ou imaginativement accrues ; 5) cet accroissement se manifeste par des actions ou des conduites observables du dehors.

Les phénomènes de transe que l'on peut observer au cours de phénomènes différents comme le médiumnisme, le chamanisme, ou la possession ont été très largement étudiés par les anthropologues qui ont cherché à préciser les caractéristiques de ces états et leur signification. Bastide a été l'un des premiers à suggérer que la transe constituait une réponse culturelle à un trouble individuel, mais qu'elle était également susceptible d'occuper « une fonction d'ajustement social pour une population déshéritée, mal intégrée à la société globale » (1972 : 67). Dans les pays occidentaux, la transe a été généralement rattachée à la psychopathologie par les psychiatres, psychologues et psychanalystes.

Ces dernières années, on observe dans la littérature psychiatrique une tendance à subsumer sous le terme de transe des états aussi différents que l'état hypnotique, les états modifiés de conscience, ce qu'on a nommé les « near-death experiences », etc. Le courant néo-dissociationiste, solidement implanté aux Etats-Unis et dont l'influence est grandissante, interprète la transe – et donc l'ensemble de ces phénomènes – en terme de dissociation psychique, reprenant ainsi les idées de Janet sur la désagrégation psychique qui sous-tendent également la catégorie des troubles dissociatifs du DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). Certains anthropologues, comme Lapassade (1999) ont repris à leur compte cette explication

psychologique globalisante de la transe. Le courant psychanalytique l'a généralement rattachée à l'hystérie.

Au début de la prise en charge, Hakim n'avait quasiment aucun mot pour parler de ces crises dont il semblait le jouet passif, et il les attribuait à une cause neurologique et biomédicale. C'est très progressivement, dans le cadre du groupe, qu'il a pu commencer à élaborer sur ces crises.

### **Des « crises » à la possession**

Durant les deux premières années de prise en charge en groupe, il va beaucoup être question des crises, de leur identification, jusqu'à une crise spectaculaire et particulièrement grave, qui va inquiéter l'ensemble du groupe et le questionner sur ses capacités thérapeutiques. Durant toute cette période, la question des crises reste le fil rouge de la prise en charge même si de nombreuses autres questions sont travaillées.

### ***Les crises comme douloureux retours de parties clivées***

Dans le groupe, Hakim vient avec sa femme. Il aurait souhaité que les enfants viennent, au moins de temps en temps, mais Madame ne le veut pas, estimant « qu'il ne va quand même pas envoyer tout le monde chez le psychiatre ». Elle suit pendant quelques mois une thérapie individuelle. Les crises de Monsieur sont un sujet récurrent, et tout d'abord répétitif. Tous les deux s'en plaignent. Madame explique qu'il lui fait peur durant les crises, mais surtout, elle ne supporte pas la longue période qui suit et durant laquelle Monsieur pleure, s'isole, refuse de lui parler. Elle a

constamment peur qu'il ne meure depuis son accident, et chaque crise, ou chaque signe annonciateur d'une crise réveille chez elle le vécu traumatique lié à cet accident. Elle explique que Monsieur a changé, qu'il n'est plus le même, et que pendant les crises, elle « ne le reconnaît pas ». Hakim explique que tout change durant les crises : « la force, les paroles, l'esprit, les yeux ». La détresse éprouvée par Hakim au cours de ces crises est profonde, et il lui est impossible d'en parler sans que son visage exprime la terreur, qu'il se mette à suer et à trembler.

Peu à peu, la mémoire de Hakim revient douloureusement, et surtout après les crises « ces crises, elles m'apprennent chaque fois quelque chose » dit-il. Ces souvenirs et ces affects qui émergent alors sont repris dans le groupe. Un mouvement se met en place dans lequel se succèdent remémoration, dépression et reprise en groupe. Le groupe écoute ces éléments qui émergent avec une précision de plus en plus grande, et propose des associations, des métaphores, des relances. Hakim parle ainsi longuement de la mort de son père, de sa souffrance d'avoir ensuite été rejeté par sa famille, de la mort de sa première fille, de son accident vasculaire cérébral, des médecins et psychiatres qui ne l'ont pas cru et qui lui ont dit qu'il n'avait plus rien désormais et qu'il devrait aller bien, des problèmes avec son ex-employeur, avec l'assurance. Mais de l'histoire familiale, il en est peu question.

Hakim développe des mouvements transférentiels forts et clivés avec les membres du groupe. Il considère le thérapeute principal comme son « ange gardien » et le psychologue berbère comme une menace. Il utilise peu l'arabe, s'exprimant essentiellement en français. Il lui arrive même de dire qu'il « ne comprend pas l'arabe ». Toute proposition venant de ce thérapeute est considérée comme suspecte, menaçante, persécutante et entraîne une dénégation vive. Lorsque ce thérapeute parle – en français – Hakim demande au thérapeute principal

de lui reformuler la phrase car « il n'a rien compris ». Il ne souhaite pas que nous intégrions au groupe un thérapeute ou un interprète kabyle. Le clivage et l'illusion de la seconde naissance lors de la migration doivent être maintenus, les premiers objets étant sans doute trop persécutants. Madame insiste pour que Hakim aille consulter un *fqih* (voyant) au pays. Il accepte à contrecœur : « J'irai si elle insiste vraiment. Je me méfie des Musulmans, ils ont la méchanceté dans leur cœur et dans leur langue ».

Après quelques mois cependant, Hakim rêve à nouveau, ce qui ne lui était pas arrivé depuis des années dit-il. Il ne parle quasiment jamais de ses rêves au groupe, les gardant pour son thérapeute individuel. Les rares rêves qu'il évoque avec nous ont un contenu très œdipien.

Ce travail de réanimation psychique mené par le groupe se fait progressivement, de manière non intrusive, et en respectant les clivages maintenus par le patient. Hakim est allé voir un guérisseur mais ne souhaite pas vraiment nous en parler « Je ne sais pas. Il a marqué des points. Il faut que j'apprenne à vivre comme ça ».

### ***L'hypothèse des djnouns***<sup>53</sup>

Après plus d'un an de prise en charge, au cours d'un entretien de groupe, Hakim évoque ses crises différemment : « Quand je suis en crise, je suis vide, et j'ai comme un corps étranger ». L'un des cothérapeutes, le psychologue berbère évoque alors la question d'une possession par un *djinn*, un esprit susceptible d'occuper le

---

<sup>53</sup> Pluriel de djinn.

corps, notamment dans les situations de *khala'â*. Hakim se tourne ostensiblement vers le thérapeute et répond : « J'ai besoin de savoir, ce n'est pas moi, ça fait mal. Je ne supporte plus la race humaine. J'ai envie de me suicider pour que ça s'arrête ». C'est la première fois qu'une étiologie culturelle est ainsi évoquée et reprise par Hakim. On peut lire ce moment comme un moment de réinvestissement pulsionnel d'objets très anciens. A partir de cet instant, Hakim investit également le thérapeute berbère comme une ressource potentielle, et on assiste à une modification des relations dans le couple, un partage étant à nouveau possible entre eux. De nombreux rêves arrivent alors, dont Hakim parle avec son thérapeute individuel.

### ***Le lait et le sang***

Dans les séances suivantes, Hakim nous révèle des pans entiers de l'histoire familiale, des choses particulièrement graves dont il dit se souvenir à nouveau. Il s'agit de choses qui concernent les générations précédentes et que lui-même n'a pas vécu. Ces événements concernent la génération de son père<sup>54</sup>. Celui-ci, dénommé Ameziane, était le dernier de cinq enfants. Deux de ses frères aînés ont commis des meurtres : l'un a tué son neveu, l'autre a commis un matricide. La raison de ce matricide est peu claire : la grand-mère de Monsieur aurait eu des relations sexuelles transgressives, peut-être homosexuelles et son propre fils l'aurait tuée, d'un coup de hache dans le front. La grand-mère portait un *Avzim*, bijou de front kabyle, qui garde la trace du coup de hache et qui a été conservé par une sœur d'Hakim. Ameziane, le père de Hakim est l'un des protagonistes de cette scène

---

<sup>54</sup> Voir Figure 6.

puisqu'il était alors bébé, et qu'on l'aurait retrouvé tétant le sein de sa mère, morte, dans une flaque de sang.

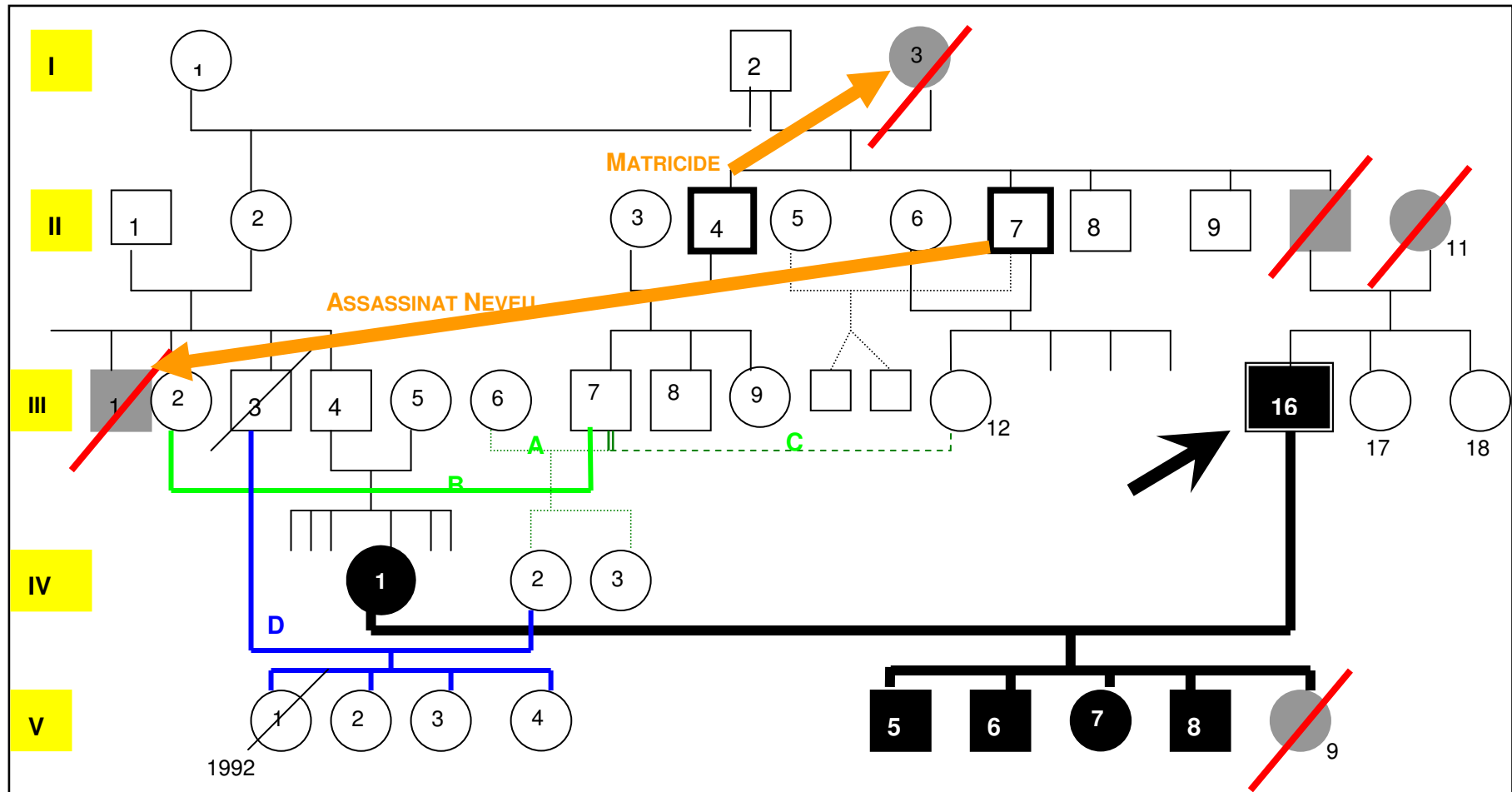


Figure 6 : Arbre généalogique de la famille de Hakim

- A : Décès ou divorce
- B : Pas d'enfant, divorce,
- C : Remariage « mélanges de sang »
- D : Mariage transgressif « III3 a donné sa sœur à III7 ; et s'est marié » avec sa fille IV2



Le matricide constitue une transgression majeure et n'entre pas dans le cadre de ce qu'on dénommait jadis en Kabylie les crimes d'honneurs. Toutefois, le motif du matricide est présent dans la littérature kabyle traditionnelle à travers le conte *Ali et sa mère* dont il existe de nombreuses versions. Selon celle donnée par Lacoste-Dujardin (2005 : 30 et 236), il est dit qu'un sultan marié à sept femmes exige un jour de ses sept enfants qu'ils tuent chacun leur mère, sous peine d'être reniés. Tous s'exécutent, à l'exception d'Ali qui choisit de fuir avec sa mère. Mais celle-ci, s'alliant à des ogres avec lesquels elle entretient un commerce sexuel, n'a de cesse d'essayer de tuer son fils. Plusieurs fois celui-ci meurt, puis est ressuscité par des auxiliaires, avant de se résoudre à tuer sa mère. Il épouse ensuite une jeune fille. Le matricide est ici un rempart contre l'infanticide et s'inscrit dans ce conte, dans un scénario tragique. La relation mère-fils, lorsqu'elle échappe à l'ordre paternel est de l'ordre de la passion et peut conduire à la mort.

La puissance d'évocation de cette image a un effet de sidération sur le groupe qui ne peut réagir pendant quelques instants. Hakim est agité, tremble, son épouse pleure. La scène décrite, que personne dans l'assistance n'a vécue, a un effet effractant sur les thérapeutes. Plusieurs décriront après-coup le blanc de la pensée qu'ils ont eu à ce moment-là, puis le surgissement d'une image insoutenable, les mouvements identificatoires envers un bébé placé dans un tel chaos, l'horreur face aux transgressions effroyables que représentent le meurtre d'une mère allaitant un bébé, le matricide, le mélange du lait et du sang. Progressivement le thérapeute principal, après s'être appuyé du regard sur les cothérapeutes, parvient à reprendre la parole. Au sortir de l'expérience que vient de traverser le groupe, il s'agit à la fois de témoigner d'une communauté d'appartenance, ce que Robert Antelme nomme « *l'espèce humaine* » et d'assurer une possibilité d'interlocution (Lebigot 2005). Ces

deux paramètres nous semblent être des éléments déterminants dans le soin lorsque le patient est traversé à nouveau, dans le cadre thérapeutique, par l'effroi et que le groupe subit également une sidération contre-transférentielle accompagnée de l'apparition de scénarios émergents chez les cothérapeutes (Lachal 2006). Le groupe thérapeutique permet de garantir la continuité du cadre dans de telles situations.

### ***Crises et fantômes***

Ces nouveaux éléments permettent d'éclairer le phénomène des crises sous un jour nouveau : les moments de crise peuvent être lus non seulement comme des moments de désorganisation traumatique, mais également comme témoignant de ce qu'Abraham et Torok (1978) ont nommé le travail du fantôme, c'est-à-dire la conséquence sur le psychisme de Hakim des traumatismes non élaborés et tenus secrets, encryptés au sein du psychisme de ses parents. Lorsque le parent est porteur d'une crypte, c'est la carence de symbolisation qui est transmise et qui va conduire l'enfant à tenter de symboliser ce que son parent n'a pu symboliser, à tenter de prendre soin de lui pour être mieux compris et soigné par lui en retour (Hachet 1996 :17). Ceci a pour effet de rendre énigmatique, étrange le rapport à soi. Dans le cas de Hakim, c'est l'appui sur la représentation culturelle de la possession qui va permettre d'élaborer cette étrangeté.

## L'autre femme

« Ton autre femme », c'est ainsi que Madame la désigne lors d'un entretien de groupe en parlant vivement à son mari. « Si tu n'es pas content avec moi, tu n'as qu'à aller avec ton autre femme ! ». Hakim a l'air gêné. Tous les deux font allusion à une *djinniyya*, c'est-à-dire une « *djinn* femelle » qui serait à l'origine de son impuissance et qui causerait les crises.

## Djnouns

Un *djinn*, selon la définition qu'en propose Nathan, est un « être invisible susceptible d'occuper le corps, de contrôler le fonctionnement psychique d'une personne ou d'une famille dans le but d'obtenir une compensation de la part des êtres humains : une offrande, un sacrifice, un autel, voire un culte » (Nathan 2001 : 189). Les *djnouns* font partie d'un autre monde, le monde invisible. Selon les traditions berbères et arabo-musulmanes, ce monde et le nôtre ne se rencontrent pas sauf dans certains cas précis : le sommeil, l'état second, la maladie, et certains états mystiques (Idris 2006).

Il est question de *djnouns* dans tout le monde musulman, et leur existence est évoquée dans le *Coran*<sup>55</sup> : « Il a créé l'homme d'argile sonnante comme la poterie ; Il a créé les *djinn*s de la flamme d'un feu sans fumée » (LV, 13-14). Ces êtres immatériels et invisibles partagent ainsi le monde avec les humains depuis la nuit des temps, et peuvent se rendre visibles à certains dans certaines circonstances. Ils vivent dans « l'envers » de notre monde. Tabari<sup>56</sup>, dans ses chroniques, explique

<sup>55</sup> Pour approcher le Coran, nous avons utilisé la traduction de Ben Mahmoud (2004 : 745) basée sur la traduction de Mohammad Hamidullah.

<sup>56</sup> Mohammed Ibn Jarir Al-Tabari, musulman qui a vécu au IX<sup>e</sup> siècle à Bagdad, a laissé de volumineuses chroniques qui embrassent l'histoire du monde depuis sa création.

qu'après s'être révolté contre Dieu, ils furent contraints de s'exiler dans les mers et les îles (2006 : 44). Crapanzano (2000) a décrit les conceptions marocaines concernant les *djnouns*. Ceux-ci forment une société qui reflète la société humaine, avec à leur tête un roi, Sidi Chamarouch, et il existe des *djnouns* mâles et des *djnouns* femelles – qui peuvent se marier et avoir des enfants, des *djnouns* musulmans (arabes et berbères), juifs, catholiques, et païens, ces derniers étant réputés comme particulièrement dangereux. Même s'ils ne sont pas forcément malfaisants, les *djnouns* recèlent toujours un danger, du fait de leur caractère arbitraire, colérique, capricieux et impulsif. Ainsi un *djinn* offensé ou blessé va immédiatement se venger ; par exemple s'il est heurté accidentellement, ou bien ébouillanté par de l'eau chaude versée dans une canalisation sans avoir été prévenu par une formule rituelle.

Certaines situations fragilisent les individus vis-à-vis des *djnouns*. Crapanzano (2000) cite les périodes de transition de l'existence et de modification du statut comme la grossesse, la naissance, la circoncision, et le mariage, ainsi que les personnes irritées ou apeurées. En outre, les *djnouns* sont particulièrement actifs en fin d'après-midi, après la prière alors qu'ils sont inactifs pendant le mois de ramadan, lors duquel on dit qu'ils sont emprisonnés (Crapanzano 2000).

On distingue une grande variété de termes pour désigner la relation entre le sujet de la possession et le *djinn*, autant de modalités particulières qui témoignent de la complexité de ce lien. Au Maghreb par exemple, Nathan (2001 :191) a décrit une série de termes : *majnoun* (pris par un *djinn*, « endjinné »), *madroub* (frappé par un *djinn*), *markoub* (monté par un *djinn*), *maskoun* (habité par un *djinn*), *mamlouk* (possédé, dans le sens où le *djinn* est « propriétaire »), *masloukh* (frotté jusqu'au sang par un *djinn*), *malbouss* (porté par un *djinn* comme on porte un vêtement), etc.

Les rapports entre humains et *djnouns* sont si étroits qu'ils englobent le sexuel (Chlyeh 1999) rendant le mariage entre humains et *djnouns* licite en regard du *fiqh*, la loi religieuse (Bouhdiba 1982), et soutenant les représentations traditionnelles d'enfants conçus par une femme et un *djinn* concernant certains enfants (Nathan & Moro 1989).

Il existe également différents noms pour les *djnouns*, ceux-ci renvoyant à des catégories différentes comme le fait remarquer Nathan (2001). Ainsi par exemple, le terme *djinn* renvoie à la catégorie de l'invisible, *afritt* à l'idée d'étranger, *ria'h* au souffle et à l'âme, le terme *melk* (utilisé notamment par les Gnaoua du Maroc) désignant un « propriétaire ».

Certains *djnouns* portent un nom. Hakim nomme la *djinniyya* qui le possède Fatma Zohra. Nous n'avons pas retrouvé d'élément dans la littérature anthropologique la concernant. En revanche, de nombreux travaux concernent le culte d'Aïcha Qandicha<sup>57</sup>. Dans la mesure où ses manifestations présentent un grand nombre de points communs avec ce que décrit Hakim, nous allons la décrire, en nous basant sur les travaux de Westermarck (1926), ceux de Crapanzano (2000) sur les *Hamadcha* du Maroc, et sur ceux de Chlyeh (1999) sur les Gnaoua du Maroc. *Gnaoua* et *Hamadcha* sont deux confréries soufies<sup>58</sup> du Maroc, issues de la *Tijâniyya*, confrérie fondée au XVIIIe siècle par un mystique algérien Cheikh Abou al-Abbas Ahmed at-Tijani. Pour les *Hamadchas*, qui lui vouent une dévotion particulière, Aïcha Qandicha est la plus importante de tous les *djnouns* qui portent un nom. Associée à la terre, la boue, aux rivières, elle ne rit jamais et se montre lascive et colérique. Elle apparaît tantôt comme une très belle femme (qui dissimule sous un

---

<sup>57</sup> Nous reprenons la graphie proposée par Crapanzano (2000), on trouve également Aïcha Kendicha (Chlyeh 1999).

caftan ses sabots de chèvre ou de chameau), ou bien comme « une vieille sorcière à la poitrine pendante » (Westermarck 1926). De nombreux lieux lui sont consacrés dans le nord du Maroc, généralement des grottes ou des points d'eau où elle est déjà apparue. Selon les *Hamadcha* (Crapanzano 2000), si elle apparaît à un homme et tente de le séduire, celui-ci doit immédiatement planter un couteau en acier dans la terre, ce qui lui permet de la rejeter ou bien de contracter avec elle un mariage à son avantage, mais comme Aïcha Qandicha cache sa vraie nature, il arrive que l'homme couche avec elle sans l'avoir identifiée, devenant alors son esclave pour toujours. Il devra désormais obéir au moindre de ses désirs au risque d'être étranglé s'il tente de s'y dérober. La *djinniyya* va ainsi lui demander de se négliger physiquement, lui interdire toute relation sexuelle avec des femmes qui ne seraient pas ses affiliées y compris parfois, avec sa propre épouse. On dit de tels hommes qu'ils sont « mariés avec Aïcha Qandicha » (Crapanzano 2000). Aïcha Qandicha possède ainsi des maris, et des affiliés. Les maris ne sont pas forcément des affiliés. Ces derniers, qui vénèrent *Lalla Aïcha*<sup>59</sup>, ont des obligations différentes : ils doivent porter certaines couleurs (rouge, noir, vert), brûler certains encens, célébrer la *hadra* au son de certaines musiques et en prononçant un texte qui lui est dédié. *Hadra* est un terme signifiant « présence » (Nathan 2004 : 58), utilisé pour désigner les manifestations du *djinn* et également le rituel de possession soufi incluant différentes actions collectives, un état de transe, des musiques, danses, textes. A ce moment là, situé à la fin du rituel, Aïcha Qandicha se lève et commence à danser sous terre, avec les danseurs. Elle peut alors réclamer du sang qu'elle affectionne particulièrement et il est d'usage de procéder alors à des sacrifices. Certains affiliés

---

<sup>58</sup> Le soufisme (tassawuf) est une tendance mystique de l'Islam, organisée en confréries.

<sup>59</sup> Lalla peut être traduit par « Madame » et correspond à une forme très respectueuse, évoquant la sainteté. C'est ainsi que la nomment ceux qui lui rendent un culte.

sont alors poussés à se taillader la tête, ou encore à imiter certains animaux (porcs, chameaux).

### ***Possession et transgression***

Quelques semaines après qu'il ait parlé au groupe de l'histoire familiale, Hakim voit le nombre de crises augmenter en fréquence et en intensité, durant une de ces crises, Hakim déclare à une vieille et respectable voisine, qui est l'une des rares proches de cette famille très isolée, « qu'il veut l'embrasser sur la bouche et que son pèlerinage [à La Mecque], c'est comme des excréments ». Après une accalmie durant le mois de *ramadan*, une crise particulièrement grave survient. Hakim, après un conflit avec son fils aîné entre dans une grande colère et se met à hurler et à gesticuler, les yeux exorbités. Devant les enfants réunis, il traite l'aîné de « sale bâtard » en le menaçant de lui « arracher le cœur », puis embrasse sur la bouche sa fille et ses deux fils plus jeunes. Il nomme la *djinnyya* Fatma Zohra<sup>60</sup>. Il s'enferme ensuite dans sa chambre. Les enfants sont en pleurs, terrorisés. Hakim décrit une voix qui lui parle, « comme les gens à la télé qui ont une oreillette ». Il ne peut pas s'y opposer et il se décrit alors « comme téléguidé ». Un jour, l'entité lui apparaît, assise sur le bord de son lit. Elle est comme une femme, mais il y a quelque chose dans son regard qui trahit sa non-appartenance au genre humain : il s'agit de son regard, et plus précisément de sa pupille qui a la forme d'une fente verticale. Elle disparaît aussitôt, mais Hakim reste terrorisé de longues heures. En dehors des crises, il n'y a aucun autre phénomène hallucinatoire, ni aucun signe de discordance, et les crises peuvent être espacées de plus d'une semaine.

Une crise survient en thérapie individuelle, qui nécessite que Hakim soit conduit au service des urgences où il passe quelques heures en observation. Soudainement avec son thérapeute, il s'est agité et a vociféré pendant quelques minutes avant de revenir à lui dans un état d'angoisse importante et de confusion. Aux urgences, une étiologie neurologique a rapidement été éliminée, et Hakim a pu faire part de son inquiétude d'avoir physiquement agressé son thérapeute. Il a été difficile et long de le rassurer sur ce point.

Le groupe fait alors l'hypothèse qu'il ne s'agit pas d'un délire au sens d'une désorganisation psychotique, mais que les troubles témoignent d'un tableau qui prend son sens sur le plan anthropologique, traduisant un phénomène de possession. Les modalités du transfert que Hakim établit avec son thérapeute et avec le groupe nous orientent davantage vers une personnalité à type d'état-limite. La gravité des transgressions, leur escalade, nous inquiètent.

## **La malédiction**

C'est à cette période que Hakim commence à élaborer une nouvelle théorie sur ses troubles, celle d'une malédiction qui toucherait la lignée. Ses crises surviendraient dans la lignée des transgressions des générations précédentes. Hakim nous parle d'un épisode qu'il n'avait pas raconté jusque là. Son père s'était marié une première fois avant d'épouser sa mère, mais un jour, s'estimant maltraitée, sa femme avait fuit le foyer prétextant une course au marché. Elle était allée se réfugier chez un couple d'amis. Le mari était venu voir le père d'Hakim pour lui dire

---

<sup>60</sup> Nom de la fille du Prophète Mahomet et de sa première épouse Khadija. Fatima « la pure », « la resplendissante », est à l'origine d'une vénération importante chez les musulmans que certains ont comparé au culte marial des catholiques.



que son épouse était chez lui, avec sa propre femme, et qu'elle était prête à rentrer, mais qu'il lui demandait pour cela de ne plus la battre. Le père d'Hakim avait promis, mais se sentait profondément humilié et fou de rage. Lorsqu'elle revint, il la ligota à une chaise et lui fit ingérer des excréments avant de la répudier. Hakim fait le lien avec les propos qu'il a adressés peu avant à la vieille voisine.

Cette idée de malédiction terrorise Hakim : qu'est-il, lui aussi capable de faire et cette malédiction peut-elle se poursuivre au-delà de lui et toucher ses enfants, notamment Ameziane, le plus jeune de ses fils ? Le groupe souligne alors la réinscription de Monsieur dans sa filiation, laquelle se fait dans la terreur mais constitue un tournant important de la prise en charge. Hakim amorce alors un mouvement dépressif à tonalité mélancoliforme qui nécessite son hospitalisation pendant quelques semaines.

L'année qui suit voit émerger un conflit profond dans le couple. Hakim est très préoccupé de trouver ce qu'il convient de faire pour stopper cette malédiction, alors que son épouse suggère de laisser tout cela derrière eux, de ne penser qu'au présent, qu'aux enfants. Hakim répète qu'il est issu d'une famille de monstres, ce que Madame ne supporte pas d'entendre. Les crises sont passées au second plan. Elles surviennent toujours régulièrement, mais Hakim les anticipe et s'isole alors un moment, ou bien son épouse et les enfants lui demandent de se calmer, et cela suffit à les interrompre. Après une première période où Madame pensait aux *djnouns* et où Monsieur refusait d'en entendre parler, la situation s'est inversée pour un temps, puis finalement tous les deux semblent perplexes : « c'est peut-être une *djinnyya*, peut-être pas ». Toujours est-il que depuis que Hakim a pu exprimer sa crainte d'une transgression majeure, évoquer les transgressions du passé et notamment celle de son père, les crises ne sont plus un enjeu. Il nous semble plutôt que Hakim les utilise

pour essayer de maintenir un peu d'autorité sur sa famille lorsqu'il se sent mis de côté ou que son autorité est remise en question par Madame ou les enfants.

L'évolution positive de l'état de santé de Hakim lui rend désormais possible une plus grande autonomie. Il part seul pour un séjour en Algérie, mandaté pour représenter la famille à un mariage. Là il décide de s'installer quelques temps dans une communauté située dans un lieu saint. Cet endroit est tenu par un homme pourvu de dons transmis héréditairement : un don pour voir les choses et pour soigner. Hakim en revient enthousiaste. Il raconte qu'alors qu'il disait à un « fou » qu'il aimait cet endroit, celui-ci lui avait répondu « C'est cet endroit qui t'aime ». Nous avons alors suggéré à Hakim qu'il lui était désormais possible de s'affilier à un autre groupe que nous, proposition qu'il avait acceptée.

Durant ce voyage, un autre événement important a eu lieu. Une de ses nièces était tombée malade, mais les médecins avaient dit qu'elle « n'avait rien ». Inquiets, les parents avaient appelé un *Imam*, un jeune homme qui s'était entretenu avec la jeune fille et avait évoqué une possession puis entrepris un exorcisme. Hakim était là. L'imam avait commencé à prier, et devant l'agitation de la jeune fille avait commencé à la frapper. D'abord pas très fort, puis devant l'agitation de plus en plus grande de l'adolescente, de plus en plus fort. L'adolescente hurlait, avec une voix différente de sa voix habituelle, qu'elle était un *djinn*, qu'elle avait sept femmes et sept enfants avec chacune. Au bout de quelques minutes, Hakim prit l'initiative d'interrompre les choses, et devant l'insistance de l'Imam à poursuivre la séance d'exorcisme, il alla jusqu'à le menacer. Hakim évoque cet épisode non sans fierté.

De retour de ce voyage, Hakim demande s'il est possible qu'un interprète kabyle soit présent aux séances de groupe. L'utilisation de la langue maternelle,

après ce long détour par le français et l'arabe est désormais possible pour les soins, et dans les entretiens de groupe de la dernière année, qui sont plus espacés, Hakim s'exprime surtout en kabyle<sup>61</sup>. Durant cette dernière séquence de soin, il n'y a plus de crise violente, ni de transgression. Une grande partie du temps est consacrée par Monsieur à l'élaboration d'une stratégie pour mettre fin à la malédiction et cela passe par l'organisation d'une cérémonie au village, une *waâda*. La *waâda* est une cérémonie et une fête au cours de laquelle on se réunit, on réalise des offrandes, on communique dans un nouveau pacte à la fois avec Dieu, et avec les autres ; on y paie également ses dettes. Hakim y a beaucoup réfléchi et il a décidé de sacrifier sept moutons. Il nous explique que son grand-père suite à différents problèmes, aurait demandé à Dieu « *sept garçons pour le venger* ». Une telle demande, associée à une offrande, pour le fils de marabout qu'il était, avait eu l'effet d'une malédiction qui avait frappé successivement ses cinq garçons, puis Hakim, et qui risquait de se poursuivre pour sept générations, de toucher ses enfants, neveux et nièces, leurs propres enfants. Hakim se sent en position d'arrêter tout cela. Madame est d'abord très hostile, mais elle se laisse peu à peu convaincre : elle ne s'y opposera pas.

Hakim remercie régulièrement le groupe : « C'est grâce à vous si je peux parler. Vous m'avez appris à parler, comme un bébé. Je peux dire ce que j'ai dans la tête en me sentant en sécurité ». Et, plus énigmatique : « vous m'avez retourné comme une chaussette qu'on nettoie, dans un sens et dans l'autre ». Cette image est importante, dans la mesure où elle illustre un processus de déconstruction suivi de reconstruction, tel qu'ils sont décrits dans les processus initiatiques. Hakim, qui s'était « construit » seul, qui pensait que l'accident lui avait « retourné le cerveau », a

---

<sup>61</sup> Le Dr. Taïeb Ferradji intègre alors le groupe avec une fonction d'interprète et de cothérapeute.

accepté de se laisser « démonter et remonter » par un groupe auquel il a pu s'affilier avant de trouver d'autres affiliations hors de l'espace thérapeutique.

## La waâda

« O Dieu, aie pitié de moi ;  
Je suis comparable au mort,  
Mais il me manque le repos. »

Poèmes de Si Mohand<sup>62</sup> in Feraoun (1960 : 93).

Hakim débute l'entretien en expliquant qu'il va s'exprimer en français, mais commence aussitôt en kabyle disant que certaines formulations sont trop difficiles en français. Il explique qu'il est allé en Kabylie avec son jeune fils et qu'il a commencé les préparatifs pour la *waâda*. Sa femme est arrivée une dizaine de jours plus tard et même si elle était dubitative, elle l'a laissé faire les choses. Avant son arrivée, Hakim avait fait plusieurs crises violentes, notamment lorsqu'un de ses cousins avait laissé entendre que deux personnes devaient encore mourir dans la famille. Hakim avait invité près de trois cent personnes : la famille, trois personnes de chacun des villages de la région, des sages, des religieux, la communauté du lieu saint dans lequel il avait l'habitude de se retirer, des musiciens, l'imam qui avait commencé à exorciser violemment une de ses nièces. Presque tous sont venus. Sept moutons ont été sacrifiés, offrande d'Hakim. Et un grand repas a été servi aux participants. Des musiciens soufis ont commencé à jouer de la musique, et des personnes sont entrées en transe au son de leurs instruments. Là, Hakim s'est senti libre, et timidement d'abord, puis franchement ensuite, il a rejoint le mouvement tourbillonnant et s'est laissé aller à la transe au milieu des danseurs, devant sa famille étonnée. La *djinnyya* était devenue *mamlouk* (propriétaire) qui le conduisait à

---

<sup>62</sup> Né vers 1845 et décédé en 1906, Si Mohand est un poète kabyle qui a connu plusieurs exils. En 1857, son village fut détruit par l'armée française et en 1871, la famille s'engagea dans l'insurrection contre le colonialisme. Son père fut assassiné, un frère exilé en Nouvelle Calédonie lui-même menacé de mort. C'est alors que son errance commença, elle ne devait plus finir. A son sujet Feraoun (1960) écrit : «Il était pareil à une feuille que le vent emporte et qui ne pourrait se fixer nulle part ailleurs que sur la branche d'où elle a été détachée.»

rejoindre les autres. Il semblait donc que le rapport entre Hakim et l'entité qui l'habitait s'était profondément modifié. Selon une stratégie adorciste, Hakim a choisi de s'affilier à elle et de vivre en bonne intelligence avec elle, plutôt que d'essayer de la chasser hors de lui ce qui représente la stratégie exorciste (De Heusch 1999). Cette transe, durant la *waâda*, devant la famille était aussi pour Monsieur une manière d'inviter sa famille à son mariage avec la *djinnyya*.

Madame explique sa réticence, elle pensait que ça ne pouvait pas aider de s'occuper du passé, et qu'organiser une telle cérémonie représentait une grosse somme qui aurait été mieux employée dans la poursuite de la construction de la maison, au village, ou bien dans l'aide aux études des enfants. Tout se passe bien depuis le retour « et on ne se prive pas de le tester pour voir comment il va réagir » ajoute-t-elle. « Dieu merci, il va mieux. Il n'y a plus que lui qui s'inquiète encore un peu ».

Durant cet entretien, en kabyle, Hakim reprend toute l'histoire à laquelle il trouve désormais une certaine cohérence. Son histoire commence avec la transgression de son grand-père, fils de marabout qui a voulu sept descendants pour le venger, mais il n'y en a eu que six, sur lesquels s'est abattue la malédiction. Celle-ci reste donc agissante, elle a menacé un temps Monsieur, qui a survécu, et menace désormais les générations qui suivent : elle a failli s'abattre sur ces nièces, mais surtout, Hakim a été inquiet pour son plus jeune fils. La *waâda* et ses sept moutons sacrifiés en offrande est venue y mettre un terme. L'entité qui a pris possession de lui au moment de l'accident vasculaire cérébral est maintenant décrite comme un « ange » qui lui a montré le chemin, dit ce qu'il devait dire et faire pendant ces années. Il nous rappelle que nous sommes nous aussi ses « anges-gardiens ».

Alors il explique à nouveau devant son épouse, mais plus précisément qu'il ne l'a jamais fait, la succession des crises, la conviction dès la première qu'il s'agissait d'un *djinn*, ses envies de suicide, son effroi devant le matricide. Madame s'inquiète devant l'émotion qui envahit Monsieur, et lui demande si ce n'est pas en train de recommencer, s'il n'entre pas à nouveau en crise.

- Madame : « Là tu y entres à nouveau !

- Hakim : J'y entre, mais seulement pour en parler. Comment a-t-il pu tuer sa mère ? [silence] Mais aujourd'hui, la dette, c'est fini. [silence] Heureusement que vous étiez là.

- Madame : Oui, heureusement, sinon on aurait tous perdu la raison. »

Hakim explique encore que désormais, il « est un homme complet » et que ses enfants sont protégés. Il sait des choses que les autres ne savent pas. « La voix m'a dit que logiquement, j'étais mort. Il n'y avait plus que ma carcasse. Mon âme était partie voir ailleurs, elle a vu les ancêtres et elle a vu qu'ils souffraient, je devais porter leur message ».

Au terme de l'entretien, le groupe constate l'amélioration de l'état de Hakim. Nous décidons de refaire le point quelques mois plus tard, Hakim poursuivant sa thérapie individuelle.

## **Hakim, l'invisible et le psychothérapeute**

Peu après une séance, le psychothérapeute de Hakim nous appelle. Il s'est passé quelque chose durant cette séance qui l'a déstabilisé. Hakim racontait que pour la première fois depuis longtemps, il avait revu Fatma Zohra dans la rue, sous la forme d'une jeune femme qui lui demandait son nom, mais il avait reconnu ses

yeux si particuliers qui l'avaient fait fuir. A un moment, Hakim a demandé de l'eau. Le thérapeute est allé lui chercher un verre. Lorsque Hakim l'a tenu en main, il a brutalement aspergé le visage du thérapeute. L'expression de son visage était inhabituelle, il se tenait debout et criait. Hakim a alors énoncé des choses sur l'enfance du thérapeute, lui disant notamment que lui aussi avait du être malheureux et souffrir comme lui. Hakim était revenu à lui très rapidement et ne semblait garder que peu de souvenirs de l'épisode mais était bouleversé. L'entretien s'était arrêté peu après et le thérapeute, lui-même momentanément sidéré par cet événement, avait suggéré au patient de refaire le point avec nous avant de le revoir. Quelques jours plus tard, nous revoyons Hakim en individuel. Il est agité, tremblant, les larmes au bord des yeux et très angoissé. Il explique qu'il s'est passé quelque chose, me demande si on s'est parlé, le thérapeute et moi. Il dit qu'il a un souvenir confus de l'épisode, mais que le psychothérapeute n'a pas compris ses paroles et qu'il a eu peur, qu'il s'agissait de paroles qui lui étaient venues et qui s'adressait à son âme. « *C'est comme avec vous, c'est des paroles qui agissent avec le temps, on comprend plus tard, il comprendra* » ajoute Hakim qui conclut sur l'idée que le thérapeute ne peut plus l'aider désormais, que le travail avec lui est terminé, et qu'il en va de même pour le groupe. Nous convenons avec Hakim qui s'est considérablement détendu au cours de l'entretien d'une dernière séance de groupe et d'un dernier entretien avec le psychothérapeute pour clore ces différents aspects de la prise en charge.

Cette séquence avec le thérapeute est survenue au terme d'un long parcours de thérapie individuelle, alors que les séances avaient été espacées depuis quelques temps et que la question d'une possible fin de la thérapie avait été abordée. Hakim entre une seconde fois en transe en thérapie individuelle, mais tandis que la



première fois, il décrivait l'événement comme un état de possession face à laquelle il était passif, jouet de forces extérieures à lui, et sans inscription mnésique, la situation est aujourd'hui bien différente. Hakim peut raconter la séquence des événements, même s'il ne me parle pas des détails de ce qu'il a dit à son thérapeute. Il n'a pas été effrayé par ce qui se passait. Il s'est lui-même positionné en thérapeute et le geste d'asperger d'eau peut être compris comme une bénédiction et un soin, qui est d'ailleurs utilisé par les guérisseurs qui soignent la *khala'a* (Lheimeur 1990). Concernant les énoncés sur le thérapeute, il ne décrit pas de pensées imposées ni de voix qui lui aurait dicté ses phrases, mais explique que ces paroles lui ont été « inspirées ». Dans la logique de la possession, cela témoigne d'un changement profond, d'une forme d'alliance avec l'entité qui l'habite, et non plus d'un rapport de sujétion. Sur le plan dynamique, Hakim affirme un désir d'arrêter la thérapie à un moment où sa poursuite ne lui paraît plus utile. Il le met en acte en prenant l'initiative de sa terminaison, ce qui lui permet d'éviter les angoisses de perte et d'abandon. Quelques semaines plus tard, il l'affirme également au groupe.

## **Akhuni et poète**

*« O Dieu, aie pitié de moi :  
Je suis celui à qui tu as ôté la vie  
Et qui n'attend rien de ce monde. »*

*«Ceci est mon poème  
Plaise à Dieu qu'il soit beau  
Et se répande partout  
Qui l'entendra l'écrira  
Ne le lâchera plus  
Et le sage m'approuvera.»*

Poèmes de Si Mohand in Feraoun (1960 : 59, 95).

Hakim, venu avec son épouse, commence en disant qu'il va s'exprimer en arabe pour être compris par Tahar, le psychologue berbère. Il s'inquiète de savoir si le cothérapeute et interprète kabyle comprend également l'arabe. Rassuré sur ce point il entreprend un long récit :

« Aujourd'hui, j'ai juste quelques phrases à dire. Je vais vous raconter l'histoire d'un *akhuni*. C'est quelqu'un qui a donné son âme à Dieu, qui a la foi en lui. Il part sur la route chercher des réponses. »

L'homme entreprend un long périple qui le pousse à rencontrer différentes figures. A chacun, il explique qu'il cherche Dieu, aucun ne peut lui répondre, mais tous lui enjoignent de demander d'intercéder en leur faveur auprès de Dieu s'il le trouve, et tous voient leur vie changée du fait de cette rencontre. Hakim s'interrompt un instant et regarde le groupe, puis il reprend :

« Tout ce que je dis là, c'est comme mon histoire. Il est allé partout, il cherchait, mais où que tu ailles, Dieu t'attend chez toi ».

Il associe avec la *waâda* :

« Quand les chants ont commencé, des personnes sont entrées en transe, et moi aussi, je les ai rejoints. J'ai franchi une barrière. L'aide des

médecins est limitée, pour certaines choses, il n'y a que le divin. Depuis, je n'ai plus peur de rien ».

Hakim revient ensuite sur ce qui s'est passé avec son psychothérapeute et explique que « pendant une crise, [il] lui a balancé un verre d'eau. Même moi je ne sais pas pourquoi. Mais j'ai réfléchi, et quand on souffre toutes ces années... lui il a souffert cinq minutes... C'est peut-être une chance ».

Il associe immédiatement avec l'épisode au cours duquel son père avait commis la transgression majeure de faire ingérer des excréments à son épouse. « En faisant ça, il l'a enterrée vivante ». Il peut raconter comme il ne l'avait jamais fait jusqu'alors cette histoire. Madame ajoute que si son père n'avait pas fait à son ami le serment de ne pas la battre, il l'aurait tuée. Monsieur continue en disant que cette fois, il nous a tout dit.

« Tout ça s'est fini, comme elle dit – en désignant son épouse – c'est du passé maintenant, il faut tourner la page. Même si je porte tout ça, je dois le gérer autrement. La thérapie j'arrête et le groupe aussi ».

Madame ajoute que « s'il est fatigué de ce travail, c'est qu'il est guéri ». L'utilisation que fait Hakim des différentes langues du groupe a profondément changé : il peut désormais s'appuyer sur des langues multiples, et passer avec fluidité de l'une à l'autre, ce qui témoigne de la réduction des clivages entre ses différentes appartenances.

- Thérapeute Principal (TP) : « Je suis frappé de voir qu'au début, très peu de mots sortaient de votre bouche. Maintenant vous prenez la parole en français, en arabe et en kabyle, et c'est vous qui nous nourrissez d'histoires. Je me souviens du premier entretien auquel Tahar était venu, vous aviez dit que vous ne parliez pas arabe.

- Hakim (en kabyle) : Je vous remercie tous pour ça, on a parlé par images, comme de la poésie. Vous m'avez appris à parler.

- TP : Qu'est-ce que vous allez faire maintenant, quels sont vos projets ?
- Hakim : Je reste comme je suis, je veille sur mes enfants. Je suis très sensible à celui qui souffre. Parce que la vraie souffrance est invisible, c'est pas comme une cicatrice. Alors chacun choisit sa voie pour s'exprimer. Moi je suis parti sur la poésie. La poésie, c'est pour le plaisir des mots d'un côté, et pour les paroles qui agissent de l'autre. [Hakim donne alors l'exemple du poète kabyle Si Mohand]. Mais le plus difficile à guérir, ce sont les paroles de quelqu'un qui a eu des carences. Maintenant j'ai la foi, ce n'est pas pour guérir ou pour soigner, mais pour inciter les gens à être pieux. Cette foi me suffit à moi, c'est une graine ».

La séance se termine sans nouveau rendez-vous, et en gardant la possibilité de convoquer à nouveau le groupe si besoin était.

Nous avons des nouvelles quelques mois plus tard. Hakim, qui revient de Kabylie, est allé en pèlerinage sur la tombe d'un saint : Cheikh Mohand u Lhosine, visionnaire, savant et guérisseur mort en 1901 et affilié à la confrérie soufie *Rahmaniya*<sup>63</sup>. Il se trouve que Cheikh Mohand u Lhosine et le poète Si Mohand se sont rencontrés vers la fin de leur vie. Ils se sont parlé en vers, et se sont mutuellement prédit un avenir sombre. Si Mohand dit ainsi à Cheikh Mohand u Lhosine qu'il n'aurait pas de descendance mâle et que ses biens passeraient en d'autres mains, ce à quoi ce dernier répondit que Si Mohand mourrait loin de chez lui. Ces prédictions se réalisèrent. Selon Feraoun (1960 : 33), il faut voir dans cet échange la manifestation de la vive sympathie qu'éprouvèrent les deux hommes l'un pour l'autre lors de cette rencontre, qui les amena à ressentir chacun ce qui angoissait l'autre et à pouvoir le lui exprimer, dans une langue poétique. Dans cette rencontre sont condensées les thématiques de l'exil (Si Mohand meurt loin

---

<sup>63</sup> Cette confrérie, la plus importante de Kabylie, joua un grand rôle dans la résistance au pouvoir colonial et l'insurrection de 1871 (Lacoste-Dujardin 2005).

de son village natal après une vie d'errance) et de la transmission empêchée (Cheikh Mohand u Lhosine n'a pas de descendant mâle).

Hakim nous apprend également avec pudeur qu'après plusieurs années durant lesquelles il a porté son impuissance dans la honte, il a depuis quelques temps, à nouveau des relations sexuelles avec son épouse. La perte de la virilité (*tirugza*) est selon Lacoste-Dujardin (2005 : 187) la pire chose qui puisse arriver à un homme kabyle, une des rares à justifier le suicide pourtant interdit par la religion. L'impuissance qui affectait Si Mohand est considérée comme un élément déterminant de la philosophie de la résignation, du désenchantement et du désespoir qui imprégnait sa poésie (Feraoun 1960 : 41). Hakim, lui, n'est plus l'homme inapte à l'amour et au bonheur qu'il a été durant ces années. Son cheminement thérapeutique l'a conduit à retrouver sa position œdipienne. La fixation au traumatisme qui le caractérisait depuis plusieurs années, et qui était sous-tendue par une histoire de traumatismes infantiles et transgénérationnels ainsi que par l'importance du clivage a laissé progressivement la place à une redécouverte des enjeux de l'Œdipe, marquant la sortie de l'effroi.

## **4.2- LINE : DES OBJETS POUR LE GROUPE**

Line est une jeune femme de 26 ans, originaire du Bénin et d'ethnie fon<sup>64</sup>, qui a été victime de violences sexuelles en France. Un mois après, elle a entrepris un suivi psychiatrique qui associe un traitement chimiothérapeutique par antidépresseurs et anxiolytiques et des consultations thérapeutiques rapprochées. Pourtant, six mois plus tard, son état continue à s'aggraver ce qui conduit sa psychiatre à l'adresser au groupe trauma.

### **4.2.1- L'histoire de Line et la prise en charge individuelle**

Line a grandi à Cotonou, au Bénin. Elle était parmi les plus jeunes enfants d'une fratrie de sept. Son père est mort alors qu'elle était adolescente. Elle a passé un BEPC puis a étudié la couture, avec l'idée d'aller un jour en France où son frère aîné vivait déjà. Lorsque Line a eu 21 ans, son frère lui a demandé de la rejoindre à Paris. Très heureuse de cette opportunité, elle est venue, pleine d'espoirs. Elle a très vite déchanté en se rendant compte que son frère la faisait travailler à son service. Elle devait se charger de toutes les tâches ménagères, s'occuper des enfants, n'avait pas le droit de sortir, et vivait dans le conflit permanent avec sa belle-sœur. Elle s'est révoltée au bout de deux ans, et son frère l'a alors chassée. Line, sans papiers et désormais sans domicile, trouva refuge chez une femme camerounaise au service de laquelle elle entra, contre le logement et la nourriture. Un conflit avec elle éclata au bout de deux années et Line se trouva à nouveau dans la même situation.

Line rencontra alors un homme respecté de la communauté fon qui lui laissa entendre qu'il pourrait l'employer. Celui-ci l'attira dans une chambre d'hôtel, et abusa

---

<sup>64</sup> Les Fons (de langue fongbé) représentent environ la moitié de la population de la République du Bénin, pays d'Afrique de l'Ouest francophone comprenant près de quarante autres ethnies. Historiquement, les Fons formaient l'ancien Royaume de

d'elle avec beaucoup de violence et des actes de cruauté perpétrés sur son sexe entraînant des blessures génitales qui demandèrent secondairement des soins médico-chirurgicaux. Line raconte la scène à sa psychiatre sans affect, puis elle se met en colère : « Il a gâché ma vie et mon sexe ». Pendant cette agression sexuelle, elle n'a pas réagi. Elle explique qu'il alternait la douceur et la violence, et qu'elle était comme paralysée et désorientée. Le lendemain, la douleur étant trop intense, elle s'est rendue aux urgences d'un hôpital. Elle a été confiée à une association d'aide aux victimes qui a fait le nécessaire pour qu'elle puisse porter plainte, qu'elle obtienne un titre de séjour provisoire pour la durée des soins et de la procédure pénale, et qui l'a adressée à notre consultation.

La psychiatre qui la prend en charge note des signes envahissants de névrose traumatique et de dépression. Le syndrome de répétition traumatique est intense. Line fait des cauchemars traumatiques, a des flash-backs, et croit reconnaître son agresseur à chaque coin de rue. Elle exprime rapidement des regrets quant à son dépôt de plainte. Elle craint d'être expulsée de France, et redoute aussi la vengeance de son agresseur. Elle pense qu'il voulait l'amener à se prostituer. Lors des premiers entretiens, elle ne souhaite pas de traitement médicamenteux. Son état semble s'améliorer. Elle vit en foyer, partageant la chambre avec une autre jeune femme qui est « comme sa sœur ». Elle se décide à poursuivre la procédure judiciaire. Elle raconte un premier rêve au cours duquel sa mère lui offre des chaussures : elle est remplie de joie mais en les essayant, elle réalise que les chaussures sont beaucoup trop petites et qu'elle ne peut pas les mettre. Elle commente ce rêve en disant que parfois on est trahi par les gens sur lesquels on comptait, comme son frère ou son agresseur entre lesquels elle établit un parallèle.

Line dit à sa psychiatre qu'il n'est plus possible désormais de faire confiance à quiconque, que « pour vivre heureux, il faut vivre caché ».

Progressivement, Line se renferme et ne parle plus beaucoup lors des entretiens. Elle ne sort plus de sa chambre. Elle n'a pas repris contact avec son frère, ni avec sa mère et personne dans sa famille ne sait ce qui lui est arrivé. Elle a honte d'en parler, mais s'interroge aussi sur le danger qui peut résulter de la révélation de sa souffrance actuelle. Elle se méfie des Africains sur lesquels « on ne peut pas compter » dit-elle, et surtout des Fons et des Yorubas<sup>65</sup> qu'elle veut éviter à tout prix. Line doit changer régulièrement de foyer d'urgence. Les consultations psychiatriques sont alors son seul point fixe. La symptomatologie dépressive se majore, les symptômes post-traumatiques restent envahissants conduisant à la mise en route d'un traitement médicamenteux qui n'apporte qu'un soulagement partiel. Line laisse entendre que la vie au Bénin était dure, que sa mère a été maltraitante, et qu'elle rêvait depuis toute petite de quitter l'Afrique et de travailler à Paris dans la mode. Ce rêve l'avait toujours protégée lorsqu'elle était enfant puis adolescente, et l'épreuve de la réalité venait le réduire à néant.

Six mois s'étaient écoulés depuis le début de la prise en charge, et devant la persistance des troubles, la psychiatre qui prenait Line en charge proposa de l'adresser au groupe trauma.

#### **4.2.2- Les séances de groupe**

Nous analysons ici certains aspects de la prise en charge dans le groupe trauma qui, même si elle n'est pas terminée, a permis des changements significatifs.

---

<sup>65</sup> L'ethnie yoruba est répartie entre le Nigeria (le yoruba y est l'une des trois langues nationales), le Bénin et le Togo.



Six séances, espacées d'un mois ont eu lieu. Lors de la première séance, Line étant parfaitement francophone, nous n'avions pas prévu la présence d'un interprète fon.

### ***Premier entretien : l'effroi et l'alliance***

Durant le premier entretien, nous nous présentons et très vite, Line raconte son histoire, à grands traits depuis son arrivée en France, jusqu'à l'épisode traumatique. Alors qu'elle était en pleurs jusque-là, elle raconte ce moment d'une traite, d'une voix blanche, comme détachée.

« Il m'a amené chez lui. C'était un studio. Il m'a fait asseoir. On a parlé de ma situation. Il m'a demandé si j'avais amené un CV. Je lui ai dit : "Non, vous aviez juste dit que vous vouliez me voir". Il m'a demandé depuis combien de temps j'étais en France. Cinq ans. Il m'a dit de retourner au pays ou alors de me débrouiller, et aussi : "Depuis le temps que vous êtes ici, pourquoi vous n'avez pas d'enfant ?" Je lui ai dit que mon ami, ce n'était pas son problème d'avoir un enfant, et aussi que j'avais un fibrome, que c'était compliqué. Il m'a dit de m'allonger sur le lit pour qu'il m'examine. Moi je ne savais pas s'il était médecin. Il m'a dit de voir mon ventre. J'étais en confiance, je le considérais comme un frère ou quelqu'un de la famille. Il m'a dit qu'il allait me faire un toucher. Je ne comprenais rien. Il s'est lavé les mains, il est venu me faire un toucher en tournant. Il a dit : "Vous avez un gros utérus". J'ai pensé qu'il était médecin. J'avais très mal, j'ai crié. Il m'a dit : "Lève-toi, va aux toilettes, fait ta toilette... Je vais t'aider à faire ton CV". Après il m'a dit de retourner me coucher. Moi je ne voulais pas, et là, il a commencé à être agressif. Il s'est levé, il me montrait le lit et me menaçait. J'ai eu peur, je ne savais pas ce qu'il allait faire. Il m'a dit qu'il n'allait pas me faire mal mais qu'il trouvait que j'avais un joli petit corps. En même temps il a tiré sur ma jupe et il a commencé à tripoter mon clitoris. Il a tiré dessus très fort, j'ai eu très mal, j'ai crié et je me suis levée. Il a dit qu'il ne voulait pas me faire mal, qu'il gardait ses pantalons. Là j'ai compris ce qu'il voulait. Avant ça, il m'avait dit qu'il avait une compatriote qui pourrait peut-être m'héberger. On est

allés la voir. J'ai accepté sa proposition de travail et d'hébergement mais je suis partie et n'y suis pas retournée parce que ça aurait été à cause de lui que j'aurais eu ce boulot. Et puis j'ai commencé à avoir très mal. Toute la nuit j'ai eu très mal, et je sentais mon sexe qui enflait. [Line recommence à pleurer]. Je suis allée consulter un médecin au bout de trois jours ».

Puis Line raconte la solitude et la douleur de plus en plus violente, l'hôpital, les examens, traitements, l'incision chirurgicale qui laisse sortir « beaucoup de sang et de pus ». Ce récit mené d'une seule traite, au plus près du réel, sur un ton monocorde est difficile à supporter pour le groupe. Les différents thérapeutes sont envahis par des images de la scène traumatique, qu'ils n'ont pourtant pas vécue, ce qui correspond à ce que Lachal décrit sous le terme de « scénario émergent » (Lachal 2006). De plus, ce récit produit une angoisse quant à la position de chacun. Le récit de la cruauté extrême qui se déroule en dehors de toute interaction, devant notre groupe thérapeutique contraint à la passivité nous met dans une position de simples témoins et donc en situation de partager l'effroi avec la patiente. Nous nous interrogeons également pour savoir s'il s'agit du même récit que Line a fait à la police, au juriste, au gynécologue, et nous avons le sentiment de susciter une reviviscence traumatique chez Line. Nous sommes alors confrontés à la compulsion de répétition en action plutôt qu'à un récit adressé au groupe.

La question se pose alors pour le groupe de trouver comment se positionner face à ce long monologue de Line en nouant avec elle une relation psychothérapeutique qui lui offre un espace différencié des autres lieux où elle a déjà déroulé ce récit. Pour cela, le thérapeute principal, après avoir témoigné à Line de son engagement à ses côtés et de la condamnation des actes de son agresseur, s'appuie sur le groupe et chacun va être amené à s'exprimer. Plusieurs

cothérapeutes, notamment les femmes, soulignent le courage de la patiente et la force qui lui a permis de survivre à cette épreuve. Line associe avec ce qui semble être un trait constant de son histoire : « Toute ma vie, depuis que je suis toute petite, il a fallu que je me débrouille seule » dit-elle. Il n'est pas possible d'aller plus loin sur cette piste pour l'instant. Line se défend par le clivage, et il n'est guère possible d'évoquer l'enfance, l'Afrique, la famille. D'ailleurs Line tient à garder un secret absolu sur ce qui lui est arrivé et n'en a parlé à personne en dehors de l'espace juridique ou sanitaire. Elle dit avoir « trop honte » de ce qui lui est arrivé. Elle dit encore sa crainte des Africains, notamment des Fons et des Yorubas. Line ne rêve plus, et elle a interrompu peu à peu les relations qu'elle entretenait avec des amies, et aussi avec son petit ami. Avec les processus de clivage se sont mises en place de véritables amputations psychiques, un processus de désertification interne associé à la disparition progressive des investissements pour les objets externes.

Devant l'impossibilité pour Line, au cours de cette première rencontre, de mobiliser ses ressources internes, nous faisons appel à des métaphores et à des images amenées par les différents cothérapeutes. Celles-ci vont viser essentiellement à susciter des liens. Un cothérapeute avance ainsi que quand il n'y a plus d'image, il faut attendre les images qui vont arriver dans les rêves. Un autre raconte une histoire au cours de laquelle les efforts d'un paysan pour détruire une plante n'aboutissent qu'à renforcer cette dernière. Plusieurs thérapeutes évoquent l'idée de métamorphose, en avançant que l'agresseur a enclenché chez Line un processus de transformation. Enfin, la nécessité de s'appuyer sur le passé, l'histoire et la culture est évoquée par d'autres cothérapeutes. Au cours de cette séquence, Line sourit à plusieurs reprises et semble s'animer un peu, et dit accepter d'entreprendre des soins dans le groupe.

### **Second entretien : une petite fille singulière**

Un mois plus tard, Line arrive souriante. Elle se plaint de mal dormir, d'être agitée, et nous dit faire parfois des rêves qui restent flous. Toujours très isolée, elle ne peut faire confiance à personne tant elle a peur d'être à nouveau trahie. Elle n'a toujours pas donné de nouvelle à sa famille mais elle explique qu'eux non plus ne l'appellent jamais, que depuis qu'elle ne le fait plus « *il n'y a plus rien* ». Elle exprime une grande ambivalence vis-à-vis de son frère et de sa mère.

« - Line : On dit chez nous que quand quelqu'un t'a fait du bien, il faut toujours être reconnaissant. Même si finalement les choses ne se sont pas bien passées, il faut toujours reconnaître le bien qu'on t'a fait.

- Thérapeute principal (TP) : C'est un proverbe ?

- Line : Oui.

- TP : Est-ce que vous pouvez nous le dire en fon ? »

Line le dit, avec quelques difficultés, et en souriant. Un cothérapeute demande alors comment Line est venue au monde, comment sa mère s'y est préparée. Cette fois ci, Line parvient à nous parler d'elle petite fille :

« Entre ma mère et moi, c'était à couteaux tirés. J'étais têtue. Elle me disait qu'elle m'aimait comme les autres, mais elle n'aimait pas que je sois indépendante, que je ne dise pas oui à tout. Alors c'était un peu moi qui devais tout faire à la maison, le ménage, les corvées. Et après ça a été pareil chez mon frère. Quand je suis née, on a pensé me confier à ma tante, la sœur de mon père, qui ne pouvait pas avoir d'enfant. Quinze jours après ma naissance, il y eut une fête au village. Ma tante est passée, et elle a dit qu'elle allait à la fête et qu'à son retour elle nous amènerait des pagnes et d'autres choses. Elle est partie et elle a eu un accident, elle est morte comme ça. Alors on a dit que je n'avais pas trop de chance ».

Ces propos permettent de faire l'hypothèse que Line a probablement été considérée comme une enfant singulière. Au sens anthropologique, les enfants singuliers sont des enfants qu'une particularité physique ou psychique distingue du commun. Cette particularité est également une énigme à résoudre. Il s'agit d'une représentation culturelle possédant toujours une double valence, l'enfant singulier étant porteur de richesse et de danger à la fois. Des formes très différentes d'enfants singuliers ont été décrites selon les contextes culturels. Leur identification implique toujours des rituels spécifiques (Moro 1998).

Les matrices ontologiques désignent les représentations que les parents ont de l'enfant, de sa nature — ou plus précisément comme le précisait Devereux (1968), la nature de l'enfant telle que les adultes et les parents l'imaginent, le fantasment et donc le fabriquent — de son identité, de son origine, des modalités de son développement, de ses besoins et de ses liens avec la famille. Elles sous-tendent aussi tous les actes que les parents effectuent vis-à-vis de l'enfant. Ces représentations culturelles pré-existent à l'enfant, elles constituent une sorte d'image qu'il va venir habiter. Moro (1994) a proposé le terme de *berceau culturel* pour ces représentations. Elles déterminent la manière dont l'enfant est *investi* et donc *perçu*, selon l'expression de Lebovici (1960). Elles influent sur la manière dont on entre en relation avec lui. Les logiques de cette théorie doivent être explorées en fonction des groupes. Elles sont nombreuses et variées. Elles existent pour tous les enfants. Pour certains enfants qui présentent des particularités, des enfants singuliers, on parle *d'enfant-ancêtre* porteur d'un message de l'ancêtre, *d'enfant génie*, *d'enfant lié au monde de la brousse*, *d'enfant dévoreur* de ses propres parents ou de ses frères et sœurs, *d'enfant parasite*, *d'enfant cannibale*... autant de formes culturelles qui contiennent sans doute, on en reconnaît les méandres, des

désirs infantiles refoulés des adultes mais pour autant, ils ne peuvent être interprétés comme tel ou seulement comme tel c'est-à-dire comme des désirs inconscients individuels car ils n'appartiennent pas en propre aux parents ou un individu mais à un groupe. L'individu puise ainsi dans un réservoir de représentations ontologiques forgées avant lui et qu'il contribue à nourrir et ce processus d'appropriation ne doit rien au hasard, dans la mesure où le choix constitue l'intersection entre le collectif et le singulier (Moro 1998). Pour comprendre l'impact des représentations sur le comportement des adultes et le développement de l'enfant, Devereux (1968) propose de distinguer deux niveaux de réalité : il distingue le *réel* de la *réalité psychique* (fantasmatique). Devereux introduit une dichotomie entre ce qui est du comportement *infantile* — maturation d'un organisme biologique et psychique encore inachevé — et ce qui est *puéril* c'est-à-dire un comportement social et individuel appris. A méconnaître cette distinction fondamentale, l'on risque de ne pas saisir la complexité des niveaux en jeu dans l'étude de l'enfant. L'exemple utilisé pour différencier ce qui est infantile de ce qui est puéril est celui de la période de latence qui n'existe pas chez les Mohave ou les Sedang, mais qui existe dans la société occidentale — moment où la curiosité de l'enfant est investie dans les apprentissages scolaires (épistémophilie). En revanche, les comportements liés au stade oral, anal, phallique et œdipien sont rattachés au registre infantile. Ainsi, Devereux démontre que l'image que la société a de l'enfant et l'expérience vécue qu'elle détermine influence la pensée psychologique générale des membres de la société, de même qu'elle joue sur les modalités de développement et de soins de l'enfant.

Nous demandons alors à Line si des choses particulières ont été faites pour la protéger. Selon elle, toutes les cérémonies ont été faites « comme pour les autres ». La cérémonie de nomination a été faite après le décès de la tante. Line a reçu le prénom de la grand-mère paternelle, et différents prénoms fons dont certains ont une fonction de protection. L'un des prénoms qu'elle a reçu est habituellement donné lorsqu'une naissance et un décès surviennent dans un laps de temps très rapproché, et ce prénom signifie en fon « *on a retrouvé la paix* ». D'autres prénoms sont liés à la position de la lune lors de la naissance et de la cérémonie de nomination. Line a également reçu un prénom qui signifie « vendredi », qui est le jour de sa naissance.

Le thérapeute principal évoque le destin des enfants qui doivent traverser dans leur vie des épreuves terribles qui leur permettent de se transformer et de transformer leur vie, comme par exemple Moïse. Ce mytheme de l'enfant exposé a été proposé par Moro (1989a, 1989b) comme représentation dynamique des contraintes traumatiques auxquelles les enfants migrants et les enfants de migrants sont confrontés. Selon Lebovici l'enfant exposé, lorsqu'il « ne devient pas roi, reste animé par la honte de ne pas avoir été contenu, de ne pas s'être contenu » (1989 : 100). Cette honte est susceptible alors de le conduire à rechercher des satisfactions masochistes. Pour Lebovici, le destin de l'enfant exposé tient au maintien d'une relation d'empathie de la part de la mère. C'est la perte de l'empathie de la mère qui est susceptible de conduire à une réelle dénudation. Son maintien permettrait au contraire de préserver l'estime de soi et le narcissisme de l'enfant (1989 : 102).

Line acquiesce à la proposition qui lui a été faite. Elle dit que ces enfants-là souffrent. Qu'elle-même a traversé l'Afrique et bien des épreuves. Une des cothérapeutes remarque alors que Line peut aujourd'hui commencer à se tourner vers son passé et à regarder le chemin parcouru. Nous décidons alors d'explorer

l'histoire des grands-parents, et notamment des grands-parents maternels dont il n'a jamais été question.

« -TP : Vous connaissez l'histoire de la grand-mère maternelle ?

- Line : Oui, elle n'a pas eu d'enfant, alors elle nous gardait, elle était contente.

- TP : Votre grand-mère ?

- Line : Non, c'est ma tante. Ma grand-mère je ne l'ai pas connue. Si on m'a raconté des choses sur elle, je les ai oubliées. C'est ma tante qui m'a manqué. Je pense tout le temps à elle.

- Cothérapeute : Line aurait pu mourir avec son agresseur, comme sa tante est morte dans l'accident. Elles ont toutes les deux rencontré quelque chose qui pouvait les tuer, mais Line s'en est sortie. Je me dis que Line doit souvent penser à sa tante, et encore plus depuis l'agression.

- Line : A mon père aussi. Parfois je fais des rêves, je vois quelqu'un comme lui, je me dis que ça doit être lui, il me montre un chemin, il me donne des conseils, ma tante aussi. Après, chaque fois, je prie pour eux, pour les défunts de la famille.

- Thérapeute principal : Nous disions que vous étiez très seule au début de l'entretien. En fait vous ne l'êtes pas, il y a beaucoup de gens qui vous accompagnent, mais ceux-ci ne sont pas visibles. »

L'un des cothérapeutes fait une proposition d'acte en suggérant que là d'où il vient (le Maroc), on ferait dans une telle situation, quelque chose pour la tante, comme une offrande ou une prière. En terminant l'entretien le thérapeute principal demande à Line d'essayer de garder ses rêves pour la séance suivante.



### **Troisième entretien : retour des rêves et des objets culturels**

Line arrive plus détendue, moins figée. Elle est souriante, et elle a commencé des activités de formation au sein d'un groupe. Elle y a réalisé une peinture qui la représente avec sa mère, près d'un banc, sous un grand arbre. Line semble danser sur ce dessin. Il s'agit d'une grande feuille que Line sort de son sac et déplie. Elle se lève et présente son dessin à chacun des membres du groupe avant de retourner s'asseoir. Line dit avoir du mal à dormir, et avoir fait, pour la première fois depuis longtemps, trois rêves qu'elle nous raconte avec empressement :

« Il y a quelques jours, je suis sortie de formation et j'avais un gâteau que j'ai posé sur ma table. J'ai dormi quelques heures et j'ai rêvé d'un vieux qui me disait : "S'il te plaît, pardonne-moi". Je me suis réveillée et j'ai cherché le gâteau, mais il avait disparu. Dans un autre rêve, il y avait un monsieur qui me mettait un fusil sur la gorge et je criais mais les cris ne sortaient pas, je le suppliais, je lui disais : "S'il te plaît, ne fait pas ça". Dans le troisième rêve, j'ai vu un cousin qui est mort. Il était content de me voir, il m'a embrassée. »

Line a cherché le sens de ces rêves, elle a même acheté une *Clef des songes* qui ne l'a pas beaucoup aidée. Les trois rêves lui ont fait très peur. Elle relie directement le second rêve à son agression. Pour les deux autres, elle pense « que peut-être son père est passé ». Elle se souvient que chez elle, on avait l'habitude de laisser un peu de nourriture dans une assiette avant d'aller se coucher, au cas où les morts passeraient et auraient envie de manger.

Les cothérapeutes reviennent ensuite au dessin. Pour certains, il évoque une scène d'initiation. On demande alors à Line s'il existe des cérémonies particulières pour les enfants qui présentent des particularités. Selon Line, il en existe plusieurs types, selon la nature de l'enfant, et elle nous précise que ce sont généralement les tantes qui identifient les besoins de l'enfant et organisent les cérémonies adéquates

qui passent généralement par des sacrifices. Le thérapeute principal suggère alors que peut-être, pour elle, les actes qui devaient être faits ne l'ont pas été, dans le contexte difficile de la mort de la tante. Line associe avec l'idée du danger qu'elle encoure. Elle a la capacité, nous dit-elle, de voir dans ses rêves ce qui va se passer, et ces trois rêves lui laissent supposer un danger. Ces propos soulignent encore la singularité de Line qui aurait ainsi le « don » de faire des rêves prémonitoires. Le groupe s'interroge alors sur la manière de se prémunir des dangers, et un cothérapeute, originaire du Cameroun, rapporte l'histoire suivante :

« - Cothérapeute : Chez moi, à la naissance, les tantes et la grand-mère maternelle prennent le placenta et l'enterrent au pied d'un arbre. Il faut le nourrir tout le temps, et si on ne peut plus, il faut faire une cérémonie pour le nourrir une fois pour toutes.

- Line : Chez nous aussi. Il faut l'enterrer et si on ne l'a pas bien enterré, l'enfant aura des problèmes.

- TP : Est-ce que vous avez parlé de ces choses avec votre mère ?

- Line : Non, elle n'en parle pas avec nous.

- TP : La première fois, quand vous êtes venue dans le groupe, vous aviez dit que vous ne vouliez plus entendre parler des Fons et de l'Afrique, que leur mentalité, ce n'était que des problèmes. Et j'ai l'impression qu'aujourd'hui, vous vous interrogez sur ces choses-là, que vous avez envie de renouer des fils.

- Line : Ce qui a été fait ou pas, on peut plus le changer. Moi je ne veux plus entendre parler de tout ça, des choses qui n'ont pas été faites. Et puis il faudrait que j'appelle ma mère pour savoir. Et moi j'ai tout coupé, je ne donne plus de nouvelles. »

Nous terminons l'entretien en proposant la présence, lors d'une prochaine rencontre d'une psychologue fon lors de la consultation, afin de pouvoir utiliser des

phrases ou des mots de la langue maternelle de la patiente si elle le souhaite, ce que Line accepte.

### ***Quatrième et cinquième entretiens : créations***

Depuis le dernier entretien, la psychiatre qui suivait Line a quitté le service. Line voit désormais un psychiatre prescripteur qui la reçoit tous les deux mois et une psychothérapeute pour un travail individuel qui doit débiter prochainement. Par ailleurs, une confrontation avec son agresseur a eu lieu, au cours de laquelle celui-ci a nié les faits, ce qui a été un moment extrêmement douloureux pour Line.

Lors de ces deux entretiens, Line est presque enjouée. Elle nous narre par le détail sa vie quotidienne et ses activités. Elle se sent désormais à l'aise avec les autres, dans le groupe de formation auquel elle participe. Elle a été sélectionnée pour être mannequin au cours d'un défilé de mode. Elle crée des vêtements qui sont « un mélange de tradition et de vêtements occidentaux ».

Elle a également des activités artistiques de peinture et de collage dont elle nous amène de nombreux exemples. Le groupe est frappé par le thème récurrent du double qui imprègne tout ce travail. Les dessins représentent des créatures siamoises, assez symétriques, et les collages sont généralement des visages comprenant deux faces différentes. Line dit cependant préférer la couture, car il s'agit de « créer avec son intelligence et pas avec l'imaginaire ».

Ses symptômes se sont beaucoup amendés : elle dort mieux, sans toutefois se souvenir de ses rêves, a retrouvé l'appétit, souffre moins de reviviscences, elle peut à nouveau nouer des relations avec les autres, elle est moins triste, moins ralentie. Elle prend beaucoup de plaisir à venir dans le groupe, salue chaque thérapeute individuellement à la fin de ceux-ci. Le groupe est lui-même pris dans une sorte

d'illusion et il est tenté, en miroir avec la patiente, de négliger le clivage qui soutient cette amélioration partielle, mais qui reste important. Line n'a toujours pas donné signe de vie à sa famille, et elle supporte difficilement qu'on y fasse allusion. Elle résume finalement sa position par ces mots : « Ce n'est pas possible, les problèmes d'ici et de là-bas, ça fait trop ».

### ***Sixième entretien : d'un monde à l'autre***

Lors du sixième entretien, notre collègue fon<sup>66</sup> est présente. Très peu de mots en fongbé seront échangés au cours de cette séance, et pourtant la présence de cette cothérapeute dans le dispositif va produire de modifications importantes du contenu de l'entretien.

Tout d'abord, Line raconte très différemment sa venue en France, elle peut en faire un récit chargé d'affects. Elle a eu très peur dans l'avion, c'était la première fois qu'elle le prenait. Elle a dû demander à son voisin comment boucler sa ceinture. Elle est partie « un jeudi soir », et elle est arrivée à Paris le vendredi (comme son prénom) au petit matin. Elle avait peur de sortir de l'avion qu'elle a été la dernière à quitter. Une fois descendue, elle ne trouvait pas son frère et était effrayée. Elle se souvient de manière très précise des ascenseurs, du parking, de la circulation, et elle a vécu toute cette séquence dans un sentiment d'étrangeté qui a suivi un temps de sidération psychique, soulignant la dimension traumatique de cette arrivée en France. Un cothérapeute commente ainsi ce voyage « Moi aussi j'ai fait le voyage, le soir, pour venir d'Afrique. On s'endort dans un monde, on se réveille dans un autre ».

Line parle également de sa relation avec sa mère, et peut se laisser aller à une certaine colère. Elle a l'impression de n'avoir jamais été autant aimée que ses

sœurs. Sa mère n'a jamais pris soin d'elle. Après la fin de ses études de couture par exemple, sa mère lui interdit de se servir de sa machine à coudre, et Line multiplie de tels exemples. « Avec tout ce qui m'arrive là, si je pense en plus que ma mère ne m'aime pas... Quand mon frère m'a mise dehors, elle a dit qu'il fallait que je rentre, mais je n'ai pas voulu, parce que sinon, tout allait recommencer comme avant. »

Enfin, Line nous apprend que ces derniers temps, elle fait des cauchemars : « Je vois des revenants qui me chassent. [Elle le dit aussi en fongbé]. C'est effrayant. On dit qu'il faut faire des sacrifices, alors je demande des messes pour papa. Mais je ne sais pas pourquoi je rêve tout le temps de ça. » Dans la tradition fon, les revenants incarnent le retour des morts, et ils sont l'objet de cérémonies au cours desquelles, revêtus d'impressionnants costumes, ils pourchassent les vivants au son d'instruments de musique. La thérapeute fon fait remarquer qu'il s'agit là de rêves particuliers, que tout le monde ne fait pas.

Durant cette séance, Line établit des liens entre des univers de référence hétérogènes et clivés. Elle peut, pour la première fois, faire un récit de la migration chargé d'affects, et dans le même temps, elle établit un lien entre monde naturel et monde surnaturel, entre les vivants et les morts. La présence d'une thérapeute parlant le fongbé dans l'espace du groupe a permis la réduction des clivages entre les différents univers d'appartenance.

Il s'agit là de la première étape du travail avec Line, mais elle illustre comment, dans une situation figée par l'effroi traumatique, le matériel culturel et le matériel individuel peuvent s'étayer l'un l'autre dans le travail psychothérapeutique, et comment l'introduction de la langue maternelle de la patiente, initialement impensable, modifie profondément le dispositif et son efficacité.

---

<sup>66</sup> Judith Ayooso, psychologue clinicienne et psychothérapeute.

Durant cette première partie de la prise en charge, l'accent a été mis sur la singularité de Line, petite fille puis femme placée en situation d'intercession entre les vivants et les morts. Au cours des entretiens suivants, ce sont les modifications de son être depuis le trauma qui vont pouvoir être abordées. Line a fait un sacrifice pour son père et sa tante. Pour cela, lors du *ramadan*, elle est allée amener un pack de lait à la mosquée un vendredi, jour de sa naissance. Line nous dit que depuis quelques semaines, elle ressent un phénomène étonnant dans les églises : elle s'y sent mal à l'aise, et un jour où elle a essayé de toucher une statue de la Vierge Marie, elle a vraiment cru s'évanouir. Elle s'interroge sur ce qui a changé en elle, et soupçonne que ce soit là le fruit de malveillances. Quelques temps plus tard, elle nous amène trois objets sculptés par elle qu'elle nous dévoile en fin de séance. Elle me les donne afin que je les fasse circuler dans le groupe et que chacun puisse s'interroger et l'interroger sur leur signification.

Le premier est un masque « moulé sur son visage » dit-elle, qui est peint et exprime la colère. Le second est en terre. Il a la forme d'une petite pirogue dont l'extérieur est couvert de paillettes et l'intérieur rose et plissé. « Je ne sais pas ce que c'est », dit Line. Le troisième est une sorte de masse informe, hétérogène (il comprend des plumes, des perles) dont Line ne dit rien, et qui laisse le groupe perplexe. Après le départ de Line, le groupe fait l'hypothèse d'un fœtus monstrueux, d'un objet magique, ou encore d'une figuration de l'informe. Nous interprétons en tout cas cette séquence comme une possibilité de symbolisation de l'expérience de l'effroi médiée par des objets (Roussillon 2005 : 236) circulant dans le groupe.

Progressivement, un sens se dégage dans son histoire, et c'est un sens qui est congruent avec les représentations culturelles fon. Il y est question de la singularité de Line, de sa nature, et des modifications de celle-ci. Line entame un processus de

transformation en faisant un lien entre l'avant et l'après de l'événement traumatique, lequel entre en résonance avec le traumatisme de la migration. Elle assume désormais la complexité de son histoire et de son parcours.

### 4.3- PAUL « *INAKALE* »

« *Y a toujours de la vie qui reste, même quand le diable est passé* ».  
TIERNO MONENEMBO, *L'ÂINE DES ORPHELINS*

« *Beaucoup de choses sont inquiétantes,  
mais rien n'est plus inquiétant que l'homme lui-même* ».  
SOPHOCLE, *ANTIGONE*, v. 332-333.

Paul a vingt-et-un ans lorsqu'il est adressé à notre consultation par une autre équipe, spécialisée dans le psychotraumatisme, mais qui se sent en échec avec lui, comme si, malgré les différentes prises en charge proposées jusque-là, les symptômes, les plaintes et la souffrance étaient irrémédiablement fixées. L'équipe qui le prend en charge a donc proposé des consultations avec un psychiatre, un traitement psychotrope, une thérapie d'inspiration cognitivo-comportementale, mais l'état clinique du patient n'évolue pas. Un avis nous est alors demandé pour évaluer notamment les aspects culturels de la symptomatologie.

L'histoire de Paul, telle qu'elle nous est transmise, est la suivante : en 1997, Paul, durant l'une des guerres de Brazzaville, a été victime de l'éclat d'un obus qui lui a lésé le plexus brachial gauche (il reste une petite cicatrice sur le devant de l'épaule gauche). Il décrit ce qui s'est passé alors comme un « blanc », accompagné d'une disparition complète de la sensibilité du bras « il était comme mort ». On lui a retiré chirurgicalement l'éclat fiché dans son épaule, et c'est alors qu'une douleur est apparue, douleur qui ne l'a plus jamais quitté. Il présente depuis une douleur lancinante du bras, irradiante, et une paralysie de ce bras. Les examens pratiqués (électromyogramme) mettent en évidence une atteinte des fibres nerveuses



sensitives, expliquant les douleurs, mais pas d'atteinte des fibres motrices, ce qui revient à dire que la paralysie du bras est d'origine psychogène.

### 4.3.1- Les premières rencontres

Paul vient avec appréhension, mais s'exprime sans difficulté. Il a beaucoup d'attentes dit-il, et il espère que dans ce lieu, on parviendra à l'aider. Il demande qu'on fasse quelque chose pour que son bras bouge à nouveau, et surtout pour que ses douleurs le quittent. La douleur l'empêche de dormir. La paralysie l'inquiète pour son avenir. Il n'a pas de plainte explicite concernant des aspects psychologiques, la douleur est la seule plainte, parce que cette douleur « ça essaye de me rappeler des souvenirs de la guerre ». Les reviviscences traumatiques suscitées par cette douleur sont insupportables, d'ailleurs Paul ne veut pas en parler, et il doit, pour les chasser, faire beaucoup d'efforts qui lui donnent « mal à la tête, et mal partout ».

Paul est le seul de sa famille proche en France, avec un demi-frère côté maternel qui habite en province. Il parle couramment le français, langue dans laquelle il a étudié jusqu'en terminale, mais également l'ari et lingala. Il est né à Brazzaville d'un père mboshi<sup>67</sup> et d'une mère téké<sup>68</sup>. Paul est donc métis, issu d'un métissage susceptible d'être facilement scotomisé pour un clinicien occidental, mais qui imprime sa marque à la construction identitaire. Le père était déjà marié et avait des enfants. Lorsque Madame lui a appris qu'elle était enceinte de Paul, Monsieur lui a proposé de la prendre pour seconde épouse, ce que qu'elle a refusé, et les parents

---

<sup>67</sup> Les Mboshi constituent l'ethnie dominante du nord du Congo. Denis Sassou-Nguesso, président de 1979 à 1992 et à nouveau depuis 2002 est lui aussi d'ethnie mboshi, de même que les membres des milices cobras qui le soutinrent entre ses deux présidences et qui étaient recrutés sur des critères ethniques.

<sup>68</sup> Ethnie du sud et du centre du Congo appartenant au groupe bantou (Mouyani Opou 2005).

se sont quittés en très mauvais termes. Elle a donc d'abord élevé Paul seule, puis s'est mise en ménage et a eu d'autres enfants avec son nouveau compagnon. Paul a grandi essentiellement chez sa mère, mais en allant parfois chez son père, ce lien lui laissant beaucoup d'amertume. Paul croit que son père a voulu « lui faire payer l'attitude de sa mère ». Il a grandi avec le sentiment de manquer d'amour paternel. Les premiers entretiens avec Paul sont très répétitifs, la douleur est décrite de manière riche et plusieurs fois répétée lors de chaque entretien : son type (ça pique, ça brûle, ça lance, ça fait des décharges électriques, ça broie, on m'arrache), son trajet (ça part de l'épaule là où il y a la cicatrice, ça descend dans le bras, ça remonte dans la tête, ça va vers le cœur), les sensations associées (je me trouve mal, j'ai les oreilles pleines d'eau, de l'eau dans la tête, c'est comme si j'allais mourir, ça m'étrangle, ça m'étouffe). Paul ne parle pas de son histoire, « parler ça fait trop mal, ça fait revenir la douleur ». La demande d'être soulagé de cette douleur est le leitmotiv des rencontres, en même temps que les questions adressées au thérapeute : en êtes-vous capable, avez-vous seulement déjà vu des choses pareilles ?

La réalité de la situation de Paul est difficile : il est seul en France, en situation irrégulière (sa demande d'asile politique a été refusée), et il n'a pas de revenu : sa situation administrative lui interdit de travailler et son état de santé ne lui permet pas d'effectuer de tâches trop physiques. Il n'a pas d'hébergement fixe et compte sur des amis ou sur des amis de la famille mais cela ne lui permet pas un hébergement stable. Enfin, son réseau social est très peu étendu, Paul explique que ses souffrances finissent toujours par faire peur aux autres.

### 4.3.2- L'hospitalisation

Les symptômes de Paul vont en s'aggravant progressivement. Il décide d'interrompre son suivi dans le centre où il consultait jusque-là, et demande à notre équipe de le prendre en charge. Il est décidé d'une hospitalisation, afin de réévaluer le traitement, d'impliquer l'équipe spécialisée du centre de traitement de la douleur chronique, et de fournir un cadre suffisamment contenant pour pouvoir mener des entretiens psychothérapeutiques rapprochés et plus approfondis. L'hospitalisation, dans un service de Médecine, va durer plusieurs semaines, avec un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier.

Durant ce séjour, Paul prend la décision d'écrire son histoire sur un cahier. Il le fait pour lui, dit-il. Il partage cependant certaines pages avec l'équipe, et utilise ces écrits comme un support qui lui permet d'aborder les éléments de son histoire durant les entretiens. Progressivement, Paul parvient à une certaine continuité dans son récit, récit qui était jusque-là totalement fragmenté. Le rétablissement de la continuité passe par la narration d'événements traumatiques multiples. L'éclatement de l'obus et la blessure constitue une scène traumatique qui fait écran à de nombreux autres traumatismes. Paul a été enlevé par des miliciens cobras, et comme les autres jeunes gens enlevés et recrutés comme lui, il a subi un processus de déshumanisation organisé à travers l'exposition répétée à des traumatismes intentionnels. Sous la contrainte d'armes, il a dû embrasser un cadavre en putréfaction et enterrer des personnes vivantes qui avaient préalablement été blessées par des tirs d'armes à feu dans les jambes. La scène sans doute la plus terrifiante que raconte Paul, est qu'il a assisté au meurtre d'un bébé, broyé dans une meule à grain en pierre par des hommes en armes. Ces deux dernières scènes ne peuvent être dites qu'après un long temps d'hospitalisation. Elles produisent une

grande confusion chez les auditeurs. Nous apprenons que Paul les a « donné à lire » à plusieurs infirmières du service de médecine dont certaines se sentent mal depuis. Qu'est-ce que cela signifie ? Nous faisons d'abord l'hypothèse d'un agir pervers, puis nous pensons qu'il s'agit là de tester les capacités de contenance de l'équipe qui le prend en charge. Toujours est-il que la relation avec l'équipe s'inverse. Paul qui était choyé dans la position « d'adolescent isolé victime de guerre » suscitant des rapprochés sans doute trop importants d'une partie de l'équipe, devient peu à peu un mauvais objet. « Il ne guérit pas, il se plaint toujours, son bras n'est pas paralysé, il fait semblant, peut-être même simule-t-il la douleur, ou bien a-t-il tout inventé... ». Les traitements antalgiques, qui sont employés les uns après les autres dans un impressionnant crescendo technologique (morphiniques, électro-stimulation, perfusions de kétamine) ne conduisent qu'à une aggravation des douleurs.

Ces douleurs partent toujours de la cicatrice (« elle se réveille ») pour gagner tantôt le bras, le cou, la tête, les oreilles, le thorax. Paul a de l'eau dans la tête et les oreilles, et il sent que son cœur va s'arrêter. Il a très peur de mourir comme ça, au moment où il se sentira le plus mal. Il s'avère impossible peu à peu, de distinguer la plainte algique des contenus psychiques. Aux questions sur les contenus, Paul répond par la douleur du contenant.

La fin de l'histoire écrite par Paul durant son séjour hospitalier se situe à l'aéroport de Maya-Maya à Brazzaville, dont le sol est recouvert par une grande flaque de sang « comme celui d'un abattoir ». Afin de pouvoir embarquer sur un vol pour Pointe-Noire<sup>69</sup>, on lui avait préalablement donné le conseil de mentir sur son nom lorsqu'on le lui demanderait, et de donner un nom de famille « du Sud », ce qu'il

---

<sup>69</sup> Ville côtière et pétrolière de l'ouest du Congo-Brazzaville, restée à l'abri des différentes guerres, mais inaccessible par la

a fait, acceptant de dissimuler un nom qui l'aurait trahi. Le jeune homme qui était juste derrière lui a donné un nom de famille « du Nord » et n'a pas pu partir. « Je me demande depuis ce qu'il lui est arrivé. J'aurais dû le lui dire » commente Paul, exprimant une importante culpabilité envers ses pairs.

### **4.3.3- Après l'hospitalisation**

Durant les dix-huit mois qui suivent, Paul est suivi en consultations thérapeutiques individuelles. Les signes de dépression se sont amendés, mais la symptomatologie psychotraumatique, les reviviscences et les douleurs sont toujours aussi vives.

Sa mère lui manque dit-il. Elle est quelque part entre la France et Brazzaville où elle travaille comme infirmière de bloc opératoire. Elle serait en France pour demander des papiers, auxquels elle aurait droit du fait des actes de guerre de son père. Elle est très peu présente dans la prise en charge. Elle accepte de venir un jour sur mon insistance, mais ne dira rien d'autre que « occupez-vous bien de lui ». Elle est clairement indisponible, et semble nous confier son fils.

Paul décrit des phénomènes nouveaux : il y a des moments au cours desquels « il ne se sent plus lui-même », au décours desquels il ne se souvient plus de ce qu'il a fait ou dit. Ce sont les autres qui doivent alors lui dire ce qui s'est passé. « C'est comme si je n'étais plus le même... Lorsque j'étais entre la vie et la mort, il y a quelque chose qui m'a quitté à ce moment là » (il montre son bras). Paul peut ainsi

---

route, car il aurait fallu traverser la région du Pool où les combats et exactions faisaient rage.

verbaliser l'effroi, l'effraction psychique liée au réel de la mort qui l'a saisi, et l'a laissé modifié dans son être.

Parallèlement aux soins dans le service, la quête thérapeutique de Paul se poursuit. Sur les conseils de proches, il a été invité dans une communauté évangélique. Le pasteur a évoqué des « démons » et a proposé un exorcisme. Paul dit « ne pas croire à ces histoires de diable dans le corps ». Lors de la séance publique d'exorcisme, Paul est effectivement entré en transe, mais celle-ci a été si spectaculaire, et accompagnée de tels hurlements de douleur, que les officiants, dépassés, n'ont très vite plus eu comme ressource que d'appeler le SAMU. Paul fait peur aux autres et c'est là également une marque de l'effroi.

Le SAMU, très fréquemment appelé par Paul, ou ses proches, devant des douleurs insupportables, le conduit très souvent aux urgences, où les médecins, devant le lourd traitement du patient, se disent généralement impuissants à l'aider. Au bout de quelques mois, le SAMU rechigne à se déplacer encore pour ce patient.

Paul vient avec un fragment de rêve qui n'est pas un rêve traumatique. Dans ce rêve, il a l'âge qu'il a actuellement dans la réalité, mais il est au Congo-Brazzaville dans une ambiance de guerre, et marche sur le chemin qui mène au village de sa grand-mère maternelle. Pour la première fois, ce rêve est lié à une tonalité affective agréable et pas à une reviviscence de l'effroi. Paul explique que cette grand-mère est morte en 1998, après qu'elle lui ait dit des choses positives et importantes pour le reste de sa vie, une sorte de bénédiction dont il ne se rappelle pas le contenu. Peu après, on avait du lui extraire des dents, et elle était morte trois heures plus tard. Les gens avaient dit qu'on lui avait enlevé ses protections. Paul associe avec un autre souvenir. Alors qu'il était enfant, il était allé voir un marabout avec sa mère, il ne sait

pas pourquoi. Mais le marabout avait dit que lorsque sa mère portait Paul, il y avait un jumeau avec lui et que ce jumeau était mort. Paul avait donc une dette par rapport à lui, dette que Paul et sa mère étaient allés payer en déposant une offrande en un lieu précis de Brazzaville dans le quartier de Talangaï. Sa mère et lui avaient ensuite été pris en chasse par un « fou » et avaient eu très peur. Immédiatement, Paul se distancie de cette histoire : il ne croit pas à toutes ces choses, dit-il. Cet épisode nous apprend que Paul a été considéré comme un enfant singulier, au sens anthropologique du terme. Au Congo en effet, les jumeaux sont considérés comme des ancêtres revenant chez les vivants dans le but d'accomplir différentes choses. Ils sont des enfants précieux qu'il faut choyer et protéger mais sont également menaçants, susceptibles de mourir ou de tuer leur alter-ego s'ils sont mécontents. Différents rituels dits « de consécration » sont effectués après leur naissance puis à intervalle régulier par la famille afin de les protéger et de les apaiser (Mouayini Opu 2005). On dit également que les jumeaux ainsi que leurs mères ont la capacité de soigner les maladies infantiles (Tonda 1986 : 511).

L'évolution reste fluctuante, avec des périodes d'exacerbation de la symptomatologie douloureuse et des reviviscences traumatiques. « C'est comme si j'avais une plaie à l'intérieur, comme si la blessure était toute nouvelle ». « Comme si on m'avait coupé le bras, ça me rappelle les douleurs que j'ai eu quand je suis sorti du coma, ça me torture, j'ai peur que ça se déplace, que ça se généralise ». « Je ne sais pas ce qui se passe en moi ». « J'ai quelque chose de bizarre à l'intérieur de moi, et personne ne le voit ». Paul exprime son désaccord avec le psychologue qu'il a rencontré à plusieurs reprises et qui estimait que sa souffrance était liée à sa situation administrative. « Il n'a pas compris, ce n'est pas le problème des papiers,

c'est quelque chose à l'intérieur de moi ». Paul se sent seul face à la radicale étrangeté qu'il perçoit en lui.

Paul ébauche progressivement une sorte de théorie étiologique profane concernant ses troubles (Moro 1994), c'est-à-dire une théorie intégrant représentations culturelles et éléments du discours médical pour apporter des réponses aux questions des causes et du sens du mal qui l'afflige : à l'intérieur de lui, il y a un « corps étranger », inconnaissable, qui provoque les douleurs et les sensations corporelles, lesquelles réactivent les souvenirs traumatiques. Peu de temps après, à l'examen d'une radio de l'épaule, un manipulateur radio dit à Paul qu'il a un « minuscule éclat d'obus logé dans l'épaule ». Cela a un effet sidérant sur le patient. Il consulte ensuite plusieurs médecins, qui tous lui disent que cet éclat à la taille d'une poussière, que peut-être il n'y a même pas d'éclat et que l'image radiologique est un artefact, en tout cas, que cela ne peut lui provoquer aucune douleur, qu'on ne peut pas « ouvrir pour regarder » comme le souhaiterait Paul, parce que c'est profond et que le jeu n'en vaut pas la chandelle. Paul n'est pas de cet avis : « je veux qu'on me l'enlève, quel que soit le prix à payer, je ne peux pas garder cela dans mon corps ». Il veut « effacer tout ça » : la trace dans son corps et les souvenirs, indissociablement liés.

Au cours des trois mois qui suivent, cette thématique prend toute la place dans les entretiens. Paul se livre à de longues descriptions de ses douleurs, demande de manière répétitive ce qu'on peut faire pour enlever l'éclat, insiste pour que nous intervenions auprès des médecins somaticiens dans ce sens.

Un essai de prise en charge corporelle par un kinésithérapeute pour travailler sur les sensations au niveau du bras est un échec : le moindre contact déclenche



des douleurs insoutenables, aucune mobilisation du bras, même passive, n'est possible.

Parallèlement, les relations avec son entourage se dégradent. La même séquence relationnelle se déroule de manière répétitive : Paul et son histoire suscitent d'abord la compassion, le désir d'aide, la curiosité, puis invariablement la gêne et le rejet. Il n'a plus que des hébergements transitoires et il lui arrive de devoir passer la nuit dans la rue.

Paul décide finalement de quitter la région parisienne pour une ville de province. Là-bas, un « grand frère » qui habitait la même concession que lui à Brazzaville est disposé à l'aider et à l'héberger. Paul demande à ce que nous l'aidions à trouver des correspondants médicaux sur place : un psychiatre, un spécialiste de la douleur et un neurologue. Il souhaite cependant poursuivre un travail thérapeutique avec nous. Nous lui proposons alors une prise en charge dans le groupe trauma. Pour sceller ce moment de séparation, Paul demande à être pris en photo avec nous, ce qui est fait par une collègue.

Au terme de cette séquence de prise en charge, nous constatons les limites du travail effectué. Certes, une relation transférentielle forte s'est développée, mais ni celle-ci ni ses tentatives d'interprétation ne sont venues à bout du schéma de répétition à l'identique sous-tendue par la compulsion de répétition dans lequel Paul est pris. Par ailleurs, les tentatives pour aborder les aspects culturels des symptômes de Paul, de sa trajectoire, du sens qu'il attribue à ce qui lui arrive sont restées vaines. Le discours de Paul contient pourtant bien des implicites culturels, mais le cadre individuel ne permet pas de les expliciter. Sa souffrance semble sans fin. Tonda, à partir d'une étude menée à Brazzaville, note que dans toutes les langues

congolaises « être malade » peut se dire par « avoir un corps souffrant » (1986 : 507), et cela qu'il s'agisse d'affections somatiques, psychiques, mais aussi de malchance, d'échec répétés dans la vie sociale, de célibat prolongé... La cause première des troubles est souvent rapportée à l'ingestion d'une nourriture piégée ou au contact avec un objet préparé à cet effet, mais Tonda note également que « le simple fait de voir ce qui ne doit pas l'être lorsqu'on n'est pas protégé » (1986 : 507) peut déclencher la maladie. La sorcellerie, le fétichisme, la transgression de tabous, mais aussi donc l'exposition à ce qui devrait rester hors du regard des humains sont les principales étiologies que les guérisseurs évoquent au Congo lorsqu'il s'agit d'expliquer le malheur et le désordre qui s'expriment au travers de la souffrance des corps. Par la bouche, la peau, et même par le regard, des contenus peuvent venir souiller le corps, et les rituels thérapeutiques impliquent alors généralement de faire « sortir » ces éléments impurs du corps, éventuellement en les matérialisant, puis de les détruire (ibid.). Ces conceptions n'ont pas disparu à Brazzaville, elles ont résisté à la fois à l'urbanisation et à l'ordre colonial (Tonda 1986 : 512). L'ébauche de théorie étiologique profane que Paul a mis en place est tout à fait congruente avec ce modèle lorsqu'il évoque ce « corps étranger » à l'intérieur de lui, mais il n'est pas possible de faire le lien avec ces catégories traditionnelles.

#### **4.3.4- Les entretiens de groupe**

La prise en charge en groupe débute quelques mois plus tard. Six entretiens ont lieu sur une période d'un an. Le thérapeute principal (TP), n'est pas celui qui a reçu Paul en individuel, il travaille avec six cothérapeutes (coT), et un interprète lingala – français. Parallèlement, Paul est suivi en province par une équipe

spécialisée dans la prise en charge des douleurs chroniques, qui ne comporte pas de psychiatre ni de psychologue.

***Premier entretien : temps figé du trauma, co-construction du cadre et contenance du groupe***

Lors du premier entretien, Paul se présente tout d'abord dans un état de grande passivité : « Je suis là comme toujours. J'attends. Je ne sais pas de quoi je souffre. Médicalement, on ne m'a jamais dit ». Invité à parler de ses difficultés, il explique : « Les événements... ça revient tout le temps... ça empire. Depuis que j'ai commencé le traitement, ça ne s'améliore pas. J'ai été hospitalisé mais je n'ai pas eu de bons résultats. Je ne sais pas pourquoi j'ai été hospitalisé. Je suis suivi par de bons médecins ». Paul ne fait pas la différence entre douleurs et reviviscences et emploie ces mots indifféremment. Paul explique qu'il attend des réponses à ses questions : qu'est-ce que j'ai, que peut-on faire ? « Peut-être quand même qu'il y a quelque chose qu'on n'a pas fait, qui reste à découvrir » continue-t-il, dans une forme de défi au groupe.

Il s'imaginait le groupe comme une assemblée de spécialistes auxquels il pourrait poser des questions et qui lui répondraient, et manifeste une certaine déception que tel ne soit pas le cas.

Paul explique en détail l'explosion de l'obus, mais reste très évasif sur les autres traumatismes. Il évoque les douleurs atroces qu'il ressent désormais. Il ne supporte plus alors le moindre contact contre sa peau, et il est parfois obligé d'enlever sa chemise. Quand la douleur est à son paroxysme, il a « l'impression qu'il a un arrêt cardiaque ».

Invité à dire les différentes choses qu'il a pu tenter pour chercher un soulagement, Paul dresse méticuleusement la longue liste des médecins et des psychologues rencontrés. Il ajoute : « On me regarde et on me dit "Ton histoire est très grave, je ne sais pas quoi te dire" ». Paul fait alors le parallèle avec les réactions dans son entourage « J'ai l'impression qu'ils ont peur de moi. Les gens me demandent ce que j'ai vu, ils insistent, et après ils ont peur, j'ai l'impression qu'ils sont plus traumatisés que moi ». Un cothérapeute suggère que les autres ont peut-être à la fois peur de lui et peur pour lui. Paul répond : « C'est les deux. Au début, ils essaient de m'apporter de l'aide, mais ils ne comprennent pas. Ils disent qu'ils en ont trop fait. Ils ne savent pas ce que j'ai subi, ça les effraie ». Paul perçoit bien alors les mouvements contre-transférentiels spécifiques à la situation traumatique qui oscillent entre la fascination pour les scènes de trauma et le rejet lié à l'effet traumatique sur le thérapeute (Lachal 2006).

Le thérapeute principal tente de savoir si des recours culturels ont été utilisés, soit dans un but de compréhension des troubles, soit dans un but thérapeutique. Paul explique en français que non, que les médicaments traditionnels « ne traversent pas l'océan », que les guérisseurs au pays ont dit que « ce n'était pas de leur ressort ». En revanche, la mère de Paul, actuellement en France, lui a fait parvenir une ordonnance rédigée par un médecin congolais du sud de la France qu'elle connaît. Paul n'est pas allé chercher les médicaments à la pharmacie et n'en a pas parlé à son médecin traitant. Il n'a pas souhaité explorer cette option, par manque de confiance « C'est un médecin de chez nous qui me donne des médicaments d'ici, tout ça avec ma mère... ».

Paul fait part de son désarroi, de l'impression que le temps est en quelque sorte gelé : « J'ai vécu des choses qui m'ont paralysé. Je ne sais plus quoi faire pour

avancer. Je me sens perdu... Le temps a passé. Il faudrait passer à autre chose, quelque chose de vital, mais je ne sais pas quoi ». Cette temporalité suspendue, gelée peut être considéré comme une « marque traumatique » (Harf-Dubrez 2006) perceptible dans le récit et qui témoigne de ce qu'un trauma a vraisemblablement eu lieu.

En réponse aux interventions des cothérapeutes, Paul réagit vivement, rejetant certaines propositions, en acceptant d'autres, associant à plusieurs reprises avec des commentaires sur la relation qu'il établit aux autres :

- CoT1 : « J'ai écouté attentivement Paul, il souffre beaucoup, et c'est quelqu'un qui reste prisonnier de ses douleurs. Il a évoqué aussi des choses qui n'ont pas été dites, comme s'il y avait des secrets qu'il ne pouvait pas partager.

- T : Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Paul : Il a bien compris ce que j'ai dit. J'ai l'impression que c'est comme s'il avait vécu l'histoire. Je suis un peu prisonnier de quelque chose que j'ignore.

- T : Et concernant la question du secret ?

- Paul : Ce n'est pas forcément un secret. Les gens savent que j'ai été blessé, mais pas forcément ce que je vis. J'ai vécu des choses pas bien. Ils essayent de se mettre à ma place mais ils n'y arrivent pas. Après, ils ont peur, ça me met mal à l'aise parce qu'ils sont mal à l'aise ».

En fin d'entretien, la séparation se révèle difficile. Le groupe verbalise auprès de Paul le souhait de poursuivre le travail avec lui.

- T : « Nous vous proposons de continuer le travail ensemble, nous allons vous accompagner dans ce chemin

- CoT2 : J'ai le sentiment qu'il y a déjà un certain chemin qui a été fait. Au départ monsieur voulait que tout redevienne comme avant. Aujourd'hui, il dit vouloir vivre le mieux possible.

- Paul : C'est ce que je veux.

- CoT3 : J'ai l'image de quelqu'un qui marche dans la montagne et chaque fois qu'il a l'impression d'arriver au sommet, il regarde plus loin et voit qu'il faut encore marcher avant d'arriver au sommet.

- Paul : Vous m'accompagnez, mais ce que je ressens, vous ne le ressentez pas.

- T : Peut-être est-ce cela qui nous permet de vous accompagner.

- CoT3 : J'ai l'image de quelqu'un qui porte un poids très lourd. Il faut que d'autres l'aident à porter ce poids pour qu'il puisse retrouver la parole ».

La discussion entre les cothérapeutes, l'analyse des mouvements contre-transférentiels individuels et groupaux après l'entretien montre le désarroi du groupe, et un certain découragement. Tous les thérapeutes présents ont trouvé la consultation difficile, « lourde ». Il semble d'abord impossible d'aider ce patient. Cette idée est surtout exprimée par le thérapeute principal, qui réfléchit à voix haute à d'autres manières de soigner Paul (psychodrame, hypnose, travail sur la production écrite), comme s'il y avait une opacité irréductible, et une vérité inaccessible au groupe qu'il serait nécessaire de découvrir. Ceci peut-être mis en parallèle avec la thématique de « l'éclat d'obus » resté dans le corps de Paul et qu'il faut extirper. Il y a donc ici l'idée partagée entre Paul et le groupe qu'il y a quelque chose chez Paul d'inaccessible par le langage et d'hétérogène, nous renvoyant à un sentiment d'impuissance ou d'insuffisance. Une partie du groupe de thérapeutes ressent une certaine inquiétude, une menace, comprise comme l'angoisse face à la crainte d'une

transmission massive du traumatisme. Certains des cothérapeutes s'interrogent cependant sur la fixation de Paul aux scènes traumatiques, et la manière dont il suscite l'angoisse et l'inquiétude chez ses interlocuteurs et dans le groupe. Une organisation de type anaclitique faisant suite à des carences affectives précoces est alors évoquée.

### ***Second entretien : émergence de l'axe œdipien et de l'historicité***

Paul commence la séance en expliquant qu'après l'entretien précédent « ça a été ». Il a effectué un stage et à l'arrêt de celui-ci, les douleurs ont repris « comme si on lui coupait le bras ». Paul a travaillé durant ce stage dans l'animation auprès d'enfants de cinq à neuf ans. Il décrit les différents jeux qu'il faisait avec eux, des jeux traditionnels congolais, ainsi que les histoires qu'il leur racontait et qu'ils aimaient beaucoup : « Des légendes qui se passent dans la forêt et qui m'ont été racontées au pays. Je me demandais si les histoires allaient leur faire peur, mais cela leur plaisait ». Le thérapeute principal demande alors à Paul si c'est sa mère qui lui racontait des histoires. Paul répond que non, il ne se souvient pas si sa mère lui a raconté des histoires quand il était petit. Durant cette période, Paul a pu jouer avec d'autres, et se positionner dans un rôle d'adulte. Mais il n'a pu supporter très longtemps de « ne pas pouvoir pleurer devant les enfants ». Les douleurs ont repris le dessus, conduisant à un arrêt de travail par le médecin et à une nouvelle aggravation.

Paul raconte une scène imaginaire qui servait souvent de support de jeu avec les enfants. Dans cette image, un jeune homme, ou un enfant est dans les branches d'un arbre. Un serpent s'approche dangereusement. Il ne peut pas sauter dans le

fleuve car un crocodile l'y attend. Il ne peut non plus sauter sur le sol où un lion espère un repas facile. Il n'y a pas d'issue dans cette situation. Localement, le serpent représente le péché, le crocodile est assimilé aux forces sorcières, le lion à l'Etat et la seule issue possible est une intervention divine (Jewsiewicki & Plankensteiner 2001). Au départ, Paul nous dit qu'il s'agit d'un de ses rêves. L'interprète complète en soulignant qu'il s'agit d'une image populaire au Congo-Brazzaville, et même en République Démocratique du Congo, et que cette image est régulièrement reprise. Nous avons trouvé une représentation de cette image dans le catalogue d'un musée viennois qui exposait en 2001 une série de tableaux populaires du Congo (Jewsiewicki & Plankensteiner 2001). A la page 39 est reproduit un tableau de « L'incomparable Banza Nkulu », de Lubumbashi, intitulé *Inakale* (sans issue). Le terme *Inakale* proviendrait d'une contraction du lingala « il a calé » (Jewsiewicki 2003).

Avec cette histoire figurant l'angoisse de castration, Paul amène pour la première fois du matériel œdipien alors qu'il est mis en situation d'avoir à s'occuper d'enfants et de devoir assumer avec eux une position paternelle. Il s'agit aussi d'un rétablissement de continuité historique, Paul pouvant s'appuyer sur des souvenirs de son enfance.

L'équipe médicale qui le suit en province est manifestement prise dans les mêmes contre-attitudes que les intervenants qui se sont succédés jusque-là : elle lui a conseillé de partir faire des soins traditionnels au Congo et dans le même temps, lui a prescrit des séances d'acupuncture à visée antalgique, ce qui l'a beaucoup inquiété.



**Troisième entretien : de quoi faut-il protéger Paul ? L'émergence des théories sorcières...**

Paul commence l'entretien avec des propos qui semblent témoigner d'une grande passivité : « Les urgences me gèrent, avec le froid c'est devenu insupportable, horrible ». Un événement important est intervenu cependant : alors que Paul faisait un stage de découverte des métiers, la COTOREP est intervenue pour lui signifier la fin de ce stage et l'orientation vers un « milieu protégé ». Paul répète plusieurs fois ce terme qui semble avoir eu un effet sidérant.

Il décrit des phénomènes inquiétants au niveau de son corps, et pour cela, il utilise pour la première fois le lingala : « J'ai l'impression que j'ai un vers dans le corps », puis le français : « et parfois aussi le goût du sang dans la bouche. Même ici avec vous. Au niveau de ma cicatrice, c'est comme si c'était enflé. Je me dis que peut-être, ça va se propager, s'étendre et envahir tout l'espace. J'ai des sortes de décharge dans le corps. Quand ça vient ça m'effraie ». Paul se tourne alors vers l'interprète et poursuit en lingala :

- Paul : J'ai l'impression d'être possédé par un démon quand j'ai mal. Est-ce que je suis possédé par un démon ?

- CoT1 : Chez moi, au Maroc, lorsqu'on a une très grande frayeur, des choses peuvent entrer ou sortir du corps, comme des jnouns, on appelle ça la *khala'a*.

- Paul : Au Maroc je ne sais pas, mais chez moi je sais. Surtout quand on est un peu fragile, qu'on a quelque chose de fragile autour.

- TP : Est-ce qu'on vous a parlé de ça là-bas ?

- Paul : Moi je sais que je souffre d'une blessure cicatrisée qui continue à me torturer. Même avec la rééducation, même avec tous les soins, ça continue.

Parfois on dit que c'est l'oncle qui essaie de faire quelque chose, ou une personne âgée. Il y a quelque chose qui est bizarre en moi. Quand on meurt brutalement, on dit que c'est l'oncle qui a mangé la personne. Avant, on me disait ça, je ne le croyais pas. Maintenant je me dis : il y a quelque chose. Il faut faire attention à ne pas attacher trop d'importance à tout ça, sinon ça fait une ouverture vers les sorciers : les portes s'ouvrent, les soucis entrent.

- CoT2 : Je retiens la solitude de monsieur. Il y a des choses qui ont un impact sur lui, mais qu'il ne connaît pas, et il lui manque des choses pour y faire face.

- Paul : Moi je ne crois pas trop à ces choses-là. Mais ça fait huit ans que ça dure. Peut être que quelque chose a agi mystiquement. Entre nous [les noirs], on ne sait pas à qui on s'adresse, c'est difficile.

- TP : Et votre mère ?

- Paul : Je ne veux pas qu'elle s'inquiète. Je lui dis juste que j'ai mal et que je vais aux urgences.

- TP : Parfois les mères ont des intuitions ?

- Paul : Je ne sais pas ».

Dans cette séquence, Paul commence par évoquer son inquiétude concernant son corps, et plus précisément concernant ses enveloppes. Tout d'abord l'enveloppe corporelle, trouée, marquée par la cicatrice qui semble concentrer la douleur et maintenir intact le sentiment d'effroi, mais aussi l'enveloppe familiale défectueuse et l'enveloppe culturelle sur laquelle il ne peut non plus s'appuyer. Paul pense à une attaque sorcière mais il est privé des recours internes ou externes qui lui permettraient de donner du sens à ces représentations et à élaborer des stratégies pour y faire face. Cette hypothèse ne peut être confirmée par d'autres qui font défaut, et l'origine de l'éventuelle attaque ne peut être établie par lui seul.

Après un temps, Paul revient sur sa douleur qui est « comme une déchirure... comme une lame qui déchire. Ces moments sont insupportables ». Une cothérapeute évoque alors le défaut de protection de Paul, faisant le lien avec le « travail protégé ». Le thérapeute principal ajoute qu'il y a plusieurs types de protections, et que celles-ci peuvent aussi se faire ailleurs, en Afrique.

- Paul : « Moi je n'ai jamais vu ça, je n'ai pas vu comment ça se fait. Mais je suis angoissé, je me dis que quelqu'un a peut-être profité du fait que je ne vais pas pour me faire du mal. Alors même quand j'ai mal, j'évite de trop en parler, je le cache. Mais j'ai envie de faire des choses, d'avoir des responsabilités.

- TP : Travailler la question des protections, c'est important. Une des manières de se protéger, c'est la vie, c'est de continuer à faire des choses. En nous faisant confiance aujourd'hui, c'est aussi une manière de se protéger.

- Paul : Etre avec les autres, ça fait du bien ».

Paul élabore ici un début de scénario concernant ses troubles qui est un réordonnement des éléments qu'il a amené jusque-là : il aurait souffert d'une vulnérabilité particulière qui aurait permis une attaque sorcière contre lui. Il peut en parler pour la première fois et dire ses craintes devant le groupe qui participe à la co-construction du sens et permet de faire coexister des représentations jusque-là inconciliables.

#### ***Quatrième entretien : la possibilité d'un enfant...mais qu'est-ce qu'un enfant ?***

Paul nous annonce qu'il a commencé un nouveau stage de vente par téléphone. Les douleurs le font toujours autant souffrir, il ne dort quasiment pas,

malgré un lourd traitement. Il fait toujours beaucoup de cauchemars et nous dit qu'il n'a pas envie d'en parler. Cependant il a fait un rêve différent : « J'ai rêvé que j'avais eu un enfant, en fait j'ai rêvé qu'une fille avait eu un enfant de moi ». En se réveillant, Paul a pensé qu'un jour ça arriverait.

Une cothérapeute fait le lien entre les douleurs, et le poids de la guerre, le prix à payer. « Je ne pense pas, répond Paul, car quand on paye le prix, c'est fini, alors que moi je dois toujours lutter ». Paul évoque alors le récit qu'il met par écrit depuis son hospitalisation, et qui parle de son histoire :

- Paul : « C'est le parcours de ma vie. Avant la guerre jusqu'à aujourd'hui. Je n'en suis pas encore arrivé à maintenant. Je prends mon temps, j'en suis encore à la guerre.

- CoT1 : Monsieur est comme un griot qui raconte.

- Interprète : Chez nous, généralement, c'est autour d'un feu, il raconte en chanson.

- CoT1 : C'est aux enfants qu'on raconte les choses du passé, mais parfois on s'interdit de raconter certaines choses.

- Paul : En fait, je n'écris pas pour publier. Je le garde comme ça.

- CoT1 : Peut-être pour l'enfant dans le rêve.

- Paul : Je ne sais pas, je raconte comme ça. Peut-être que ça va rester, ou que les gens vont le découvrir ».

Paul ne sait pas encore quel sera le destin de ces écrits. Ils tiennent d'ores et déjà une place, puisqu'il les compulse dans une activité qu'on peut qualifier de traumatophilique.

Un cothérapeute africain évoque la fin du travail avec les enfants, que monsieur disait avoir beaucoup investi. Il suggère que peut-être, Paul a eu peur de ce qu'il pouvait leur transmettre. Il ajoute « Chez nous on peut parfois penser qu'un enfant est sorcier, il peut faire peur aux parents comme il peut faire le bien, tout dépend où il est inscrit. Chez nous, en Afrique, on se donne du temps pour identifier les choses ». Paul acquiesce silencieusement. La représentation de l'enfant sorcier est actuellement de plus en plus répandue dans les grands centres urbains d'Afrique centrale, où son développement anarchique semble parallèle à la désorganisation sociale produite par les guerres et les difficultés économiques. Elle constitue une sorte de paradigme de la violence, de l'agressivité et de l'exclusion (De Boeck 2002).

***Cinquième entretien : stabilisation du contenant, réinvestissement des objets internes et externes***

Paul arrive sthénique. « J'avais commencé l'acupuncture<sup>70</sup>, j'ai du annuler, c'était atroce. Depuis ce qu'il m'a fait, les douleurs sont bien plus fortes ». La musique et l'écriture parviennent un peu à le distraire. « Mais quand j'écris, je me rends compte du temps passé et que rien n'a changé. Parfois, ça me replonge dans l'histoire ».

Aujourd'hui Paul est en colère. Il trouve qu'il n'avance pas.

- Paul : « Quand on m'a proposé un truc, l'acupuncture, j'étais dans l'espoir... Et ça a tout réveillé. Il me faut essayer d'autres choses, des trucs nouveaux. Des gens me disent qu'il y a des pays où c'est mieux, où

---

<sup>70</sup> Paul a manqué l'entretien précédent pour une première séance d'acupuncture.

la douleur passe en premier comme les Etats-Unis, ils ont des traitements de pointe.

- CoT1 : Il y a des techniques différentes selon les pays pour s'occuper de la douleur. Je me demandais ce qu'il en était au Congo.

- Paul : J'aimerais bien savoir, mais je ne sais pas. Tout ce qu'on me propose, j'accepte toujours. J'ai envie d'avancer mais avec des médecins d'ici si possible. Le connais des gens qui sont allés voir des marabouts, et c'était pire après. Il faudrait que je demande à ma mère. Il n'y a personne d'autre avec qui je peux en parler. Je parle ma langue maternelle avec l'interprète, même pas avec ma mère. Peut-être que je peux vous donner le numéro de ma mère pour en parler.

- CoT2 : vous voulez amener votre mère ici, son aide pourrait être utile.

- Paul : Le plus simple serait de la contacter, elle travaille ».

Paul refuse de continuer à parler de ses rêves : « après ça me rend agressif, pas bien. Ce sont des trucs dont j'ai tout le temps parlé. Je me force à ne plus y penser ». Son discours marque un changement de position par rapport à ses plaintes habituelles : « Au début, ça me paraissait logique de parler de tout ça. Quand j'en parle, c'est pour trouver une solution, mais les gens me disent qu'ils ne peuvent rien faire. Parfois je crains de dire certaines choses, des choses méchantes, des choses qui blessent, ça reste dans la tête, il faut combattre pour l'éliminer, je veux combattre le mal en moi ».

« J'ai envie qu'on me découvre différemment aujourd'hui. J'ai envie de parler d'autres choses qui me feraient rêver, pour éliminer les douleurs. J'ai l'impression que le médecin c'est moi-même, et que les médecins peuvent juste aider. J'ai plus envie de raconter la guerre, les rêves ». Il semble que Paul ne se vive plus comme

envahi de pulsions chaotiques ni menacé dans sa continuité corporelle. Son Moi est suffisamment fort pour lui permettre d'affronter les attaques internes liées aux reviviscences traumatiques, et cette stabilité du contenant permet désormais à sa libido de réinvestir l'objet, marquant la fin de la période d'intense régression narcissique qui durait depuis près de huit années.

Lorsqu'on lui demande ce qui le fait rêver, Paul explique que ça serait de fonder une famille. Il a rencontré une jeune femme « elle n'a pas connu ce que j'ai vécu mais elle me comprend. D'autres gens que j'ai rencontré, quand je leur ai parlé, ils ont été traumatisés, pas elle, j'ai testé ». Paul est un sujet désirant, dont l'identité sexuelle et le désir de paternité se sont affirmés, même si des symptômes restent présents. Nous pensons que se vit là l'adolescence de Paul, adolescence dont la guerre l'avait privé, guerre dont les atrocités avaient conduit à une profonde régression narcissique.

Paul décrit ensuite les sensations anormales qu'il éprouve, et se pose la question de leur signification.

- Paul : Cette cicatrice, là, j'ai l'impression que quelque chose est collé à moi. Parfois, je suis comme un peu possédé. Cette sensation... quand je pense, je pense à des choses pas bien. Chez nous, quand on pense à ça, quand on rêve de ces choses, on dit qu'on est maudit. Quand j'ai trop mal, je me dis qu'un jour, je ne survivrai pas à ces douleurs.

- CoT1 : Monsieur a-t-il parlé de ces inquiétudes à sa mère ?

- Paul : Je lui en ai parlé, mais elle est chrétienne, elle ne pense pas pareil.

- CoT2 : Je me demande ce que son père pourrait penser de ça.

- Paul : Je ne sais pas. Je rencontre des gens du Congo qui ont vécu la guerre, qui ont été amputés, mais qui vont bien, et pas moi, donc je dois être maudit ».

Paul évoque ensuite pour la première fois la présence de quelque chose, à l'intérieur de lui, sur lequel il peut s'appuyer comme s'il avait intériorisé un objet protecteur: « C'est bizarre, parfois j'ai ce mal atroce. Je suis un peu fou je suppose. Je peux pleurer mais je supporte. Je ne sais pas, il y a quelque chose qui me pousse à supporter cela. Je me dis que je peux faire des choses, éloigner les choses ».

En fin d'entretien, Paul fait part de son désir de se rendre en Afrique un jour, pour « découvrir » des choses. Lorsqu'on lui demande ce qu'il en est du récit qu'il est en train d'écrire, il répond : « J'en suis au moment de l'hospitalisation au Congo. J'ai pas envie de le perdre, pour que ça reste comme un monument. C'est pas un truc que je vais publier, ça va rester dans le cercle familial ».

### ***Sixième entretien : la sortie de la sidération***

Paul a du repousser le rendez-vous en raison d'un déplacement professionnel. Il a été sélectionné pour une formation professionnelle de six mois et en est assez fier. « La dernière fois, j'ai dit que je ne voulais plus parler des moments difficiles. Je veux penser à l'avenir. C'est très difficile de se lancer dans cette voie mais apparemment ça marche ». Paul a considérablement diminué les doses de psychotropes qu'il prenait jusque-là.

En plus des cauchemars, Paul fait aussi des rêves agréables concernant le Congo, « *comme si rien ne s'était passé* », dans lesquels il est entouré de sa famille. Il est



souvent dans la maison de son père, dont il n'a pas de nouvelle depuis 1997, et dont la maison a été détruite par la guerre. Une fois encore Paul exprime le désir de se rendre au Congo, et « d'enquêter » sur son père et sa famille. Il se dit que sa mère lui cache peut-être des choses<sup>71</sup>. Il lui a parlé de ce projet, et de celui de demander conseil au Congo sur l'origine de son mal, mais sa mère y est opposée. « *Elle en veut toujours à mon père. J'aime pas trop parler de tout ça, et puis c'est pas à elle de me dire* ».

Paul a décidé « d'enterrer son passé ». Alors que jusqu'ici il utilisait ses troubles et plaies comme un étendard, il ne parle plus aux gens qu'il rencontre de l'origine de son mal, prétendant que c'est la séquelle d'un accident. « Sinon, ils veulent connaître tous les détails, et après je suis très mal et eux aussi ». Il ajoute que dans le groupe, « dès le début, les gens ont entendu sans être traumatisés ».

- CoT : « La guerre c'est la guerre à l'extérieur, et la guerre à l'intérieur, avec la lutte contre la douleur. Comment on arrête une guerre, comment on fait la paix ?

- Paul : Je ne sais pas une guerre a toujours une fin. Après la guerre c'est le temps des projets, il faut redémarrer quelque chose. Depuis 1997 et jusqu'à aujourd'hui, je me bats sans arrêt.

- TP : Qui pourraient être vos alliés ?

- Paul : Déjà, je dirais que mon premier allié, ce serait un enfant. A moi. Et ensuite, les amis. Je sais pas, je n'y avais jamais pensé, j'y pense là. »

---

<sup>71</sup> Durant les différentes guerres du Congo, des années 1997-2000, le père et la mère de Paul appartenaient à des camps ennemis, et n'avaient – officiellement – plus de contact.

Paul fait part de ses projets de fonder une famille, de voyager au Congo, de rechercher sa famille. Son bras est toujours paralysé, mais la douleur est le plus souvent supportable. Paul conclut le dernier entretien ainsi :

« Je ne suis pas seul, ma copine me donne des conseils et elle m'aide. J'essaie de m'ouvrir, de progresser. Quand j'allais à l'école, le professeur me disait que j'avais des capacités. La guerre a tout arrêté. Cela ne veut pas dire que je ne peux rien faire. Je m'aide à découvrir ce que je peux faire ».

Paul a retrouvé ses capacités évolutives et mutatives.

#### **4.3.5- Evolution ultérieure : se préparer à l'arrivée d'un enfant**

Près d'un an plus tard, Paul nous recontacte pour donner de ses nouvelles. Il a suivi une formation professionnelle et a obtenu un diplôme. Par l'entremise de sa mère, il a obtenu les coordonnées de son père qu'il a eu à plusieurs reprises au téléphone. Surtout, il nous annonce que sa compagne – qui l'accompagne et qu'il tient à nous présenter – est enceinte de quatre mois. Son état somatique s'est amélioré sur le plan des douleurs qu'il ressentait dans le bras et l'épaule. Il a retrouvé la motricité et la sensibilité de plusieurs doigts et de l'avant-bras. Cependant récemment de nouvelles douleurs sont apparues : « comme des fourmillements et des piqûres dans la tête, comme s'il y avait quelque chose qui était resté à l'intérieur... Peut-être que ça pourrait devenir grave, que ça pourrait dégénérer ». Ces douleurs surviennent surtout le soir, dans un contexte d'anxiété, gênant l'endormissement. Les cauchemars et les intrusions traumatiques sont devenus très rares. Paul demande à reprendre quelques séances de consultations groupales dans cette période de grands bouleversements où il s'apprête à devenir père. Il lui est

désormais possible d'associer, d'élaborer et de reprendre le mouvement de construction identitaire interrompu pendant toutes ces années.

Chez les Téké on dit que durant la nuit, en rêve, les femmes enceintes vont dans le lit des fleuves où elles sont « choisies » par des bébés qui les attendent (Mouyani Opou 2005 : 85). Les bébés sont en effet des aïeux qui se réincarnent. On dit que si les bébés n'ont pas la parole lorsqu'ils naissent, c'est pour taire les messages dont ils sont porteurs, qu'ils enfouiront au fond d'eux mais qui guideront leurs pas (ibid. : 94). Paul a entrevu, suite à l'effroi, de tels messages énigmatiques venus du temps d'avant le langage et normalement destinés à demeurer refoulés qui l'ont durablement désorganisé.

#### 4.4- DJIBRIL : « NOUS SOMMES LES ETRANGERS »

« Nombreuses sont les raisons pour lesquelles les bébés pleurent en naissant, et l'une d'entre elles est la brusque séparation du monde des rêves, un monde où tout est enchantement et où l'on ne connaît pas la souffrance. Plus nous nous sentions heureux, plus l'heure de notre naissance était proche. Lorsque notre nouvelle incarnation était imminente, nous échangeons des promesses en nous promettant de revenir au monde des esprits à la première occasion. [...] Ceux d'entre nous qui s'attardaient dans le monde, séduits par le présage d'événements merveilleux, traversaient la vie avec le beau regard des êtres voués au malheur, portant en eux la musique d'une mythologie charmante et tragique. Nos bouches profèrent d'obscures prophéties. Nos esprits sont envahis par des visions de l'avenir. Nous sommes les étrangers car la moitié de notre être appartient pour toujours au monde des esprits. »

BEN OKRI, *LA ROUTE DE LA FAIM*, p. 14-15.

Djibril, 17 ans, venu seul du Nigeria vers la France, nous est adressé par l'équipe d'un centre d'hébergement pour mineurs non accompagnés. Dans cette institution, il rencontre une psychologue, et à l'extérieur de celle-ci, il consulte régulièrement un psychiatre et reçoit un traitement antidépresseur depuis une hospitalisation en milieu psychiatrique. Malgré tout, ses symptômes continuent à inquiéter et les professionnels ont le sentiment de ne pas parvenir à le comprendre ni à l'aider efficacement. Malgré les soins, Djibril demeure impulsif, profondément triste, son imprévisibilité inquiète l'équipe qui dit « ne pas le comprendre ».

Lors du premier entretien, qui se déroule avec une interprète yoruba, l'équipe du centre pour mineurs non accompagnés qui nous l'adresse est présente à la consultation.

#### Première séance : un enfant mort deux fois

Djibril nous explique qu'il parle l'anglais (avec un fort accent nigérian), et un peu le français qu'il apprend à l'école. Il est né de parents haoussa, mais est né et a vécu entouré de yoruba dans la grande ville très cosmopolite de Lagos. Il choisit de

s'exprimer en yoruba. Les professionnels qui l'accompagnent nous expliquent que sa demande d'asile a été refusée par l'Office Central de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) et qu'il est en attente d'une convocation à la Commission de Recours des Réfugiés (CRR)<sup>72</sup>.

Lorsque nous lui demandons les raisons de la consultation et de nous dire son histoire, il sort un « post-it » qu'il colle sur son genou et répond : « Mon histoire... L'histoire de mon enfance ou mon histoire aujourd'hui ? ». Nous pensons alors qu'il se représente son histoire comme coupée en deux par la migration, clivée entre deux périodes et deux séries de représentations qu'il ne peut concilier. Invité à parler de ce qui lui semble important, Djibril devient rapidement très volubile et développe un récit pour lequel nous avons peu à le relancer. Il est en France depuis un an et demi. Il dit « qu'il n'en peut plus, qu'il est trop triste et comme différent des autres ». Il ne veut plus parler de ce qu'il a vécu au Nigeria, expliquant que c'est trop dur, qu'il l'a dit une fois à l'OFPRA et qu'on ne l'a pas cru. Djibril parle ensuite avec beaucoup de détails des modalités de son arrivée en France : le passage par la Police, la détermination de l'âge osseux, la prise en charge par l'association France Terre d'Asile, les différents foyers dans lesquels il a été hébergé. Puis il s'effondre :

« Je pense à ma petite sœur. On m'a dit qu'on a brûlé une maison, trois personnes ont brûlé dont ma petite sœur. Tout ce que j'ai vécu au Nigeria, et maintenant je suis sur une terre qui n'est pas la mienne, il vaudrait mieux que je sois mort. Quand on m'a dit pour ma sœur, d'abord je n'y ai pas cru, mais je n'ai pas pu manger. Je me suis mis devant le miroir, alors une voix m'a dit : « Ta sœur c'est fini ». Alors je suis descendu dans le métro pour aller dans le tunnel. Une voix m'a alors dit que c'en était fini

---

<sup>72</sup> Pour une analyse des effets subjectifs de ces procédures et de leurs interférences avec le processus psychothérapeutique, voir Asensi et Le Du (2003).

pour moi. Je suis allé dans le tunnel, je ne sais pas ce qui s'est passé ensuite, et je me suis retrouvé à l'hôpital ».

Lorsque nous lui demandons de préciser ce qu'était cette voix, il répond qu'il n'en est pas certain, mais qu'il s'agissait peut-être de « l'esprit de son père » qui lui disait : « Pourquoi tu restes là, comme ça, sans défense, sans rien faire ? Tu n'es pas comme un humain mais comme un animal ». Il est resté hospitalisé plusieurs jours, puis a demandé sa sortie anticipée pour pouvoir se rendre à l'entretien à l'OFPRA. Là, il n'a pas supporté le ton de l'entretien, ni le fait que l'officier de protection cherche à s'assurer de la réalité de ses dires en lui posant des questions destinées à le « piéger ». L'entretien est vite devenu conflictuel, et Djibril s'est progressivement refermé, répondant *a minima*, luttant contre l'envie d'agresser l'officier. Depuis, Djibril a été réhospitalisé deux fois. La dernière fois, il était allé chercher un renouvellement de titre de séjour à la préfecture. Il a du attendre de longues heures sans avoir mangé depuis la veille. Il se sentait mal, a commencé à pleurer. Une femme lui a dit : « *Toi, là-bas, met toi sur le côté* ». Il a commencé à la menacer, à s'agiter, les policiers sont intervenus et il a été hospitalisé pendant un mois. Djibril nous dit que tout le monde le considère comme imprévisible et redoute ses réactions.

Nous lui demandons alors ce qui l'a conduit à quitter le Nigeria. Djibril n'a pas envie de raconter les détails. « Là-bas, c'est la pression ou la mort » nous dit-il. En partant, il laissait derrière lui sa petite sœur aujourd'hui décédée. Son père était un musulman né au sud du pays, alors que sa famille était du nord. Sa mère était originaire d'une famille musulmane vivant dans une région chrétienne du sud. Elle a été élevée dans une école chrétienne, et a épousé cette religion. Djibril a surtout vécu avec sa mère à Lagos où il est né. Il explique qu'il a trois religions : l'islam, le

christianisme et « d'autres choses, de son pays ». Ses parents étaient séparés, son père étant retourné vivre au nord du pays. Quelques années auparavant, il avait été assassiné par « les gens de son village ». Djibril était allé à son enterrement. Depuis la mort de sa sœur, il n'a plus de nouvelle de sa mère et s'inquiète pour elle. Djibril interrompt alors son récit pour nous demander :

« Est-ce que cela vient de mauvaises choses qu'on fait les parents pour que leur fils se retrouve dans une telle situation ? Quand j'étais petit... Un enfant né au Nigeria, qui a ouvert les yeux et qui meurt aussitôt, et bien il a bien fait de mourir aussitôt ».

Cette dernière phrase a un effet déstabilisant pour le groupe, et le thérapeute principal propose alors à chacun de s'exprimer. Les cothérapeutes tentent de rétablir des liens entre le passé et la situation présente de Djibril en utilisant des représentations culturelles. On évoque ainsi la question de la nomination des enfants, ce à quoi Djibril répond qu'il a un prénom musulman. Un cothérapeute insiste sur cette question en avançant que les parents donnent souvent plusieurs prénoms, dont certains ont pour fonction de protéger l'enfant. Djibril nous apprend alors qu'il est marqué par une forte singularité :

« Oui, dans la communauté dans laquelle je vivais, on disait que j'étais un enfant vraiment attendu. Je suis venu trois fois. La première fois, je suis parti à 6 mois, la deuxième fois je suis parti à 2 ans, et la troisième fois, je me suis fixé. On m'appelait Akuji ».

Akuji en yoruba, peut se traduire littéralement par « mort puis réveillé ». Il s'agit d'un prénom qui est généralement donné aux enfants dits *abiku* (Ilechukwu 1990-1991). L'existence des enfants *abiku* (littéralement « nés pour mourir ») chez les Yoruba est décrite de longue date (Ellis 1894), elle a été l'objet de quelques publications récentes dans ses aspects psychopathologiques et surtout

anthropologiques (Ilechukwu 1990-1991, Nathan et al. 1996, Teffera 2000), et l'écrivain Ben Okri en a donné une belle et riche illustration littéraire dans son roman *La route de la faim* (Okri 1994). Les représentations concernant ces enfants singuliers s'appuient sur les représentations partagées en Afrique de l'Ouest selon lesquelles la mort et la vie font partie d'un même cycle, les vivants et les morts étant en quelques sortes différents états (incarnés ou non) de l'existence des esprits. On parle généralement d'enfants *abiku* lorsque plusieurs enfants décèdent successivement avant qu'un autre enfant ne soit né, et on dit alors que c'est le même enfant qui part et qui revient.

Certains des cothérapeutes connaissent cette représentation de l'enfant *abiku*, ainsi que les implications de son énoncé. Nous concluons donc l'entretien en évoquant la sagesse et l'instruction de Djibril, lequel commente en disant qu'effectivement, il aime l'instruction et qu'il sait bien des choses que même les français ne savent pas. Nous insistons aussi sur son courage, et sur la force qui lui a été nécessaire pour rester en vie jusque-là. Nous lui proposons de revenir nous voir régulièrement pour faire face à cette période de transition difficile qui s'annonce pour lui, ce qu'il accepte.

Après la fin de l'entretien, en aparté, l'interprète nous apprend qu'elle a déjà été interprète pour Djibril, mais qu'elle a découvert seulement aujourd'hui « qui il était », qu'il s'agit de choses qu'il n'a jamais dites ailleurs. Elle semble d'ailleurs relativement effrayée par cette consultation, et va être de plus en plus souvent absente (physiquement ou psychologiquement) au cours de la prise en charge, faisant savoir finalement « qu'elle ne pourra plus venir ».



## La représentation de l'enfant *abiku* chez les Yoruba

Les *abiku* sont des enfants singuliers considérés comme étant à l'interface du monde des vivants et du monde invisible. On dit que pendant la grossesse, un esprit *abiku* s'est substitué à l'esprit de l'enfant que la mère portait, et souvent cela est considéré comme la sanction d'une transgression commise par les parents ou les ancêtres (Tefferà 2000). La naissance peut-être tout à fait normale, souvent le bébé est très beau. Très vite, cependant, il tombe malade de manière répétée. Différents rituels existent pour les préserver dans la petite enfance, et pour tenter de les « désaffilier des invisibles et de le réintégrer à la communauté humaine » (Tefferà 2000 : 233). S'il vient à mourir, il n'est pas enterré selon les rites habituels mais fait l'objet de rituels spécifiques destinés à prévenir le retour de l'*abiku* chez un enfant qui viendrait à naître ensuite. Le terme *abiku* s'applique à la fois aux enfants atteints, mais aussi aux esprits qui les possèdent.

Lorsqu'un enfant *abiku* survit, il est l'objet de grandes attentions et de davantage de soins que les autres enfants. Il s'agit de le convaincre que la vie est une bonne chose, de le « fixer » (Nathan et al. 1996, Tefferà 2000) chez les humains. En effet, à tout moment, mais particulièrement en cas de détresse et dans les moments de transition de la vie, l'*abiku* est susceptible de faire appel au monde des esprits, et éventuellement de repartir parmi eux. Il reste un être singulier, doté de pouvoirs particuliers, inspirant à la fois l'inquiétude et la crainte. Certains *abiku* deviennent auxiliaires de guérisseurs ou bien rejoignent des cultes *vôdoun*, apprenant ainsi, au travers d'une initiation, à utiliser leurs pouvoirs au service des humains, et à se ré-affilier ainsi à la communauté des Hommes (Tefferà 2000).

Certains auteurs ont fait l'hypothèse que l'anxiété des mères d'*abiku* et leur attitude de surprotection pourrait à terme causer des troubles mentaux comme des schizophrénies (Leighton et al. 1963 : 181), mais les travaux d'Ilechukwu (1990-1991) qui a examiné un certain nombre d'adolescents concernés retrouvait plutôt des tableaux de troubles de la personnalité dans un registre névrotique.

La description de l'enfant *abiku* est proche de d'autres représentations retrouvées dans d'autres contextes culturels d'Afrique de l'Ouest : enfants *ogbanje* (littéralement « qui part et qui revient ») chez les Igbos du Nigeria (Ilechukwu 1990-1991), *dōm u yaradal* chez les Wolof et les Lebou du Sénégal (Zempleni 1965), *tji : d a paxer* chez les Seereer du Sénégal (D'Almeida 1997), *abikou*, *akpeni*, *sognibé* (pour les filles) et *abōki*, *abalō*, *kôtôhōli* et *atakpa* (pour les garçons) chez les Fon du Bénin (Teffer 2000).

### **Analyse de la première séance de groupe**

Ce premier entretien a débuté avec le clivage entre le pré et le post-migratoire. Djibril a spontanément choisi de commencer son récit à son arrivée à Paris et nous dit qu'il ne nous parlera pas de ce qui s'est passé au Nigeria. Ceci signifie que nous allons devoir travailler avec l'idée que des événements traumatiques sont survenus, mais sans les connaître, alors que nous savons qu'ils sont très présents pour le patient. Cette configuration n'est pas inhabituelle chez les patients que nous recevons et qui ont subi de graves traumatismes intentionnels. Elle nous contraint à travailler différemment, en préférant dans un premier temps le travail sur la contenance plutôt que sur les contenus. On peut voir dans ce refus de parler des événements traumatiques une tentative de les maintenir à distance

psychiquement, stratégie sans doute renforcée par l'effet dévastateur de l'audition à l'OFPRA au cours de laquelle il n'a pas été cru. On sait que lorsqu'un tel déni se produit, cela a souvent l'effet psychique d'un second traumatisme (Barrois 1988). Le contact suivant de Djibril avec l'administration, lors de son passage à la préfecture, se soldera par une hospitalisation, dans un processus de répétition à l'identique évoquant une remise en acte post-traumatique.

A l'annonce de la mort de sa sœur, Djibril, devant le miroir, a entendu une voix qui le poussait à se tuer. L'analyse complémentariste de cet événement incite à s'interroger sur la signification de cette voix obligatoirement sur le plan anthropologique et sur le plan psychodynamique, sans réduire l'un des niveaux à l'autre. Le fait d'entendre les voix des morts et des esprits fait partie intégrante de la description anthropologique de l'enfant *abiku*. Ainsi, au cours de cette séquence, Djibril s'est comporté en *abiku*, de manière culturellement prescrite. Sur le plan psychodynamique, l'analyse de la séquence évoque la culpabilité et le retournement contre soi de la violence traumatique. L'évolution de cet état s'est faite dans un registre dépressif et non délirant. Cette analyse a été permise par le cadre spécifique de la consultation en groupe transculturel, et Djibril n'avait jamais jusque-là livré ces représentations sur sa propre nature du fait de l'absence de contenant susceptible de les accueillir. Cela souligne l'importance du cadre thérapeutique pour l'évaluation des phénomènes d'allure délirante en situation transculturelle, et l'on sait qu'un grand nombre de tableaux culturellement codés chez les patients migrants conduisent à un excès de diagnostic de psychose (Baubet 2003). Par ailleurs, les interrogations de Djibril sur une possible transgression chez ses parents à l'origine de son malheur est congruente avec le modèle de l'enfant *abiku*, et son énonciation témoigne d'un processus de recherche de sens dans lequel il est engagé.

La représentation de l'enfant *abiku* a inquiété une partie des thérapeutes. Pour ceux qui connaissaient les représentations culturelles sur capacité de ces enfants à choisir la mort dans les moments de transition ou de crise, la situation générait un sentiment d'urgence et une angoisse importante. La situation actuelle, avec le décès de sa sœur et le refus de l'OFPPRA nous semblait particulièrement inquiétante. Nous nous sommes interrogés sur ce mouvement contre-transférentiel que nous avons interprété comme une angoisse « maternelle » devant un enfant en danger de mort imminente. Cela nous a conduits à nous demander quelles interactions précoces pouvaient se mettre en place entre une mère et son enfant *abiku*, et ce que Djibril pouvait en rejouer avec nous.

Un autre élément important nous a semblé être la complexité de la construction identitaire chez cet adolescent, d'une part du fait de sa nature singulière, mais aussi parce qu'il était le fruit d'une histoire parentale complexe. Ses parents étaient des haoussa musulmans, mais il a été élevé en milieu yoruba et sa mère s'est convertie au christianisme. Lui affirme avoir trois religions, et parle haoussa, yoruba et anglais. La question du métissage culturel se posait donc pour lui bien avant son arrivée en France : Djibril est à la fois un humain et non-humain, musulman, catholique et animiste, haoussa et yoruba, africain et occidental.

### **Seconde séance : être fou ou mort**

Djibril revient nous voir avec l'équipe du foyer. Ceux-ci nous disent que durant le mois écoulé, les choses se sont mieux passées, que Djibril était plus calme, plus stable, et qu'il avait envie de revenir. Il le manifeste par un grand sourire, s'installe, mais se montre assez réticent pendant tout l'entretien. Il répond de manière très défensive, soit en banalisant, en évitant ou encore en isolant. « Ce qui est fait est

fait, il faut vivre dans le présent... » Répète-t-il à de nombreuses reprises. « Ce n'est pas en racontant que ça va changer... Je préfère vivre dans le présent, mais quand le présent me rappelle le passé, je suis mal ».

Certains thèmes, dans la continuité de la séance précédente émergent cependant. Djibril ne se sent « pas libre », comme si tout ce qu'il vivait aujourd'hui était « déjà écrit ». « Il y a des choses qui m'empêchent d'aller de l'avant. Si je ne fais rien il n'y a pas de problème, mais si j'essaie d'aller de l'avant, de devenir quelqu'un de bien, là les problèmes commencent ». Djibril explique qu'il se sent mal en France, qu'il se sent « bloqué », mais qu'il ne peut plus reculer non plus, qu'il risquerait sa vie au Nigeria. Il nous explique alors la proximité de sa famille avec une groupe de politiciens contestés et violents : « avec ce qu'ils m'ont fait, si je suis encore en vie c'est que je suis un miraculé ». « Il n'y a que deux solutions pour moi : être fou ou mort. Si quelqu'un a un conseil je le veux bien. Et maintenant, ça suffit, je n'ai plus envie de continuer à parler de ça et de répéter la même chose ». Djibril évoque pour la première fois les événements traumatiques avec prudence, soulignant que ceux-ci auraient du le tuer, puis repousse très vite cette idée.

Djibril nous dit aussi qu'il lutte constamment pour défendre certaines choses : aider ceux qui vont mal et qui pleurent dans son foyer, être délégué de classe (ce qu'il est ici comme il l'était au pays). Il semble qu'il utilise de longue date l'altruisme comme un moyen de réassurance narcissique.

### Troisième séance : savoir, oublier

Lors de la troisième séance de groupe, l'interprète est présente, mais Djibril souhaite parler français. Il estime que c'est normal, alors qu'il apprend notre langue depuis deux ans à l'école, d'essayer de l'utiliser pour communiquer avec nous. On peut y voir également une stratégie de mise à distance des éléments les plus culturels de son discours. Djibril nous apprend qu'il s'investit dans une pièce de théâtre intitulée « *Voyage* » en cours d'écriture collective et de mise en scène au foyer dans lequel il réside. Sur le plan de la santé, plusieurs choses le soucient : il est tourmenté la nuit et ne peut pas dormir s'il a fait des « choses mauvaises » durant la journée, il ne peut pas rentrer au Nigeria sans risquer sa vie, et il n'envisage pas de vivre en France illégalement : « Comment j'irais à l'école ? Je ne pourrais rien faire, pas me marier, pas avoir d'enfant... La vie ce n'est pas ça. Je ne sais pas qui je suis ».

Invité à nous parler de sa vie onirique, Djibril nous apprend qu'elle est également singulière :

« - Djibril : Si je me concentre, j'ai un don. Je peux savoir ce qui va arriver. Ce don, c'est trop pour moi.

-Thérapeute Principal : Un don, ça peut être dur à porter.

- Djibril : Parfois, les choses que je vois, ça embarrasse les gens, mais quand je vois quelque chose, je ne peux pas ne pas le dire à la personne. Si je ne dis pas, c'est des problèmes pour mon cœur, et des mauvaises choses m'arrivent. Les fois, c'était autre chose, c'était mon père qui venait me dire de ne pas rester là sans rien faire, de me bouger. Avant la mort de ma sœur, je me suis mis à pleurer beaucoup, sans pouvoir m'arrêter, et j'ai pleuré toute une nuit. Le matin on m'a dit qu'elle était morte. »

Djibril évoque ainsi un « don » qui fait partie du tableau de l'enfant *abiku*. Placé en situation de communication avec le monde des esprits, l'*abiku* reçoit leurs messages. Il parle ensuite de ce qu'il appelle son « problème de mémoire », terme qui définit pour lui son désir et son impossibilité à oublier ce qui lui est arrivé :

« J'essaie d'oublier toutes les choses qui me sont arrivées et qui m'empêchent de penser. Les choses de réfugiés, l'OFPPRA. Ce à quoi je ne veux pas penser est toujours là donc ma seule possibilité, c'est de ne pas penser. Si j'utilise ma mémoire, tout revient et ça me rend triste, et je me demande qui je suis et où je vais. Si vous voulez que je vous raconte ce qui c'est passé, ce n'est pas bien, vous ne m'aidez pas en faisant cela. Avec le Juge, je suis obligé de raconter. Mais moi, je me force à avoir d'autres choses en tête, les choses d'ici, l'école, le travail. A quoi ça sert de raconter ? ».

Djibril décrit ici des reviviscences traumatiques, sans pouvoir toujours nous parler des événements. Il souligne que parler peut être dangereux, en tout cas, que cela ne l'aiderait pas. Nous le mettrions en danger en le contraignant à parler. Cette position que nous avons adoptée, qui consiste à accepter de ne pas savoir nous différencie à ses yeux du processus judiciaire et administratif au cours desquels le « récit détaillé » est l'une des conditions pour l'obtention de ses droits. Cette liberté de ne pas parler est précisément, en l'occurrence, ce qui fait la spécificité du dispositif thérapeutique. Djibril poursuit :

« A l'OFPPRA, il leur fallait des dates exactes, mais moi je ne les connaissait pas, ma mère m'avait raconté les choses, mais elle ne m'avait pas donné de dates. Je ne savais pas quand exactement mon père était mort. Je me suis dit qu'il n'y avait pas de justice. [...] La première réponse de l'OFPPRA, c'est qu'ils ne m'ont pas cru. Moi je ne peux pas re-raconter, ce n'est pas possible. Pourtant, ce que j'ai dit à l'OFPPRA, c'est plus que ce que j'ai dit ici. A la fin, je leur ai dit : Si vous

voulez que je meure, je meure. Vous voulez que je fasse ça, je le fais. Ils m'ont demandé où étaient mes preuves, où était ma mère. J'avais pas de preuve, et pour ma mère, je n'en savais rien ».

Lorsque nous arrêtons la séance, Djibril conclut : « Moi je ne suis pas fatigué, alors je vais revenir. J'aime bien écouter. Et j'aime bien contribuer, j'aime bien être inspiré ».

### **Quatrième séance : voyage chez les morts**

Djibril débute la séance en évoquant de nouveaux symptômes : des douleurs dans tout son corps, et des difficultés de mémorisation qui le conduisent fréquemment à oublier ce qu'il vient de dire ou de faire. Quelques jours auparavant, il a reçu la convocation à la CRR. Il dit aussi qu'il évite tout contact, s'isolant souvent pour pleurer et ajoute « pour quelqu'un qui a été violé, c'est pas facile de raconter ça devant le Juge ». Il n'en dira pas davantage, mais le groupe manifeste qu'il a entendu. Djibril dit ensuite qu'il a vécu, durant le mois écoulé, deux expériences qui l'ont bouleversé.

« Parfois, quand je me couche dans ma chambre, c'est comme si un esprit me bloquait. Je ne peux plus parler, plus respirer. Et ce n'est pas un rêve. Je ne peux plus bouger, et ce sont les autres qui me font revenir à moi en me parlant. L'autre chose, c'est que j'ai vu comment l'esprit part du côté de la mort. J'étais dans le métro et j'ai senti qu'on m'arrachait mon corps de force et qu'on me mettait dans un endroit où il n'y a rien de vivant. Que du blanc. J'ai ressenti ce que c'était de mourir, c'était plus fort que moi ».

Une cothérapeute fait la proposition suivante :

« - Cothérapeute : C'est comme si Djibril avait construit à l'intérieur de sa tête un endroit où enfermer toutes les choses terribles. Toute son énergie



est dépensée pour tenir ces choses séparées, et en ce moment, avec la convocation, elles reviennent.

- Djibril : Ce qui fait plaisir, c'est parler à quelqu'un qui va comprendre, pas à une personne qui ne va pas comprendre ».

L'évocation de l'événement traumatique, du moment de l'effroi apparaît liée par association au moment du « passage » vers la mort, processus que Djibril l'*abiku* est supposé avoir déjà expérimenté par deux fois mais dont il n'avait pas d'image. Ce moment est extrêmement important dans la prise en charge car il permet de faire le lien entre l'effroi comme « confrontation au réel de la mort » au cours de laquelle « le langage s'est absenté » (Lebigot 2006) et les représentations qu'a Djibril de sa singularité et de son identité. Dans le moment d'effroi qu'a ré-expérimenté Djibril, il y a à la fois une réactualisation de l'effroi traumatique gardé clivé la plupart du temps et un lien avec ce qui fait la nature de Djibril, cette capacité à mourir pour rejoindre le monde des esprits. Ainsi, l'expérience de l'effroi est réanimée, et Djibril lui survit, survivant dans le même temps à son attrait pour la mort. Il sort de cette expérience avec un savoir supplémentaire sur « ce que c'est de mourir », et donc un savoir supplémentaire sur lui-même. Nous pensons qu'on peut parler ici d'une expérience subjectivante.

Djibril explique ensuite à quel point il est difficile pour lui d'être dans cette position d'avoir à demander l'asile, à prouver des choses à des gens qui ne veulent pas connaître son histoire d'avant, ou qui la simplifient à l'extrême. Il raconte que lorsqu'il a dit qu'il avait deux religions, qu'il lisait la Bible et le Coran, on lui a répondu que ce n'était pas possible, et qu'il « *ne pouvait pas avoir les deux* ».

Djibril livre parcimonieusement de nouveaux éléments sur les événements qu'il a vécus au Nigeria, expliquant qu'il fréquentait un groupe de politiciens. Ses

parents lui demandaient de leur amener des messages, et il a vécu là-bas « des choses intenses et secrètes, que l'on ne dit pas ». Il a aussi assisté à un assassinat au cours duquel on a fait mettre un homme à genoux avant de lui enfoncer le canon d'un revolver dans la bouche et de tirer.

### **Cinquième séance : solitude et attente**

Le contexte de cette séance est particulier. D'une part l'interprète ne vient plus, et nous allons devoir faire l'entretien tantôt en anglais tantôt en français, d'autre part Djibril est dans une situation d'attente difficile : il est passé devant la CRR et attend la réponse, sans avoir aucune indication sur celle-ci. Djibril est dans un état de grande souffrance.

« [en français, hésitant] Le médecin dit que je suis en dépression. Moi je me sens surtout fatigué. J'ai du mal à manger et à dormir. [en anglais] C'est difficile pour moi, à l'intérieur de moi, je me sens seul, sans famille et sans ami. Je sens l'absence de ma mère. Je pleure, j'ai l'impression que je vais éclater. Je ne sais pas si elle est vivante. Il n'y a pas de médicament pour ça, en ce moment, je souffre de ma mère. A l'intérieur, je suis malade. J'ai besoin d'oublier, que ça s'arrête. Mon dos me fait mal, mes doigts se tordent, mes pieds aussi, mes doigts ne veulent plus m'obéir et se raidissent. Je pense réellement que je vais partir. Je me sens trop mal. Quoi que je fasse, avec qui que je sois, je me sens seul. Je vis en dehors du monde. Quand j'habitais à l'hôtel, je survivais. Quand ma sœur est morte, je me suis effondré. Là, je survis seulement ».

Djibril pleure longuement : « J'ai honte, je n'ai rien à faire. Ma seule solution c'est de ne pas penser ».

Nous terminons la séance sur une image donnée par une cothérapeute : « Il arrive qu'un coquillage soit fermé, cela ne veut pas dire qu'il est mort. Un jour ce coquillage peut s'ouvrir ».

### **Dernières séances : « Je cherche à être qui je suis »**

Lors de la séance suivante, Djibril nous annonce qu'il a obtenu le statut de réfugié. Il nous fait d'abord part de son soulagement, puis nous pose de nombreuses questions sur la dépression : qu'est-ce que c'est, est-ce ce dont il souffre, est-il malade, une dépression dure-t-elle toute la vie ? En fait, il nous précise assez rapidement qu'il supporte mal qu'on lui dise sans cesse, depuis son arrivée en France, qu'il est déprimé.

Il continue :

« Lorsque je suis allé dans le métro, c'est une tentation que j'ai eu, mais je ne suis pas malade. Une tentation de tout arrêter quand j'ai appris pour ma sœur. Mais je le regrette encore aujourd'hui ».

Le discours de Djibril vient à se désorganiser lorsqu'il évoque un rêve, dont il garde un souvenir vague :

« C'est une parole... Une dame. Quand je rêve, je me réveille et je suis triste. Je me bats contre ça et j'essaie d'oublier. C'est une parole que je n'ai pas comprise. Si ma mère est morte, je ne sais pas. Je ne sais pas quoi faire. Je ne veux pas y penser. Quand je pense, mon cœur... Dans mon corps... Si ma mère est morte, je ne veux pas y penser. Si elle est vivante, si ».

L'un des cothérapeutes suggère que Djibril est habité par « des choses qu'il a vécu au pays, qui sont à l'intérieur de lui, et qu'il doit vivre en France, dans une situation nouvelle, avec ces choses à l'intérieur de lui ».

« - Djibril : J'ai tout compris parce que c'est moi. Il y a beaucoup de gens ici qui me disent : « mais pourquoi tu penses ça ». Moi ce que je raconte, l'autre ne l'a pas vécu. Qui peut expliquer ce que c'est la vie ? Même des noirs comme moi m'ont dit : « ce n'est pas possible ce que tu as vécu ». Même ici je vis des choses différentes des autres. Chaque personne a une idée différente de ce que c'est que vivre en France ».

Djibril associe avec la question de « ses » religions.

« Il y a des gens qui m'ont dit que si j'avais deux religions, c'est que j'étais fou. A l'OFPRA, ils m'ont dit pareil. Il n'y a que quelqu'un qui a vécu ce que j'ai vécu qui sait. Les gens ne comprennent pas. Au Nigeria, quand on déchire un papier sans importance écrit en arabe, il y a des gens qui deviennent violents et qui t'agressent parce qu'ils pensent que tu déchires un Coran ».

Il nous semble que Djibril parvient désormais à assumer son identité dans toute sa complexité. Lors de la septième et dernière séance Djibril évoque avec une douleur moins aiguë le manque de sa mère :

« Le Coran dit des choses, mais il manque quelqu'un, ma mère me dirait fait ça c'est bien, ne fait pas ça ce n'est pas bien ».

Une cothérapeute souligne que lors de cette consultation, Djibril est venu pour la première fois avec une tenue traditionnelle d'Afrique de l'Ouest. Ce à quoi Djibril répond :

« Ce n'est pas la première fois, ça m'arrivait souvent au Nigeria. J'aime me voir dans le miroir lorsque je suis habillé comme ça. Je cherche à être qui je suis ».

Devant le miroir, c'est là que Djibril a entendu la voix qui lui disait de se tuer quelques mois plus tôt, et c'est dans ce même miroir qu'il aime se regarder aujourd'hui, dans une belle tenue telle que celles qu'il portait jadis au Nigeria.

En fin de consultation, Djibril évoque à nouveau sa solitude, et en même temps, sa crainte de se confier.

« Je ne parle que si je sais que la personne en face peut m'aider. J'ai besoin de quelqu'un d'intéressant dans ma vie. J'ai besoin d'une sœur, d'un ami. On ne peut pas vivre seul à l'intérieur ».

Nous nous séparons confiants sur sa capacité à aller vers de nouvelles relations. Un an plus tard, nous avons eu un échange de courriels. « Merci de vous souvenir de moi » disait Djibril, qui nous laissait entendre qu'il lui était arrivé beaucoup de choses depuis la dernière fois qu'il nous avait vus, et qu'il viendrait un jour nous les raconter.

La prise en charge psychothérapeutique de Djibril a nécessité l'utilisation de représentations culturelles qui n'avaient jusque là pas pu être formulées par faute de contenant capable de les accueillir. Ce n'est qu'à cette condition que les différents traumatismes ont pu se dire et que Djibril a pu établir des liens entre son identité

singulière d'*abiku* et le moment de l'effroi, rattachant ainsi, dans le langage, l'expérience de rencontre avec le réel de la mort et sa propre histoire.

## **5- DISCUSSION**

## **5.1- ANALYSE CLINIQUE : CLINIQUES TRANSCULTURELLES DE L'EFFROI**

Les suites de l'exposition à un événement potentiellement traumatique sont très variables et dépendent d'un grand nombre de paramètres. Tout d'abord, il peut y avoir eu ou non une expérience d'effroi chez le sujet exposé, expérience dont nous allons tenter de cerner les contours. Qu'il y ait eu ou non effroi, des troubles peuvent apparaître. Ils sont parfois réversibles spontanément en quelques semaines, mais le plus souvent, ils apparaissent après un temps de latence symptomatique et durent, ou deviennent chronique. Lorsqu'un traitement psychothérapeutique est entrepris, il permet assez souvent de sortir de la sidération traumatique et d'accéder ensuite au matériel œdipien. Young (1998) a ainsi développé à la Tavistock Clinic un modèle de soins en quatre séances qui ne prétend pas régler tous les problèmes, mais qui permet au sujet de sortir de la sidération et de la centration sur le traumatisme, pour parvenir ensuite à formuler éventuellement une demande de thérapie « pour lui-même et non pas à cause du traumatisme » (Young 1998 : 87).

Dans le cas des patients que nous analysons ici, ce temps du soin n'a pas fonctionné, et les patients restent figés dans le trauma, soumis à la stase de la pulsion de mort. Après avoir cherché des éléments communs permettant d'expliquer cette insuffisance des soins psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques reçus, nous nous attacherons à décrire l'expérience de l'effroi chez ces patients.



### **5.1.1- Des névroses traumatiques « complexes » et « résistantes » aux soins**

Les quatre patients migrants dont nous avons analysé la prise en charge, de même que la plupart des patients qui sont référés au groupe trauma ont bénéficié de soins psychothérapeutiques individuels et de traitements psychotropes, sans que leur état psychique ne s'améliore. Ils présentent des troubles dont les manifestations relèvent davantage de l'état de stress post-traumatique complexe que de la névrose traumatique telle qu'elle est habituellement définie. En plus du contexte migratoire, ces patients présentent deux points communs.

Les événements qui ont causé l'effroi sont liés à des violences interhumaines et intentionnelles. Pour Hakim, l'événement récent (l'accident hémorragique méningé) réactive une chaîne de traumatismes infantiles et transgénérationnels qui possèdent ce caractère d'intentionnalité. La volonté de détruire l'humanité chez l'autre qui sous-tend de tels agissements et les particularités du tableau clinique qui en résulte (Sironi 1999, 2001, 2004) invitent à questionner l'unité du concept de traumatisme psychique.

Un autre point d'importance est l'histoire infantile particulière de ces quatre patients. Celle-ci comprend en effet soit des traumatismes infantiles (comme pour Hakim), soit des singularités dans les conceptions parentales sur la nature même de l'enfant. Cette situation d'enfant singulier au sens anthropologique implique des interactions précoces particulières, marquées par l'ambivalence et par des projections parentales conflictuelles. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces quatre patients ont été confrontés, durant leur enfance, à des ruptures d'empathie maternelle et parentale, susceptibles d'avoir entraîné une effraction précoce des

contenants, ce qui conduit selon Lebovici (1989) à mettre en péril l'estime de soi et le narcissisme de l'enfant, ainsi qu'à le figer dans un sentiment de honte pouvant le conduire à la recherche de satisfactions masochistes. L'effroi survenant ensuite constituerait un après coup de ces défauts précoces de contenant mettant en jeu des processus défensifs infra-œdipiens.

### 5.1.2- L'effroi

« La force qui tue est une forme sommaire, grossière de la force. Combien plus variés en sont ses procédés, combien plus surprenante en ses effets, est l'autre force, celle qui ne tue pas ; c'est-à-dire celle qui ne tue pas encore. Elle va tuer sûrement, ou elle va tuer, peut-être, ou bien elle est seulement suspendue sur l'être qu'à tout instant elle peut tuer. De toute façon, elle change l'homme en pierre. Du pouvoir de transformer un homme en chose en le faisant mourir procède un autre pouvoir, et bien autrement prodigieux, celui de faire une chose d'un homme qui reste vivant. Il est vivant, il a une âme : il est pourtant une chose. Etre bien étrange qu'une chose qui a une âme ; étrange état pour l'âme. Qui dira combien il lui faut, à tout instant, pour s'y conformer, se tordre et se plier sur elle-même ? Elle n'est pas faite pour habiter une chose ; quand elle y est contrainte, il n'est plus rien en elle qui ne souffre violence. Un homme désarmé et nu sur lequel se dirige une arme devient un cadavre avant d'être touché. Un moment encore, il combine, agit, espère [...] Mais bientôt il a compris que l'arme ne se détournera pas, et, respirant encore, il n'est plus que matière, encore pensant, ne peut plus rien penser [...] Le spectacle d'un homme réduit à ce degré de malheur glace comme glace l'aspect d'un cadavre ».

SIMONE WEIL. *L'ILIADÉ OU LE POÈME DE LA FORCE*. (1939-1940 : 128-130).

#### **a) Confusion et sidération : l'atteinte des contenants**

« Un cadavre. L'œil gauche mangé par un rat. L'autre œil ouvert avec sa frange de cils. Essayez de regarder. Essayez pour voir. » (Delbo 1970a : 137)

L'effroi produit une grande confusion et une altération des frontières entre les catégories qui structuraient jusque-là l'expérience : le dedans et le dehors, le vivant et l'inanimé, l'humain et le non humain, le masculin et le féminin.

Dans *Le sang du ciel*, roman de Rawicz (1961), le narrateur, Boris, doit s'extraire d'un amoncellement de victimes juives fusillées dans un ravin, tant il faisait corps avec les morts. Cela traduit selon Dayan Rosenman une expérience dans

laquelle le rescapé se vit « comme lié à un corps fantasmatique, où se mêlent, inextricablement, les morts et les vivants » (2007 : 25).

Chez les patients dont nous avons analysé la prise en charge, ces confusions sont fréquentes et témoignent de modifications brutales des enveloppes psychiques. Celles-ci lorsqu'elles sont atteintes dans leur fonction conteneur peuvent conduire à ce que Anzieu a nommé « une topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce » (1985 : 265) réalisant une excitation pulsionnelle diffuse et inapaisable contre laquelle le sujet peut lutter en construisant une néo-écorce comme par exemple une « enveloppe de souffrance » (ibid.) comme c'est le cas pour Paul.

### ***b) Abandon et perte***

Rawicz, dans son roman *Le sang du ciel* (1961) décrit le massacre d'enfants dans une cave, en des termes hallucinants qui rendent compte de la confusion produite par l'effroi, en même temps que de l'abandon radical dans lequel se trouvent victimes et spectateurs, vécu comme l'abandon de Dieu :

« Des cris stridents remplissaient la pièce comme autant de petits animaux affolés. Des bâillements, des sons vagues, des bruits monstres et bâtards. Des déchirements de sens et de peau. Les dimensions, les catégories de la conscience, temps, espace, douleur, vide, astronomies se livraient à une mascarade ou à un combat, ou à une noce, ou à une chevauchée et la chair des rêves s'étalait sur le siège de Dieu, évanoui, couché sur le ciment dans Ses propres vomissures » (1961 : 139).

Pour Garland (1998), la signification de ce sentiment d'abandon est à rechercher dans la défaillance des bons objets qui se sont montrés incapable de protéger, négligents, voire malveillants, venant confirmer les angoisses les plus

archaïques. Garland situe ces angoisses d'anéantissement et de persécution dans le registre des angoisses schizo-paranoïdes. Lebigot (2006) a une position proche, même si elle se situe dans une perspective psychanalytique différente, lorsqu'il estime que le traumatisme psychique provoque une levée partielle du refoulement originaire, donc une transgression que le sujet devra payer à travers la culpabilité et la honte. Tout trauma entraîne en effet une atteinte de l'ordre symbolique se cristallisant en un affect de honte. « Ce qu'a perdu le traumatisé, c'est la capacité de se traduire, symboliquement, par la parole, à l'oreille d'un autre » (Daligand 2006 : 152).

Ce sentiment d'abandon se double d'un phénomène de perte impliquant donc un travail de deuil du monde et de l'identité d'avant l'effroi qui rend compte de la fréquence des évolutions dépressives que l'on peut observer dans de telles situations.

### ***c) L'expérience de liminalité et la transgression***

Du fait de ce franchissement vers l'originaire, l'effroi peut-être compris comme le franchissement d'un seuil qui produit une sortie de l'espace social ordinaire et qui met le sujet en situation de liminalité (Turner). Ce processus de déconstruction identitaire et de désaffiliation évoque les premières phases des rituels initiatiques tels que nous les avons décrits. Charlotte Delbo a décrit à de nombreuses reprises ce sentiment d'avoir franchi une limite qui l'a à jamais séparée des autres hommes. Elle a nommé cela une « connaissance inutile » (1970b), soulignant combien cela la désaffiliait. Ce thème revient en différentes occurrences que nous reproduisons ci-dessous :

« Je suis revenue d'entre les morts

et j'ai cru  
 que cela me donnait le droit  
 de parler aux autres  
 et quand je me suis retrouvée en face d'eux  
 je n'ai rien eu à leur dire  
 parce que  
 j'avais appris  
 là-bas  
 qu'on ne peut pas parler aux autres » (Delbo 1970b : 188).

« J'ai parlé avec la mort  
 alors  
 je sais  
 comme trop de choses apprises étaient vaines  
 mais je l'ai su au prix de souffrance  
 si grande  
 que je me demande  
 s'il valait la peine » (Delbo 1970b : 185).

« Parce que je reviens d'où nul n'est revenu  
 Vous croyez que je sais des choses  
 Et vous vous pressez vers moi  
 Tout gonflés de vos questions  
 De vos questions informulables.  
 Vous croyez que je sais les réponses.  
 Je ne sais que les évidences  
 La vie  
 La mort  
 La vérité.  
 Je reviens de la vérité.  
 Car là-bas tout était vrai  
 Tout était vrai de vérité mortelle  
 Net, coupant, sans ombre ni mesure  
 Cruauté pure, horreur pure.  
 La vérité dans cette cruauté qui en soutiendrait le regard ?  
 Fermer les yeux pour toujours  
 Ou les ouvrir tout grands  
 Les yeux du délire,  
 Le seul choix ou la seule chance.  
 Et cette lumière sur les prunelles qui ont osé la regarder  
 Les a brûlées.  
 Alors pourquoi dire  
 Puisque ces choses que je pourrais dire  
 ne vous serviront  
 A rien...  
 ... ? » (Delbo 1974 : 51).

Ainsi, si la connaissance liée à l'expérience de l'effroi est « inutile », c'est parce que ne pouvant se dire, elle est à l'origine de souffrance et de désaffiliation. A cette situation d'entre-deux dans laquelle projette l'effroi s'ajoute l'entre-deux culturel dans lequel sont parfois pris les migrants lorsque le processus de métissage culturel que doit nécessairement traverser le migrant ne fonctionne pas et que la dialectique entre filiation et affiliation, c'est-à-dire le double mouvement par lequel le sujet doit se situer dans son groupe et dans l'histoire de celui-ci est perturbée.

#### **d) La modification du sentiment de soi et l'identité narrative**

« Je voulais me voir dans le miroir qui était suspendu au mur d'en face. Je ne m'étais plus vu depuis le ghetto. Du fond du miroir, un cadavre me contemplait. Son regard dans mes yeux ne me quitte plus ».

ELIE WIESEL, *LA NUIT* (1958 : 174).

« Un sujet se reconnaît dans l'histoire qu'il se raconte à lui-même sur lui-même »

PAUL RICŒUR (1985 : 356).

Dans *Temps et récit I*, Ricœur affirme que le temps devient une notion humaine et perceptible à partir du moment où il se traduit sur le mode narratif, dans la mise en intrigue (1983 :105), selon trois moments clefs : «Je prends pour fil conducteur de cette exploration de *la médiation entre temps et récit* l'articulation évoquée plus haut, et déjà partiellement illustrée par la *Poétique* d'Aristote, entre les moments de la *mimèsis* que, par jeu sérieux, j'ai dénommés mimèsis I [la composition de l'intrigue], mimèsis II [le royaume de la fiction ou du comme si], mimèsis III [intersection entre le monde du texte et du lecteur]» (1983 :106). Ainsi, « le temps ne devient humain que lorsqu'il est articulé de manière narrative »

(1983 :17) et qu'il peut être raconté. Cela suppose que nous refigurions sans cesse notre expérience temporelle pour qu'elle acquière forme et sens.

Le paradigme ricœurien de l'identité consiste à penser dialectiquement la permanence à soi et les changements adaptatifs nécessaires à la continuation du soi. Pour Ricœur, l'*idem* est la catégorie de l'identité par mêmeté permanente dans le temps et structurale qu'il réfère à un « quoi ». L'*ipse* suppose un mode d'identité non substantielle se référant à un « qui », cette identité-ipse se distingue de l'identité-*idem* par ses variations. L'identité-*idem* existe « malgré le temps », tandis que l'identité-*ipse*, « mémorielle et promissive » existe « à travers le temps » (1996 : 202). L'identité narrative est alors l'instance médiatrice entre les pôles *idem* et *ipse*. Il y a dans chaque histoire, une sorte de dialectique entre des événements inattendus, discordants, qui viennent rompre l'horizon d'attente (ce qu'Aristote nomme des « péripéties ») et un travail de mise en concordance-reconnaissance, l'ensemble permettant de donner lieu à une intelligibilité narrative.

Ricœur évoque l'incapacité à raconter qui « cumule les effets des capacités à dire et à agir, dans la mesure où le récit est *mimésis* d'action dans la parole » (1996 : 205). Il peut s'agir d'un conflit entre compulsion de répétition et « travail de souvenir » dit-il en reprenant une terminologie freudienne, mais aussi d'une impuissance à raconter liée à certaines expériences extrêmes. Il cite « les rescapés des camps de concentration accablés par le caractère incommunicable et en ce sens inénarrable de souvenirs insupportables » (1996 : 205). Ricœur situe de tels événements au-delà des péripéties et discordances habituellement imposées à la maîtrise du récit et aux stratégies de mise en intrigue. A partir de l'œuvre de Robert Musil et notamment de son roman *L'homme sans qualités*, Ricœur évoque la question du sentiment de perte d'identité (1990, 1991), l'épreuve du néant de

l'identité-permanence (1991 : 47) qu'il comprend comme une « mise à nu de l'ipséité par perte de support de la mêmeté » (1990 : 178). La mêmeté étant attaquée, on ne doute pas que le sujet est, mais on ne sait plus ce qu'il est.

L'effroi provoque une rupture du sentiment de continuité de l'expérience qui bouleverse l'identité narrative du sujet, le contraignant à une nécessité de refiguration de son expérience. Ainsi, il ne s'agit pas, comme on le prétend parfois « d'intégrer » un événement traumatique au récit d'une histoire personnelle qui serait donnée, mais de remettre en intrigue tout ce récit, à la lumière d'un nouvel épisode radicalement hétérogène.

### ***e) Théories étiologiques des patients et risque de « misdiagnosis »***

Au-delà de la psychiatrie comparative, qui cherche finalement à repérer des « invariants » culturels qui témoigneraient d'une base neurobiologique aux troubles observés. Littlewood (2001) compare ironiquement la démarche qui vise à débarrasser le tableau « pur et universel » de la maladie en lui ôtant ses scories « exotiques », à quelqu'un qui, pelant un oignon, continuerait dans l'espoir de trouver enfin le « vrai » oignon... Certains courants comme celui de la nouvelle psychiatrie transculturelle dans le monde anglo-saxon, ou de l'ethnopsychiatrie en France proposent une vue différente. Selon Kleinman (1977, 1988) les catégories diagnostiques que nous utilisons sont intimement liées à la culture occidentale et ne peuvent être appliquées dans d'autres aires culturelles sous peine de réaliser ce qu'il nomme *category fallacy*, c'est-à-dire la réification de nos diagnostics ethnocentrés en catégories universellement valides et leur application à des aires culturelles où elles n'ont pas été validées, avec un risque d'erreur diagnostique (*misdiagnosis*). Dans les



cas que nous avons présenté, il serait inexact de déduire des phénomènes de transes, d'apparitions, de possession observés un diagnostic psychiatrique en particulier psychotique ou de « sinistrose ». Ces expériences, localement banales, viennent signifier un désordre qu'il faut identifier et leurs manifestations correspondent à des canaux sémantiques communs d'expression de la détresse.

Les théories étiologiques n'ont pas le même statut en psychiatrie transculturelle qu'en médecine. La découverte d'une étiologie, sur le plan médical, est quelque chose qui interrompt l'investigation, et qui clôt le processus de recherche des causes du désordre. Il en va tout autrement avec les théories étiologiques traditionnelles qui sont « interrogatives, multiples, et non exclusives. Elles conduisent à questionner davantage encore » (Nathan 1986 : 20). Moro souligne que les symboles collectifs sont l'objet d'une appropriation active et individuelle, consciente et inconsciente par les patients (1998 : 60), qui les choisissent, les ré-interprètent, les investissent et les désinvestissent, en un mot, les transforment en objets conflictuels et subjectifs. La tâche du thérapeute, selon Moro, est alors de penser l'investissement individuel de ces représentations collectives. On peut ainsi se représenter ces théories comme autant de leviers que les patients vont utiliser dans la mise en récit de leur expérience.

Les cas cliniques que nous analysons permettent de souligner que les théories étiologiques des patients ne sont pas des formes figées qui pré-existeraient à la prise en charge. Initialement absentes ou frustrées, elles se construisent, se complexifient et se déploient dans l'interaction thérapeutique et les liens des patients avec leur entourage et les soins traditionnels et informels. Dans le cas de Hakim, par exemple, de nombreuses théories co-existent : une maladie neurologique (du cerveau), le destin, la frayeur, la transgression, la possession, la malédiction. Elles

sont utilisées successivement et parfois conjointement dans l'espace thérapeutique comme des pivots permettant l'élaboration des traumatismes et des deuils ainsi que l'élaboration des remaniements identitaires. L'étiologie des troubles par l'effroi est ainsi le plus souvent associée à d'autres théories étiologiques qui contribuent à la construction du sens.

***f) Altérité en soi : possession et « dépossession »***

Un autre point commun à ces quatre récits de thérapie est l'expérience par les patients d'un envahissement de leur intériorité par un élément hétérogène. Il s'agit de possession explicite dans le cas de Hakim et dans celui de Djibril, de quelque chose « dans le corps » pour Paul, de l'expérience d'une force agissante inexplicable (à ce stade de la thérapie en tout cas) pour Line. Cette représentation est congruente avec le modèle des troubles causés par l'effroi tel que nous l'avons évoqué dans une dimension anthropologique : l'effraction rend possible la possession, ou bien chez Djibril, elle la réactive. La possession réalise un envahissement de l'intériorité du sujet par un être culturel, et dans le même temps, une dépossession de soi. Elle figure à la fois la pénétration d'une perception qui reste hétérogène au moi, non liée aux signifiants et l'hémorragie narcissique. Cette représentation n'est pas statique, et nous avons constaté, avec Hakim et Paul que la demande initiale, d'être débarrassé de cette menace interne évoluait progressivement vers une stratégie différente, de liaison de ces contenus, soutenue par le processus thérapeutique.

### **g) La crainte de la transmission de l'effroi**

L'effroi ne concerne pas que le sujet, mais aussi son entourage. Tous les patients, à l'un ou l'autre moment de la thérapie, nous demandent si « nous allons bien », si « nous arrivons à supporter ». Certains expriment, une fois le processus thérapeutique bien engagé, la crainte qu'ils ont eue de nous détruire s'ils racontaient leur histoire. De même, dans toutes les familles que nous avons rencontrées, l'effroi concerne le groupe, la famille, parfois les enfants à naître. Nous avons par exemple été amenés à prendre en charge Fatou, femme trentenaire originaire de la République Démocratique du Congo et qui était enceinte depuis peu. Elle venait nous voir parce qu'elle avait peur que sa frayeur affecte son bébé. Cette frayeur ne la quittait plus depuis qu'elle avait vu mourir ses trois enfants sous ses yeux dans un incendie plusieurs années auparavant. L'idée que l'effroi de la mère peut se transmettre au bébé, particulièrement vulnérable aux effractions, est de constatation courante. Chez Hakim, cette crainte s'était déplacée vers l'ensemble de la descendance, dans une logique de malédiction dont il devait protéger ses enfants.

### **5.1.3- Interactions entre traumatisme et migration**

Dans le cas des patients dont nous avons analysé le parcours et la prise en charge, l'acte migratoire est organisé comme un nouveau traumatisme dans un but auto-thérapeutique face aux expériences antérieures d'effroi. C'est une migration qui crée une discontinuité radicale et clive les représentations entre les univers d'appartenance, dans l'illusion d'une nouvelle naissance, d'une *tabula rasa*. Ce mécanisme de protection s'avère très coûteux, crée de nouveaux clivages, et résiste mal à la réalité du quotidien du pays d'accueil qui avait souvent été idéalisée. La situation de Hakim par exemple montre que chez lui, ce clivage a été protecteur

pendant un grand nombre d'années, mais qu'il n'a pas résisté face à un nouveau traumatisme.

## **5.2- ANALYSE DU PROCESSUS THERAPEUTIQUE**

### **5.2.1- Statut du récit traumatique**

Le recueil du récit traumatique n'est pas l'objectif premier des soins. Soit il est initialement impossible, soit il se fait de manière désaffectivée et le groupe entre en relation avec un fragment clivé du psychisme du patient qui « sait » le trauma, mais ne souffre pas, ce qui témoigne du clivage narcissique décrit par Ferenczi (1932). Dans cette configuration, le récit ne soigne pas et peut s'avérer dangereux.

Les défenses par clivage mises en place lors de l'effroi protègent le moi d'une menace d'anéantissement. Mettre en récit devant un tiers c'est alors prendre le risque d'une découverte sur soi redoublant le traumatisme initial. Pour Waintrater, « La violence de la réunification réside dans cette opération de liaison et dans le danger qu'encourt le témoin de se condamner en se montrant incapable d'avoir pour lui-même un regard de chagrin et de pitié » (2000 : 199). Ainsi, les symptômes qui conduisent le patient à consulter peuvent être le résultat de défenses « mutilantes mais protectrices » (Dayan Rosenman 2007 : 149).

Annie Aubert (2001) a étudié l'œuvre littéraire de Jorge Semprun dans ses rapports avec le processus d'élaboration du traumatisme. Semprun est né en 1923 en Espagne et a perdu sa mère à l'âge de 8 ans. Militant politique, il est arrêté en Bourgogne en 1943 et déporté en août 1945 à Buchenwald où il reste jusqu'à la libération du camp en avril 1945. En août 1945, il est victime d'une hallucination dans un train de banlieue, au cours de laquelle il revit le voyage de déportation. Cette hallucination le conduit à une chute du train qu'il analysera plus tard comme un équivalent suicidaire. En 1946, il perd volontairement ses premiers écrits. « Il me fallait choisir entre l'écriture et la vie » dira-t-il plus tard (1994). « A vingt-deux ans, j'ai commencé à élaborer littérairement cette expérience : cette mémoire de la mort.

Mais cela devint impossible [...] : il n'était pas impossible d'écrire, il aurait été impossible de survivre à l'écriture. La seule issue possible de l'aventure du témoignage serait celle de ma propre mort » (1995). Concernant ce renoncement à l'écriture, il dit encore « J'ai du abandonner le projet qui donnait à mes yeux un sens à ma vie, celui d'être écrivain. Un projet qui avait dès l'enfance quasiment structuré mon identité la plus authentique ; j'ai du décider d'être un autre, de ne pas être moi-même, pour continuer à être quelque chose : quelqu'un » (1993). Après une période consacrée à des activités politiques clandestines en Espagne, Semprun écrit en deux semaines et publie son premier ouvrage *Le grand voyage* en 1963. « Dès qu'il a été publié, mon rapport au passé et à la mémoire a basculé. Il est devenu douloureux et terrifiant. Je suis sorti de l'oubli pour entrer dans l'angoisse »<sup>73</sup>. En 1967, Semprun publie *L'évanouissement* dans lequel il revient sur l'épisode de la chute du train de 1946. Cependant, ce n'est qu'en 1994 que l'écrivain peut faire un récit à la première personne de son expérience de la déportation, de ses conséquences, dans *L'écriture ou la vie*. En 1995, au cours d'un entretien avec Elie Wiesel, il évoque ainsi son itinéraire : « L'écriture aussi réveille la mémoire et réveille l'angoisse, forcément. La thérapie de l'oubli a joué un rôle apaisant pendant une période. La projection dans la politique a joué un autre rôle, parce que c'est l'illusion de l'avenir, en tout cas la politique communiste, puis l'échec de cette illusion ramène à l'écriture, à la mémoire. Et plus j'écris, plus la mémoire est là, mais plus l'angoisse revient aussi » (Semprun & Wiesel 1995 : 19). Pour Aubert (2001), le parcours littéraire de Semprun révèle la complexité et l'évolution des défenses psychiques face au trauma. Ce sont d'abord le déni et le clivage qui dominent. Un premier temps de suturation narcissique est nécessaire avant que l'élaboration symbolique soit

---

<sup>73</sup> Semprun *Brochure de présentation de L'écriture ou la vie*. Paris : Gallimard ; 1994 (cité par Aubert 2001 : 239).

possible. Semprun produit un cycle de passages par l'acte - qui constituent une forme de « sublimation narcissique » (2001 : 245) -, et de réécritures.

Charlotte Delbo, écrivain rescapée d'Auschwitz témoigne également de la fonction protectrice du clivage, clivage qui perdure quarante ans après l'expérience concentrationnaire :

« Auschwitz est si profondément gravé dans ma mémoire que je n'en oublie aucun instant. – Alors vous vivez avec Auschwitz ? – Non, je vis à côté. Auschwitz est là, inaltérable, précis, mais enveloppé dans la peau de la mémoire, peau étanche qui l'isole de mon moi actuel. [...] Je crains souvent qu'elle s'amincisse, qu'elle craque, que le camp me rattrape. Y penser me fait trembler d'appréhension. [...] J'ai le sentiment que celle qui était au camp, ce n'est pas moi, ce n'est pas la personne qui est là, en face de vous. [...] Et tout ce qui est arrivé à cette autre, celle d'Auschwitz, ne me touche pas, moi, maintenant, ne me concerne pas, tant sont séparées la mémoire profonde et la mémoire ordinaire. Je vis dans un être double. Le double d'Auschwitz ne me gêne pas, ne se mêle pas de ma vie. Comme si ce n'était pas moi du tout. Sans cette coupure, je n'aurais pas pu revivre » (1985 : 13).

Comment et quoi représenter lorsqu'il s'agit du traumatisme, et plus particulièrement, de celui des camps et de la Shoah, sur lequel nous disposons du plus grand nombre d'écrits ? Joseph Beuys, en 1982<sup>74</sup> parlait d'Auschwitz comme de :

« ce qui ne peut pas être représenté, cette image repoussante qui ne peut pas être présentée comme une image mais qui pourrait seulement être présentée dans l'effectivité de son événement, pendant qu'il se produit, ce qui ne peut pas être transposé en une image. On ne peut le rappeler, tel

---

<sup>74</sup> Cité par Kramer, 1998 : 103.

qu'il fut que par une image opposée de sens positif, c'est-à-dire écartant du monde cette souillure » (Kramer 1988 : 103).

Il semble que pour Beuys, il n'y ait pas de représentation possible sans acte. Dans un texte intitulé *La Représentation interdite* et évoquant Auschwitz, Jean-Luc Nancy écrit :

« Il ne reste alors à penser, comme Beuys l'indique, qu'une impensable re-présentation, une répétition de l'événement lui-même. Montrer les images les plus terribles est toujours possible, mais montrer ce qui tue toute possibilité d'image est impossible, sauf à refaire le geste du meurtre. Ce qui interdit, en ce sens, la représentation, c'est le camp » (Nancy 2003 : 95).

Delbo avait une position opposée, n'acceptant pas cette idée d'interdit de la représentation, refusant obstinément que l'expérience concentrationnaire résiste au langage :

« Certains ont dit que la déportation ne pouvait pas entrer dans la littérature, que c'était trop terrible, que l'on n'avait pas le droit d'y toucher... Dire ça, c'est diminuer la littérature, je crois qu'elle est assez grande pour tout englober. Un écrivain doit écrire sur ce qui le touche. J'y suis allée, pourquoi n'aurais-je pas le droit d'écrire là-dessus ce que j'ai envie d'écrire ? - Il n'y a pas de mots pour le dire. Eh bien ! Vous n'avez qu'à en trouver - rien ne doit échapper au langage » (Delbo, citée par Schumacher 2008).

En thérapie, l'évocation des traumatismes est indispensable. Cependant, elle ne doit pas être un préalable à la prise en charge. Parler des traumatismes, c'est prendre le risque de faire voler en éclat des clivages protecteurs indispensables à la survie, et c'est aussi pour le thérapeute, prendre le risque de se sentir entraîné dans la transgression et le voyeurisme, tant il est vrai que l'évocation des récits ressuscite



l'acte lui-même. La verbalisation des récits traumatiques devient possible lorsque le patient se sent suffisamment contenu.

### **5.2.2- Fonction contenante du groupe trauma**

La création du groupe trauma répondait à la nécessité de proposer une prise en charge psychothérapeutique de seconde intention pour les patients chez qui les prises en charges psychiatriques et psychothérapeutiques duelles n'avaient pas fonctionné. Nous avons fait l'hypothèse que cet échec pouvait être lié à une impossibilité pour le patient à accéder à sa conflictualité psychique du fait des modifications produites par l'effroi. Nous avons donc systématiquement privilégié le travail préalable sur la contenance, dans sa double fonction de contenir et de transformer, phase qui a duré de plusieurs mois à plusieurs années selon les patients. Les éléments spécifiques que nous avons mis en évidence, au cours de ces prises en charge psychothérapeutiques concernent les effets du traumatisme, l'utilisation des représentations culturelles et les effets produits sur les thérapeutes par ces deux éléments.

#### ***a) Irruptions traumatiques et contre-transfert traumatique***

« Je me demande si nous aurons la force de la raconter [la vérité]. Et ils ne nous croiront pas. Ils penseront que, puisque nous en sommes revenues, c'est que ce n'était pas aussi terrible que nous le dirons. Celles qui rentreront seront un démenti à leurs dires »  
 CHARLOTTE DELBO. *QUI RAPPORTERA CES PAROLES ?* (1974 : 79).

Un récit de l'effroi ne peut se déployer que face à des thérapeutes prêts à l'entendre. L'ambivalence, à ce sujet, concerne aussi bien les rescapés que ceux qui

les écoutent, comme Dayan Rosenman l'a souligné dans son analyse de ce qu'on a appelé peut-être un peu rapidement le « silence des rescapés » après la Shoah (Dayan Rosenman 2007 : 152). Cependant, les patients dont nous avons analysé la prise en charge n'étaient pas en mesure de produire initialement un récit distancié. Pour ceux qui ont pu dire les scènes traumatiques, nous étions confrontés à de véritables reviviscences qui produisaient un vif malaise chez les cothérapeutes.

Fatou par exemple, lors de la première séance, nous a raconté pendant près de vingt minutes l'incendie dans lequel ses trois enfants avaient péri sous ses yeux. De manière étonnante, elle racontait les choses en temps réel, rapportant chaque propos échangé avec ses enfants ou dits par eux, reprenant chaque intonation, mimant chacun de ses gestes et ceux de ses enfants, précisant chaque déplacement. Cette narration, faite d'une traite plongea le groupe dans l'effroi. Il n'était pas possible d'intervenir (Fatou ne nous entendait pas), il n'y avait plus d'interaction avec elle. Certains thérapeutes étaient pris de quintes de toux, de sensations de suffocation, ou d'envie de s'échapper comme si les flammes et la fumée envahissaient la salle de consultation. Line raconta les violences sexuelles dont elle avait été victime sur le même mode précis et extrêmement réaliste, de même que Hakim nous décrivit très précisément la scène du matricide, bien qu'il n'y ait pas assisté.

Dans de telles situations, le groupe thérapeutique est soumis à une épreuve douloureuse, et les thérapeutes réagissent différemment : empathie, hostilité, envie de quitter la pièce, blanc de la pensée, manifestations somatiques sont le plus fréquemment rencontrés. Des scénarii émergents (Lachal 2006) apparaissent cependant toujours chez certains thérapeutes et permettent de continuer à penser. Ce sont alors très souvent des métaphores culturelles qui sont utilisées afin de

poursuivre l'entretien. Les manifestations contre-transférentielles sont verbalisées et partagées après chaque entretien. Ce temps d'élaboration commun révèle, face à un récit pourtant très proche du réel, la variété des scénarii émergents produits et il a également pour fonction d'élaborer les affects de honte et de culpabilité qui sont ressentis par les thérapeutes dans ces situations qui entraînent toujours un sentiment de transgression et de passivité.

### ***b) Contre-transfert culturel***

Dans un tel dispositif, il est nécessaire d'instaurer, en plus des mécanismes d'analyse des contre-transferts « affectif » et « traumatique », une modalité spécifique d'analyse du contre-transfert lié à la dimension culturelle. Autre raison pour laquelle ce type de consultation se déroule en groupe, moyen le plus efficace que nous ayons trouvé pour analyser ce *contre-transfert culturel* (Moro & Nathan 1989). Concrètement, à la fin de chaque entretien, le groupe s'efforce d'explicitier le contre-transfert de chacun des thérapeutes par une discussion des affects éprouvés par chacun, des implicites, des théories... qui les ont conduit à penser telle chose (inférences), à formuler tel acte (interventions).

On le sait, rendre opérationnelle la dynamique du transfert et du contre-transfert a été la véritable révolution opérée par Freud. Depuis l'élaboration du modèle classique de la cure, la parole du sujet est posée comme acte de la thérapie, le support en étant le lien entre le psychanalyste et son client c'est-à-dire le transfert (Freud 1910). Le transfert désigne donc le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent dans le cadre de la relation psychanalytique. Devereux (1967) a élargi cette définition pour l'appliquer à l'ensemble des

phénomènes survenant en situation de clinique et de recherche en sciences humaines. Le transfert devient alors la somme des réactions implicites et explicites que le sujet développe par rapport au clinicien ou au chercheur.

Dans le contre-transfert, il y a comme dans le transfert, une dimension affective et culturelle. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie, par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient... Lorsqu'un patient comme Djibril nous parle de sa double nature d'humain et d'*abiku*, quelle est notre position intérieure face à un tel récit ? De cette position contre-transférentielle découlera la réponse au patient. Elle conditionnera notre capacité à entrer en relation thérapeutique avec lui. Il s'agit donc de définir le statut épistémologique que nous attribuons à ce type de matériel. Il s'agit donc avant tout de notre position intérieure par rapport à tous ces dire et ces faire codés par la culture du patient. Le transfert et le contre-transfert culturel empruntent aussi à l'histoire, à la politique, à la géographie... Le patient comme le thérapeute ont des appartenances et sont inscrits dans des histoires collectives qui imprègnent leurs réactions et dont ils doivent être conscients. Sans l'analyse de ce contre-transfert culturel, on risque des passages à l'acte agressifs, affectifs... Lors d'une séance de groupe avec Hakim, celui-ci présenta un bref épisode de possession. Lui, plutôt effacé habituellement, se mit soudainement à hurler, à vociférer des propos violents à l'égard de sa fille (qui était absente mais dont il avait appris récemment qu'elle souhaitait se marier à un cousin), avec les yeux exorbités et le visage cramoisi. Au bout de quelques secondes, il se leva et alluma une cigarette dont il tira quelques bouffées avant de l'éteindre et de revenir s'asseoir, demandant ce qui s'était passé. La discussion qui suivit entre cothérapeutes fut animée, certains étant très impressionnés par cet état de

possession observé « en direct », d'autres minimisant l'épisode, cherchant à le ramener à du connu, en l'occurrence à l'hystérie. Décentrage et analyse du contre-transfert culturel sont sans doute les deux mécanismes les plus difficiles à acquérir dans cette pratique culturelle mais les plus précieux aussi, et ils ne sont rendus possibles que par un travail d'analyse continu des mouvements contre-transférentiels de chacun qui s'opère à l'issue de chaque séance.

### ***c) Conditions du maintien des qualités de contenance***

Maintenir les capacités de contenance du groupe est le principal enjeu de la phase initiale de la prise en charge avec ces patients dont les contenants internes ont été sévèrement endommagés par l'effroi. Cela nécessite, face au vécu chaotique et effrayant de ces patients de pouvoir prendre la position de ce que Bion a nommé la *fonction alpha*, c'est-à-dire de pouvoir transformer les *éléments beta*, bruts projetés par les patients, en *éléments alpha* pensables qu'ils peuvent réintrojecter. Cette activité de détoxification, est permise selon Bion par la « capacité de rêverie maternelle ». Hochmann a précisé la structure de cette rêverie comme un récit qui est destiné à un tiers et qui est source d'un plaisir spécifique (1992 : 669). Dans le cadre du groupe, elle est conditionnée par les processus de symbolisation au sens de Roussillon (1999). Cette capacité de contenance de l'appareil psychique groupal (Mellier 2005b) nécessite un travail constant en « double détente » (ibid.). Les thérapeutes accueillent les éléments bruts générés par l'effroi et ses réactualisations lors des séances, mais leur métaphorisation chez les thérapeutes est soutenue par un travail d'élaboration commune à la fin de chaque consultation ainsi que par des séances de supervision. Ce travail permet d'élaborer les réactions inter-

transférentielles et contre-transférentielles dans leur triple dimension affective, traumatique et culturelle. En outre, l'un des cothérapeutes prend des notes extensives durant les séances, libérant ainsi le psychisme des thérapeutes de la question de la mémorisation, ce qui facilite l'état de rêverie.

Un second point important est celui de la malléabilité du groupe (Milner 1990). Alors que Winnicott (1958, 1967) avait décrit les conditions du processus de différenciation extra-psychique du côté de l'enfant (qui passe par le développement de la créativité, d'objets et de phénomènes transitionnels qui vont prendre place dans « l'aire d'illusion primaire » que l'enfant vit comme partagé avec sa mère), Milner précise les choses du côté maternel. Elle définit la « séparabilité », qualité indispensable pour permettre à l'enfant le dégagement intersubjectif, et qui nécessite la « malléabilité » des objets. Un objet (personne, groupe, institution) est dit malléable s'il est 1)- Imprimable (l'enfant peut y inscrire quelque chose de lui) ; 2)- Indestructible, capable de résister à un amour excessif aussi bien qu'à l'agressivité ; 3)- Capable d'auto restauration (il reprend sa forme spontanément sans altération) ; 4)- Plastique, permettant à l'enfant de rejouer sans cesse des mouvements de fusion et de dé-fusion. Un tel objet est à même de conférer au patient une certaine sécurité interne.

Mellier a proposé de caractériser la « fonction à contenir groupale d'une équipe » (2005b : 487) comme la résultante de trois tendances : 1) le travail sur la contenance, la réception et la transformation des angoisses des accueillis qui permet un processus de création d'enveloppes individuelles et groupales ; 2) les réactions de contention qui visent à neutraliser les angoisses des accueillis au risque du déni, de la projection et de la rigidification ; 3) le risque virtuel de crise lié à la crainte d'envahissement des thérapeutes et du dispositif groupal par les angoisses des

accueillis générant une insécurité interne des thérapeutes et un fonctionnement groupal minimal, perturbé ou chaotique. Si la contenance autorise le changement chez le patient, les réactions de contentions sont à l'origine d'un maintien du statu quo et de conflits d'équipe constants, tandis que la situation de risque virtuel de crise annule les possibilités de changement.

#### **5.2.4- Groupe et aspects transculturels**

Le travail en groupe multiculturel basé sur les principes des groupes thérapeutiques transculturels analysés par Sturm (2005) permet l'émergence d'un récit utilisant les formes mises à disposition par la culture, un travail sur les enveloppes culturelles, c'est-à-dire le cadre culturel intériorisé par les patients (Nathan 1986). Utiliser les contenants culturels ne signifie cependant pas que l'objectif est d'inscrire les patients dans une hypothétique « pensée traditionnelle ». Il s'agit au contraire d'utiliser les représentations culturelles multiples, métissées et mouvantes qui les habitent.

Le dispositif, permettant l'émergence de représentations culturelles multiples et parfois conflictuelles permet un travail sur les clivages entre les différents univers d'appartenance auxquels répondent les clivages traumatiques. Le matériel culturel est ainsi utilisé comme un levier thérapeutique qui permet la mobilisation de contenus et d'affects clivés. Parmi ces paramètres culturels, l'introduction de la langue maternelle dans le dispositif est un point important.

### 5.2.5- La question des langues

« Une langue ne sert pas à communiquer, elle sert à être. »  
Jacques Berque<sup>75</sup>

Après la Seconde Guerre mondiale, en France, les premiers récits de l'expérience concentrationnaire ont été écrits non pas par des français, mais par des rescapés d'Europe Centrale qui ont choisi de témoigner et d'écrire en français, abandonnant pour cela leur langue maternelle. Dayan Rosenman (2007 : 44-45) cite ainsi Elie Wiesel, Piotr Rawicz, Anna Langfus... De même, en Israël Dan Pagis et Aaron Appelfeld choisirent l'hébreu plutôt que l'allemand. Pour Dayan Roseman, on peut y voir une tentative de ces auteurs pour inscrire leur témoignage dans une nouvelle langue qui pourrait abriter durablement leur mémoire, condition d'une transmission possible alors que leur univers culturel d'origine a été anéanti.

Pour Janine Altounian l'un des moyens pour subvertir l'emprise du déni d'existence des descendants de victimes de génocides consisterait à acquérir précisément la langue du tiers : « parler du lieu du tiers, c'est, en quelque sorte par investissement latéral, s'identifier à ses modes de perception, ses valeurs, ses plaisirs, s'étayer en somme sur sa pulsion de vie, sans pour autant oublier l'oppression et la violence d'où l'on provient, soi et ses ascendants, sans oublier la négation que l'autre a projetée sur vous, vous, son autre en lui-même dénié » (Altounian 2000 : 36). « Le travail libérateur du deuil ne peut se faire que sous le couvert de l'autre langue. Seule la traduction dans l'autre langue ... opère le refoulement et nomme les nouveaux objets potentiellement investissables » (Altounian 2000 : 38).



Il arrive que la langue du pays d'accueil ne puisse non plus être investie. Hernandez-Ariza et al. (2008) ont ainsi rapporté le cas d'une femme tchéchène confrontée aux traumatismes de guerre comme son père qui avait été déporté plusieurs décennies auparavant. Déboutée du droit d'asile en France, elle avait entrepris ici une thérapie en langue espagnole avec un psychiatre hispanophone latino-américain, refusant toute proposition d'interprète russophone (la langue de ses agresseurs) ou tchéchène (la langue de ses origines). Elle avait appris l'espagnol auprès d'un oncle maternel professeur de littérature et figure importante de son adolescence, et plus de trente années plus tard, cette langue fonctionnait toujours comme un « lieu » de protection et un espace tiers dans lequel un récit pouvait s'organiser.

La question de la langue, pour les patients dont nous avons analysé la prise en charge apparaît fondamentale. Hakim, au début de la prise en charge, explique ne savoir parler que le kabyle, ne comprendre qu'à peine le français et l'arabe. Cependant, il veut s'exprimer en français. La proposition de participation d'un psychothérapeute kabyle n'est acceptée qu'après plusieurs années de prise en charge. Paul est bilingue, s'exprime parfaitement en français et ne comprend pas pourquoi un interprète est présent lors des entretiens. Dans le déroulement de la thérapie, il fait cependant appel à lui à plusieurs reprises qui constituent des moments-clefs de l'élaboration. Line quant à elle refuse clairement la participation de Fons aux entretiens pendant toute la première partie de la prise en charge. Lorsqu'elle l'accepte, la tonalité des entretiens se modifie profondément.

---

<sup>75</sup> Propos tenus lors des Entretiens interdisciplinaires organisés au Collège de France sur le thème de l'arabisation en mai 1977 (cité par Grandguillaume 1979).

La question du choix des langues chez ces patients migrants traumatisés dépasse donc de beaucoup la question de la communication dans les soins. Le refus d'utiliser la langue maternelle dans les séances au début de la prise en charge est retrouvé de manière très fréquente. Il témoigne des clivages mis en place par les patients, clivages traumatiques et migratoires qui les conduisent à abandonner leurs premiers objets, à les dévitaliser. La langue maternelle constitue un paramètre capital du dispositif et la position subjective par rapport à celle-ci est peut être interprétée, et fait l'objet de constantes ré-élaborations de la part des patients parallèlement au travail d'élaboration de l'effroi et aux remaniements identitaires.

### **5.3- PROPOSITIONS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

Ce travail nous conduit à faire un certain nombre de propositions cliniques et thérapeutiques au sujet de l'effroi en clinique transculturelle.

#### **RECONNAISSANCE DE L'EFFROI ET DE SA SEMIOLOGIE**

Nous considérons l'effroi comme modèle plutôt que comme étiologie, reprenant ici la proposition de Houzel au sujet du traumatisme psychique (1991 : 45). Considérer l'effroi comme un modèle, c'est se référer à des circonstances qui n'expliquent pas (et donc qui évitent tout risque de réductionnisme biologique), mais qui sont l'occasion d'un fonctionnement mental particulier.

Ce modèle se révèle pertinent pour penser la psychopathologie et le soin psychothérapeutique des traumatismes psychiques en situation transculturelle. Il ne se limite pas à l'effraction, mais contient également la notion d'un bouleversement profond de l'identité et du rapport au monde, ainsi que l'abandon, la solitude et la désaffiliation.

Sur le plan des symptômes, les patients présentent des tableaux cliniques qui sont parfois éloignés des descriptions habituelles de névrose traumatique ou d'état de stress post-traumatique. L'absence de rêve est ainsi plus fréquente que les cauchemars traumatiques typiques, les douleurs dans le corps et le sentiment de modification de soi sont l'objet de plaintes plus fréquentes que le syndrome de répétition traumatique. Des manifestations culturellement codées, fréquemment à type de possession, peuvent conduire à un diagnostic erroné de psychose ou d'hystérie, tandis que les manifestations algiques peuvent conduire au pseudo-

diagnostic de « sinistrose », ces deux situations obérant toute possibilité de traitement adapté.

**LA NEVROSE TRAUMATIQUE RESISTANT AUX SOINS, EN SITUATION TRANSCULTURELLE EST UNE IMPASSE DE LA METAMORPHOSE IMPOSEE PAR L'EXPERIENCE DE L'EFFROI**

L'effroi initie une transformation de soi, sans retour en arrière possible, que l'on peut relier à la découverte, en soi, d'angoisses archaïques ou originaires, liées aux premiers temps du développement psychique. Dans le même temps, le sujet est envahi par ces angoisses et ces objets menaçants, et abandonné par ses bons objets internes, alors que le monde externe est lui aussi devenu menaçant (Garland 1998a). Les contenants internes s'effondrent et les capacités de symbolisation sont affectées. Les mécanismes de défense mis en place sont rigides et psychologiquement coûteux. On peut y voir une déstructuration profonde du fonctionnement psychique et une déconstruction du sentiment identitaire. La sortie de cette situation nécessite un travail de liaison aux contenus psychiques (Freud 1920) qui ouvre à la possibilité de rattacher l'angoisse à la conflictualité psychique névrotique. Dans le cas de nos patients, ce travail psychique ne s'opère pas, et les patients restent indéfiniment et malgré les soins livrés aux angoisses primitives inélaborables, à l'« angoisse automatique » décrite par Freud (1926). Pour ces patients, nous faisons l'hypothèse que l'expérience de l'effroi a réactivé des expériences précoces du moi qui n'ont pu être intégrées et sont restées comme des défauts de contenance interne, même s'ils ne s'étaient pas manifestés cliniquement jusque-là. Sortir de l'effroi nécessite alors un long travail qui remet en question l'ensemble du processus de construction psychique et qui oblige à un travail psychothérapeutique préalable au travail de psychothérapie centré sur la conflictualité psychique. L'effroi fonctionne chez ces

patients comme la première phase des rituels initiatiques, qui plonge le sujet dans la liminalité, le désaffilie, le contraint à la transformation, mais sans que la phase de reconstruction identitaire et de réaffiliation n'ait lieu.

### **REMETTRE LA METAMORPHOSE AU TRAVAIL : L'APPUI SUR LES CONTENANTS CULTURELS ET PSYCHIQUES**

Traiter de tels troubles ne consiste pas à rechercher un retour à la situation antérieure. La catastrophe psychique qui a eu lieu ne peut rendre impossible le travail de liaison et laisse le psychisme à la fois modifié et sidéré. Nous proposons l'image d'une métamorphose initiée par l'effroi mais interrompue pour décrire cette situation d'impasse.

Pour les patients migrants présentant des troubles post-traumatiques résistant aux soins, il apparaît ainsi utile de travailler d'abord sur la contenance avant d'aborder les conflits psychiques. Il faut alors, en respectant les défenses mises en place par les patients, travailler « autour » de l'effroi, plutôt que « sur » l'effroi (Rousseau et al. 2001). Il s'agit d'abord d'un travail de retissage d'une trame narrative entre les univers clivés d'avant et d'après l'effroi, d'avant et d'après la migration dans un environnement thérapeutique capable à la fois de contenir les irruptions traumatiques, et de mobiliser les ressources psychiques et culturelles. Ce travail utilise les représentations culturelles et la langue maternelle. Le groupe permet une affiliation transitoire et la mise en place d'un jeu transférentiel complexe et différencié entre les cothérapeutes. Il « nourrit » le patient de sens et de logiques culturelles multiples qui le conduisent à réanimer et réinterroger ses propres ressources. La dialectique entre l'histoire subjective et singulière du patient, sa filiation, et ses anciennes et ses nouvelles affiliations (ses appartenances familiales,

culturelles, groupales) fait l'objet d'une attention particulière et permet un réinvestissement progressif des premiers objets.

Ce travail sur les contenants culturels et psychiques permet la co-construction d'un sens, non pas à l'effroi qui n'a pas de sens, mais à la vie psychique sidérée par l'effroi et à l'existence qui peuvent être mises en récit, en intrigue. Progressivement les angoisses archaïques sont liées à d'autres contenus psychiques et une conflictualité œdipienne se manifeste, marquant la sortie de l'effroi et ouvrant la voie si le patient le souhaite, et dans certains cas, à une psychothérapie individuelle. Dans d'autres situations, ce travail aboutit à une remobilisation de la vie psychique suffisante pour que la vie reprenne son cours.

## **6- CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES**

Lors de la confrontation à des événements potentiellement traumatiques, il arrive que certains voient apparaître des troubles psychiques graves et durables. Nous nous sommes intéressés ici aux patients migrants ou demandeurs d'asile souffrant de tels troubles post-traumatiques rebelles aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, et au concept d'effroi que nous avons analysé à travers la littérature psychanalytique, anthropologique et ethnopsychanalytique ainsi que la mythologie.

L'analyse des quatre situations cliniques que nous rapportons révèle certains points communs, de nature à éclairer la fixité des troubles et leur résistance au traitement. D'une part il s'agit de violences intentionnelles, d'autre part, chacun de ces patients possède une histoire infantile singulière, marquée soit par des traumatismes, soit par ce qu'on peut qualifier de logiques d'exposition. On peut donc repérer un défaut précoce des contenants. Trois d'entre eux sont des enfants singuliers au sens anthropologique, ce qui implique des interactions précoces particulières, marquées par l'ambivalence et des projections parentales conflictuelles. Plutôt qu'à une fixation névrotique aux symptômes post-traumatiques, on constate chez ces patients des clivages multiples et rigides qui les conduisent à vivre dans des univers clivés, hétérogènes et inconciliables : il y a l'avant du trauma et l'après, l'avant de la migration et la vie en France.

Au-delà du syndrome de répétition traumatique tel qu'il est classiquement décrit, parfois présent mais souvent peu mis en avant par les patients, on observe des manifestations culturellement codées qui sont sur le devant de la scène pour tous ces patients, et qui font appel à des logiques de possession, se manifestant par des symptômes de transe, des somatisations, des troubles du comportement. Ces manifestations particulières entraînent un risque élevé d'erreur diagnostique chez



ces patients. L'expérience de l'effroi est par ailleurs à l'origine d'un bouleversement profond du sentiment de continuité de soi, d'une confusion des catégories (mort/vivant, homme/femme, humain/non humain, visible/invisible), de la perception d'une altérité radicale en soi, et de la crainte de transmettre cet effroi à l'entourage, aux enfants, ou aux thérapeutes. Enfin, l'effroi et le traumatisme migratoire et de l'exil entretiennent des relations complexes. La migration peut être organisée comme une tentative auto-thérapeutique face à des traumatismes antérieurs, le risque étant alors qu'elle s'organise elle-même sur un mode traumatique sous l'effet de la compulsion de répétition. Migration et exil, ont un effet propre de décontenancement culturel qui peut potentialiser l'effroi.

L'analyse du processus thérapeutique en groupe multiculturel fonctionnant selon les principes de l'ethnopsychanalyse souligne la pertinence du modèle de l'effroi pour penser le traumatisme et créer une alliance avec le patient. Le recueil du récit traumatique n'est pas l'objectif premier des soins. S'il est nécessaire de l'aborder, c'est selon une temporalité propre à chaque patient. La première partie du traitement consiste à créer un cadre contenant, à restaurer les enveloppes psychiques, familiales et culturelles du patient. Durant cette phase des soins, qui peut être longue, le cadre est attaqué sans cesse par des mouvements transférentiels du patient, par l'émergence de l'effroi dans le groupe générant un sentiment de transgression, et par la violence des ressentis contre-transférentiels des thérapeutes. L'analyse des contre-transferts, incluant le contre-transfert traumatique et le contre-transfert culturel, est alors fondamentale dans cette phase de travail sur les contenants qui précède la phase de travail sur les contenus.

La dimension multiculturelle du groupe, ses principes de fonctionnement basés sur les concepts ethnopsychanalytiques, et l'introduction de la langue maternelle du

patient dans le dispositif sont des éléments déterminants. Ce dispositif permet de travailler à la fois sur le matériel culturel et sur le matériel individuel, les deux s'étayant mutuellement, et il permet également d'élaborer la question de l'altérité et de la mêmeté.

Progressivement, au cours de la prise en charge, les clivages se réduisent, et la problématique du patient se déploie dans un registre œdipien, ce qui marque la sortie du trauma.

L'analyse de la littérature et des situations cliniques de patients migrants présentant des névroses traumatiques résistant aux soins que nous avons présentées nous conduit à conceptualiser l'effroi comme un inducteur de métamorphose du sujet. Confrontés à cette expérience, certains vont parvenir à un nouvel équilibre, au prix de réaménagements identitaires et de leur rapport au monde, d'autres vont avoir besoin de soins. Les patients dont nous avons analysé ici la prise en charge restent figés, malgré les soins, dans le temps de la frayeur, une situation de liminalité qui les situe en dehors du monde humain ordinaire. La situation de violences intentionnelles, les dysfonctionnements des interactions précoces, l'importance et la complexité des clivages et la situation de migration ou d'exil semblent s'être potentialisés pour créer cette situation. Le groupe thérapeutique tel que nous le proposons permet alors de poursuivre la métamorphose interrompue pendant parfois plusieurs années. Le travail sur la contenance, la ré-affiliation à un groupe, puis le travail sur les contenus sont les étapes essentielles de la thérapie de ces patients qui « cherchent à être qui ils sont » pour reprendre l'expression d'un patient. Ainsi, le travail ne porte pas initialement sur la dimension proprement névrotique, qui n'est pas au premier plan dans les névroses traumatiques graves, mais sur du matériel et des mouvements transféro-contre-transférentiels ante-

œdipiens. Ceci nous conduit à penser que les effets de l'effroi, lorsqu'ils sont graves et persistants se situent à un niveau infra-œdipien réactivant des angoisses et des mécanismes de défense archaïques.

Cette question de troubles post-traumatiques graves et résistants aux traitements mérite qu'on considère l'effroi comme un véritable mécanisme transculturel, avec une triple dimension ontologique, étiologique et thérapeutique, conditionnant donc ainsi les niveaux de l'être, du sens et du faire (Moro 1994).

Ce travail souligne la nécessité de penser la psychopathologie à partir du patient et de la manière dont il se raconte son histoire et l'impact des événements sur sa vie psychique. Cette « mise en intrigue », pour reprendre l'expression de Ricœur (1983) est nécessaire à la reprise du processus de métamorphose identitaire initié par les traumatismes graves vécus par ces patients. Chez les patients migrants, demandeurs d'asile, ou enfant de migrants, elle ne peut s'établir qu'en tenant compte de leurs appartenances culturelles multiples et complexes et en utilisant leur capacité de contenance psychique. C'est pourquoi la psychopathologie du traumatisme doit être culturelle.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Abdelhak MA. La co-construction des liens en ethnopsychiatrie. *Prisme* 1999 ; 28 : 118-129.
- Abdelhak MA, Moro MR. L'interprète en psychothérapie transculturelle. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006.p.239-248.
- Abraham K. (1907a) Signification des traumatismes sexuels juvéniles pour la symptomatologie de la démence précoce. In : *Œuvres Complètes Volume I*. Paris : Payot ; 2000.p.21-28.
- Abraham K. (1907b) Les traumatismes sexuels comme forme d'activité sexuelle infantile. In : *Œuvres Complètes Volume I*. Paris : Payot ; 2000.p.29-40.
- Abraham K. (1918) Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. In : *Œuvres Complètes Volume II*. Paris : Payot ; 2000.p.56-63.
- Abraham N, Torok M. *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Montaigne ; 1978.
- Adohane T. Le nourrisson médusé : notes de recherche ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989 ; (13) : 183-204.
- Altounian J. (1990) « Ouvrez-moi seulement les chemins d'Arménie » *Un génocide aux déserts de l'inconscient - 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : Les Belles Lettres ; 2003.
- Altounian J. *La survivance. Traduire le trauma collectif*. Paris : Dunod ; 2000.
- Altounian J. *L'écriture de Freud - Traversée traumatique et traduction*. Paris : PUF ; 2003.
- Altounian J. *L'intraduisible. Deuil, mémoire, transmission*. Paris : Dunod ; 2005.
- Alvarez L, Lavana M. Un caso de *Pérdida de la sombra*. *América Indígena* 1977 ; 37(2) : 457-463.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *DSM-I*. Washington : American Psychiatric Press ; 1952.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (second edition). *DSM-II*. Washington : American Psychiatric Press ; 1968.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition). *DSM-III*. Washington : American Psychiatric Press ; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition rev.). *DSM-III-R*. Washington : American Psychiatric Press, 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition). *DSM-IV*. Washington : American Psychiatric Press, 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition text rev.). *DSM-IV-TR*. Washington : American Psychiatric Press, 2000.
- Améry J. (1966) *Par-delà le crime et le châtime*nt - *Essai pour surmonter l'insurmontable*. Arles : Actes Sud ; 1995.
- Andoche J. L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion. *Sciences Sociales et Santé* 1988 ; 6(3-4) : 145-165.
- Angel-Perez E. *Voyages au bout du possible. Les théâtres du traumatisme de Samuel Beckett à Sarah Kane*. Paris : Klincksieck ; 2006.
- Antelme R. (1957) *L'espèce humaine*. Paris : Gallimard ; 2002.
- Anzieu D. (1974) Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1974 ; (9) : 195-208.
- Anzieu D. (1985) *Le Moi-peau - 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : Dunod ; 1995.

- Anzieu D. (1986) Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant* 1986 ; (2) : 12-24.
- Anzieu D. (1994) *Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod ; 1994.
- Anzieu D. (1999) *Le groupe et l'inconscient – 3<sup>ème</sup> édition*. Paris : Dunod ; 1999.
- Anzieu D. (2000) Les signifiants formels et le Moi-peau. In : Anzieu D, éditeur. *Les enveloppes psychiques – 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : Dunod ; 2003.p.19-41.
- Arias-Schreiber MP. *Susto* ou le vol de l'âme. Métaphores corporelles dans le cadre d'un désordre ethnique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1987 ; (8/9) : 123-137.
- Arpin J, Ongarelli-Loup F. « Sinistrose » ou « rôle de malade chronique » : alternatives diagnostiques. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990 ; (16) : 201-18.
- Asensi H, Le Du C. Savons-nous accueillir les réfugiés en France ? In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, éditeurs. *Soigner malgré tout. Vol. 1 : Trauma, cultures et soins*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003.p.241-252.
- Asseo R. Le traumatisme dans ses fonctions organisatrices et désorganisatrices. In : Brette F, Emmanuelli M, Pragier G, éditeurs. *Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation*. Paris : PUF ; 2005.p.57-68.
- Assoun PL. (1997) *Psychanalyse*. Paris : PUF (coll. Quadrige) ; 2007.
- ATILF-CNRS/Universités de Nancy. *Trésor de la langue française informatisée*. Livre d'accompagnement 591 p. et CD du texte intégral, Version PC, ISBN 2-271-06273-X, novembre 2004, Version Mac OS X, ISBN 2-271- 06365-5, septembre 2005. Paris : CNRS Editions ; 2004-2005.
- Aubert A. La diversion, voie de dégageement de l'expérience de la douleur. In : Marty F, éditeur. *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod ; 2001.p. 223-246.
- Ayosso J. Le *Tòhossou* au Bénin : du mythe au rituel. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006.p.367-376.
- Bagilishya D. Mourning and recovery from trauma: in Rwanda, tears flow within. *Transcult Psychiatry* 2000 ; 37(3) : 337-353.
- Bailly L. *Les catastrophes et leurs conséquences traumatiques chez l'enfant*. Paris : ESF ; 1996.
- Balint M. (1957) *Le médecin, son malade, la maladie*. Paris : Payot, 1988.
- Balint M. (1968) *Le défaut fondamental*. Paris : Payot ; 1971.
- Barrois C. S. Ferenczi et les névroses traumatiques. *Psychiatrie Française* 1986 ; (5) : 29-38.
- Barrois C. *Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*. Paris : Dunod ; 1988.
- Barrois C. Le traumatisme. In : Widlöcher D, éditeur. *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF ; 1994.p.729-751.
- Barthes R. *Fragments d'un discours amoureux*. Paris : Seuil ; 1977.
- Bastide R. *Le rêve, la transe et la folie*. Paris : Flammarion ; 1972.
- Bastide R. Initiation. In : *Encyclopædia Universalis. Vol. 12*. Paris : Société d'Édition Encyclopædia Universalis ; 1991.p.354.
- Bateson G. *Mind and Nature: A necessary unity*. Toronto : Bantam Book ; 1979.
- Baubet T. *Le Trouble de la personnalité multiple est-il un trouble psychiatrique?* Thèse pour le Doctorat en Médecine : Faculté de Caen ; 1996.

- Baubet T. "Toxicomanies" chez les enfants de migrants : une approche ethnopsychiatrique. *Le Journal des Psychologues* 1999 ; (172) : 36-38.
- Baubet T. Le diagnostic psychiatrique en situation transculturelle. In : Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; 2003.p.61-74.
- Baubet T. Interventions psychothérapeutiques précoces et trauma. In : Moro MR, Lachal C, editors. *Les psychothérapies : Modèles, méthodes, et indications*. Paris : Armand Colin (coll. Coursus) ; 2006.p.164-176.
- Baubet T, Moro MR. Qui croit au trouble de la personnalité multiple ? Regard ethnopsychiatrique sur la position des praticiens français. *Le Champ Psychosomatique* 1997 ; (11-12) : 153-163.
- Baubet T, Moro MR. Cultures et soins du trauma en situation humanitaire. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma, cultures et soin*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003a.p.71-95.
- Baubet T, Moro MR. Syndrome méditerranéen, sinistrose... Il n'y a pas de pathologie spécifique de la migration. In : Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; 2003b.p.137-154.
- Becker DF, Weine SM, Vojvoda D, McGlashan T. Case series : PTSD symptoms in adolescent survivors of « ethnic cleansing ». Results from a 1-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 ; 38(6) : 775-781.
- Bell D. Les blessures externes et le monde intérieur. In : Garland C, éditrice. *Comprendre le traumatisme. Une approche psychanalytique*. Larmor-Plage : Editions du Hublot (Coll. Tavistock Clinic) ; 1998.p.179-193.
- Ben Mahmoud N. *Essai de traduction du Coran, basée sur la traduction de Mohammad Hamidullah*. Beyrouth : Dar El-Fikr ; 2004.
- Berman A. *L'épreuve de l'étranger*. Paris : Gallimard ; 1984.
- Bertrand M. Résilience et traumatismes, un point de vue psychanalytique. In : Cyrulnik B, Duval P, éditeurs. *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob ; 2006.p.205-222.
- Bion WR. (1961) *Recherches sur les petits groupes*. Paris : PUF ; 1995.
- Bion WR. (1962a) *Aux sources de l'expérience - 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : PUF ; 1991.
- Bion WR (1962b) Une théorie de la pensée. In : *Réflexion faite*. Paris : PUF ; 1983.
- Bion WR. (1963) *Eléments de psychanalyse - 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : PUF ; 2002.
- Bion WR. (1965) *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance - 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : PUF ; 2002.
- Bion WR. (1970) *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. Paris : Payot ; 1974.
- Bion WR. (1975a) Césure. In : *Entretiens psychanalytiques*. Paris : Gallimard ; 1980.p.241-259.
- Bion WR (1975b) *Une Mémoire du futur : Le rêve*. Lyon : Cesura ; 1999.
- Bion WR (1977) *Une Mémoire du futur : Le passé au présent*. Lyon : Cesura ; 1999.
- Bion WR (1979) *A Memoir of the Future, Book 3 The Dawn of Oblivion*. London : Clunie Press ; 1979.
- Bion WR. (1985) *All my sins remembered and the other side of genius*. Oxford : Fleetwood Press ; 1985.

- Bion WR. (1997) *Mémoires de guerre Juin 1917 – Janvier 1919 Sous la direction de Francesca Bion*. Larmor-plage : Editions du Hublot ; 1999.
- Bion Talamo P. Epilogue. In : Bion WR. *Mémoires de guerre Juin 1917 – Janvier 1919 Sous la direction de Francesca Bion*. Larmor-plage : Editions du Hublot ; 1999.p.313-316.
- Biznar K. Ruptures familiales et névroses traumatiques. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1988 ; (11) : 43-52.
- Blanchet A. L'interaction thérapeutique. In : Nathan T, Blanchet A, Ionescu S, Zajde N. *Psychothérapies*. Paris : Odile Jacob ; 1998.p.99-169.
- Blanchot M. *L'instant de ma mort*. Paris : Fata Morgana ; 1994.
- Bokanowski T. Le couple « trauma-clivage » dans le « Journal clinique » de Ferenczi. In : Bokanowski T, Kelley-Lainé K, Pragier G, éditeurs. *Sandor Ferenczi*. Paris : PUF ; 1995.p.133-143.
- Bokanowski T. Regards sur le traumatisme en psychanalyse : une perspective historique. *Actualités Psychosomatiques* 2000 ; (3) : 31-50.
- Bokanowski T. *Traumatisme, traumatique, trauma. Le conflit Freud/Ferenczi*. Paris : Conférences En Lignes de la Société Psychanalytique de Paris ; 2001. [<http://www.spp.asso.fr/Main/ConferencesEnLigne/Items/14.htm>]
- Bokanowski T. Le concept de trauma chez S. Ferenczi. In : Brette F, Emmanuelli M, Pragier G, éditeurs. *Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation*. Paris : PUF ; 2005.p.27-42.
- Bottero J. *L'épopée de Gilgamesh, le grand homme qui ne voulait pas mourir*. Paris : Gallimard ; 1992.
- Bouche-Florin L, Skandrani SM, Moro MR. La construction identitaire chez l'adolescent de parents migrants. Analyse croisée du processus identitaire. *Santé Mentale au Québec* 2007 ; 32(1) : 213-227.
- Bouhdiba A. *Sexualité en Islam*. Paris : PUF ; 1982.
- Brette F. Le traumatisme et ses théories. *Revue Française de Psychanalyse* 1988 ; 52(6) : 1259-1284.
- Breuer J. (1895) Considérations théoriques. In : Breuer J, Freud S. *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1992.p.146-204.
- Breuer J, Freud S. (1893) Communication préliminaire. In : Breuer J, Freud S. *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1992.p.1-13.
- Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Paris : Masson ; 1994.
- Briquet P. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (2 vol.). Paris : JP. Baillière et Fils ; 1859.
- Burloux G. Que m'arrive-t-il ? In : Guyotat J, Fedida P, éditeurs. *Événement et psychopathologie*. Lyon : SIMEP Editeur ; 1985.p.187-191.
- Cannon WB. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York : Appleton ; 1915.
- Charcot JM. *L'hystérie, textes choisis et présentés par E. Trillat*. Toulouse : Privat ; 1971.
- Chan ES. Une étiologie traditionnelle chez les *Hakka* de Polynésie Française : le *hak tao*, ou la théorie étiologique de la frayeur. *Ethnopsy – Les mondes contemporains de la guérison* 2003 ; (5) : 181-207.
- Chlyeh A. *Les Gnaoua du Maroc – Itinéraires initiatiques, transe et possession*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 1999.



- Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de Psychologie Clinique* 2001 ; (17) : 81-102.
- Ciccone A, Lhopital M. *Naissance à la vie psychique – 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : Dunod ; 2001.
- Cixous H. *Osnabrück*. Paris : Éditions des Femmes/Antoinette Fouque ; 1999.
- Coran*. Voir : Ben Mahmoud.
- Crapanzano V. *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine*. Paris : Institut d'Édition Sanofi-Synthélabo ; 2000.
- Crocq L. Événement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre. In : Guyotat J, Fedida P, éditeurs. *Événement et psychopathologie*. Lyon : SIMEP Editeur ; 1985.p.111-120.
- Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névrozes traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. *Psychologie Médicale* 1992 ; 24(5) : 427-432.
- Crocq L. *Les névrozes traumatiques de guerre*. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- Crocq L. Perspective historique sur le trauma. In : De Clercq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson ; 2001b.p.23-64.
- Crocq L. Persée, la Méduse et l'effroi. *Stress & Trauma* 2002 ; 2(3) : 133-138.
- Crocq L. Quelques jalons dans l'histoire des traumatismes psychiques. *Synapse* 2005 ; (219) : 6-16.
- Dalenberg CJ. *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington : American Psychological Association ; 2000.
- Daligand L. La honte et le trauma. *Stress & Trauma* 2006 ; 6(3) :151-153.
- D'Almeida L. Les *Xonfaaf* : mangeurs d'âme seereer. Descriptions et métaphysiques. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1997 ; (34) : 119-134.
- Davis M, Wallbridge D. *Winnicott. Introduction à son œuvre*. Paris : PUF ; 1992.
- Dayan Rosenman A. *Les alphabets de la Shoah. Survivre. Témoigner. Ecrire*. Paris : CNRS Éditions ; 2007.
- De Boeck F, Jacquemin JP. Le deuxième monde et les enfants-sorciers en République Démocratique du Congo : Enfants, jeunes et politiques. *Politique Africaine* 2000 ; (80) : 32-57.
- Delbo C. (1970a) *Auschwitz et après Tome I : Aucun de nous ne reviendra*. Paris : Minuit ; 2003.
- Delbo C. (1970b) *Auschwitz et après Tome II : Une connaissance inutile*. Paris : Minuit ; 2001.
- Delbo C. (1971) *Auschwitz et après Tome III : Mesure de nos jours*. Paris : Minuit ; 2002.
- Delbo C. (1974) *Qui rapportera ces paroles ?* In : *Une scène jouée dans la mémoire / Qui rapportera ces paroles ?* Aigues-Vives : HB éditions ; 2004.p.45-137.
- Delbo C. (1985) *La mémoire et les jours*. Paris : Berg ; 1995.
- Delbo C. (1977) *Spectres, mes compagnons*. Paris : Berg ; 1995.
- De Pury Toumi S. Une maladie nommée *susto*. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990 ; (15) : 173-182.
- Devereux G. (1967) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion ; 1980.

- Devereux G. (1968) L'image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfant* 1968 ; 16(4) : 375-90. (republié in : *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1985 ; (4) : 109-120).
- Devereux G. (1970) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard ; 1983
- Devereux G. (1972) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1985.
- Diatkine R. Le psychanalyste et l'enfant avant l'après-coup, ou le vertige des origines. In : Diatkine R. *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé ; 1994.p.128-143.
- Ehrensaft E. Culture in the diagnosis and treatment of post-traumatic disorder. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1995 ; 32 : 395-406.
- Ellis AB. *The Yoruba-Speaking Peoples of the Slave Coast of West Africa*. London : Chapman & Hall ; 1894.
- Elsass P. Individual and collective traumatic memories: a qualitative study of post-traumatic disorder symptoms in two latin american localities. *Transcult Psychiatry* 2001 ; 38(3) : 306-316.
- L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une Société de Gens de lettres*. Texte. Volume 1. Paris ; 1751.
- L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une Société de Gens de lettres*. Texte. Volume 5. Paris ; 1755.
- Erdelyi MH. Dissociation, defense, and the unconscious. In : Spiegel D, editor. *Dissociation : culture, mind, and body*. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.p.3-20.
- Fédida P. Restes diurnes, restes de vie. L'événement du reste. In : Guyotat J, Fédida P, éditeurs. *Événement et psychopathologie*. Lyon : SIMEP Editeur ; 1985.p.168-181.
- Fenichel O. (1947) *La théorie Psychanalytique des névroses*. Paris : PUF ; 1953.
- Feraoun M. *Les poèmes de Si Mohand*. Paris : Minuit ; 1960.
- Ferenczi S. (1908a) Les névroses à la lumière de l'enseignement de Freud et la psychanalyse. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 1*. Paris : Payot ; 1980.p.20-37.
- Ferenczi S. (1908b) Interprétation et traitement psychanalytique de l'impuissance sexuelle. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 1*. Paris : Payot ; 1980.p.38-50.
- Ferenczi S. (1909) Transfert et introjection. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 1*. Paris : Payot ; 1980.p.93-125.
- Ferenczi S. (1912) Le concept d'introjection. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 1*. Paris : Payot ; 1980.p.196-198.
- Ferenczi S. (1911) Anatole France, psychanalyste. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 1*. Paris : Payot ; 1980.p.138-145.
- Ferenczi S. (1913) Un petit homme-coq. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 2*. Paris : Payot ; 1980.p.72-79.
- Ferenczi S. (1916) Deux types de névrose de guerre (hystérie) In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 2*. Paris : Payot ; 1980.p.238-252.
- Ferenczi S. (1919) Psychanalyse des névroses de guerre. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 3*. Paris : Payot ; 1974.p.27-43.
- Ferenczi S. (1921a) Réflexions psychanalytiques sur les tics. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 3*. Paris : Payot ; 1974.p.85-112.

- Ferenczi S. (1921b) Contribution à la discussion sur les tics. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 3*. Paris : Payot ; 1974.p.134-135.
- Ferenczi S. (1923) Symbolisme de la tête de méduse. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 3*. Paris : Payot ; 1974.p.200.
- Ferenczi S. (1928) Elasticité de la technique psychanalytique. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 4*. Paris : Payot ; 1982.p.53-65.
- Ferenczi S. (1932) *Journal clinique. Janvier - Octobre 1932*. Paris : Payot ; 1985.
- Ferenczi S. (1933) La confusion des langues entre adultes et enfants. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 4*. Paris : Payot ; 1982.p.125-135.
- Ferenczi S. (1934) Réflexion sur le traumatisme. In : *Œuvres Complètes : Psychanalyse 4*. Paris : Payot ; 1982.p.140-141.
- Ferenczi S, Rank O. (1924) *Perspectives de la psychanalyse (sur l'indépendance de la théorie et de la pratique)*. Paris : Payot ; 1994.
- Fernández-Marina R. The puerto-rican syndrome: its dynamic and cultural determinants. *Psychiatry* 1961 ; 24 : 79-82.
- Fiéloux M. *Biwanté. Récit autobiographique d'un Lobi du Burkina Faso*. Paris : Karthala ; 1993.
- Fox SH. The mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcultural Psychiatry* 2003 ; 40(4) : 488-506.
- Frankel S. *Mogo laya, a New Guinea fright illness*. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.399-404.
- Freud A. (1965) Le traumatisme psychique. In : Freud A. *L'enfant dans la psychanalyse*. Paris : Gallimard ; 1976.p.204-219.
- Freud S. (1893) Les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques. In : Breuer J, Freud S. *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1992.p.1-13.
- Freud S. (1895) Esquisse d'une psychologie scientifique. In : *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1991.p.313-396.
- Freud S. (1896a) Sur l'étiologie de l'hystérie. In : *OCF.P vol. III*. Paris : PUF ; 1989.p.147-180.
- Freud S. (1896b) L'hérédité et l'étiologie des névroses. In : *OCF.P vol. III*. Paris : PUF ; 1989.p.105-120.
- Freud S. (1897) Lettre 69 du 21 Septembre 1897. In : *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1991.p.190-193.
- Freud S. (1899-1900) *L'interprétation du rêve. OCF.P vol. IV*. Paris : PUF ; 2003.
- Freud S. (1915) Actuelles sur la guerre et la mort. In : *OCF.P vol. XIII*. Paris : PUF ; 1994.p.127-157.
- Freud S. (1915-1917) Leçons d'introduction à la psychanalyse. In : *OCF.P vol. XIV*. Paris : PUF ; 2000.p.1-480.
- Freud S. (1919a) Introduction à *Sur la psychanalyse des névroses de guerre*. In : *OCF.P vol. XV*. Paris : PUF ; 1996.p.277-338. 147-188.
- Freud S. (1919b) L'inquiétant. In : *OCF.P vol. XV*. Paris : PUF ; 1996.p. 147-188.
- Freud S. (1920) Au delà du principe de plaisir. In : *OCF.P vol. XV*. Paris : PUF ; 1996.p.277-338.

- Freud S. (1922). La tête de Méduse. In *OCF.P vol. XVI*. Paris : PUF ; 1991.p.163-164.
- Freud S. (1923) Le moi et le ça. In : *OCF.P vol. XVI*. Paris : PUF ; 1991.p.255-301.
- Freud S. (1925) Note sur le "Bloc magique". In : *OCF.P vol. XVII*. Paris : PUF ; 1992.p.137-143.
- Freud S. (1926) Inhibition, symptôme et angoisse. In : *OCF.P vol. XVII*. Paris : PUF ; 1992 .p.203-286.
- Freud S. (1938) *Abrégé de psychanalyse*. (Trad. Anne Berman). Paris : PUF ; 1992.
- Freud S. (1939) *L'Homme Moïse et la religion monothéiste. Trois essais*. (Trad. Cornelius Heim). Paris : Gallimard (Folio Essais) ; 1986.
- Freud S, Breuer J. (1896) *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1992.
- Frey C. Posttraumatic stress disorder and culture. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A, editors. *Cultural Psychiatry : Euro-International perspectives*. Basel : Karger ; 2001.p.103-116.
- Gansou G, Baubet T, Ngaba D, Salignon P, Asensi H, Saulnier F, Moro MR. Les violences sexuelles au Congo : à propos de 243 victimes recensées en milieu hospitalier à Brazzaville. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003.p.199-216.
- Gansou GM, Baubet T, Tognidé M, Houngbé J, Ahyi RG. Viols de guerre au Congo-Brazzaville : considérations culturelles, cliniques et thérapeutiques. *Stress & Trauma* 2006 : 6(3) : 173-178.
- Garland C. Réflexions sur le traumatisme. In : Garland C, éditrice. *Comprendre le traumatisme. Une approche psychanalytique*. Larmor-Plage : Editions du Hublot (Coll. Tavistock Clinic) ; 1998a.p.19-42.
- Garland C. Particularité du travail clinique. Un cas de viol. In : Garland C, éditrice. *Comprendre le traumatisme. Une approche psychanalytique*. Larmor-Plage : Editions du Hublot (Coll. Tavistock Clinic) ; 1998b.p.119-134.
- Giami A. Counter-transference in social research: beyond Georges Devereux. In : Bauer MW, editor. *Papers in social research methods – Qualitative series, n°7*. London : London School of Economics, Methodology Institute ; 2001. [<http://www.ethnopsychiatrie.net/giami.htm>].
- Gilbert M. Niobé et Antigone – Figures mythologiques de l'effroi traumatique. *Stress & Trauma* 2005 ; 5(3) : 175-182.
- Golse B. Avant-propos. In : Golse B, Missonnier S, éditeurs. *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*. Ramonville : Erès ; 2005.p.7-18.
- Golse B. Le pédopsychiatre-psychanalyste face au concept de résilience. La résilience avant l'après-coup ? ou tous les enfants de mère déprimée ne deviennent pas... Sigmund Freud ! In : Cyrulnik B, Duval P, éditeurs. *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob ; 2006a.p.61-76.
- Golse B. Préface. In : Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, éditeurs. *Bébés et traumas*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006b.p.15-23.
- Gorkin M. *The uses of contertransference*. Northwale, NJ : Jason Aronson ; 1987.
- Gorwood P. *Mesurer les événements de vie en psychiatrie*. Paris : Masson ; 2004.
- Grandguillaume G. Langue, Identité et culture nationale au Maghreb. *Peuples Méditerranéens* 1979 ; 9 : 3-28.

- Green A. *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine. Méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient*. Paris : PUF ; 2002.
- Green EC, Honwana A. Utilisation de thérapeutiques autochtones pour soigner les enfants victimes de la guerre en Afrique. *Notes CA (Banque Mondiale)* 1999 ; (10) : 1-4.
- Grimal P. (1951) *Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine - 15<sup>ème</sup> édition*. Paris : PUF ; 2005.
- Guarnaccia JP, Camino G, Rubo-Stipek M, Bravo M. The prevalence of ataques de nervios in the puerto-rican disaster study: the role of culture in psychiatric epidemiology. *J Nerv Ment Dis* 1993 ; 181 : 157-165.
- Guillaumin J. *Traumatisme et après-coup*. Toulouse : Privat ; 1982.
- Guillaumin J. Besoin de traumatisme et adolescence. *Adolescence* 1989 ; 3 :127-138.
- Hachet P. *Les toxicomanes et leurs secrets*. Paris : Les Belles Lettres ; 1996.
- Harf A. *Le récit de l'adoption : un révélateur du trauma des parents adoptifs*. Mémoire pour le Master 2 recherche « Développement, psychopathologie et psychanalyse ». Villetaneuse : Université Paris 13 ; 2006.
- Hart DV. *Lanti*, illness by fright among bisayan filipinos. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.371-397.
- Heiman P. On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 1950 ; 31 : 60-76.
- Heiman P. Certaines fonctions de l'introjection et de la projection dans la petite enfance. In : Klein M, Heiman P, Isaacs, Riviere J. *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1966.p.115-169.
- Herman JL. Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992 ; 5 : 377-391.
- Hernandez-Ariza W, Baubet T, Abdelhak MA, Lopez S, Moro MR. La langue espagnole comme « lieu » de protection chez une femme tchétchène exilée en France. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2008 [sous presse].
- Heusch L de. Nouvelles considérations sur les cultes de possession. In : Chlyeh A, éditeur. *L'univers des Gnaoua*. Grenoble : La Pensée sauvage/Le Fennec ; 1999.p.41-52.
- Hilgard EB. *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York : Wiley ; 1977.
- Hinshelwood RD. *Dictionnaire de la pensée kleinienne*. Paris : PUF ; 2000.
- Hochmann J. Le temps du récit. *L'Information Psychiatrique* 1992 ; 68(7) : 667-673.
- Homère. *L'Iliade*. Traduction E. Lassere. Paris : Flammarion ; 2000.
- Hounkpatin L, Nathan T. Refaire la tête. Dialogue sur le démontage et le remontage des organes dans l'initiation à la fonction de thérapeute (baba-lao) chez les Yorubas (Bénin). *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1993 ; (20) : 47-71.
- Houseman M. Note sur quelques propriétés générales de la transformation initiatique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1986 ; (6) : 31-40.
- Houseman M. Qu'est-ce qu'un rituel ? *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2002 ; 3(3) : 533-538.
- Houzel D. Le traumatisme de la naissance. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant* 1991 ; (9) : 33-49.

- Houzel D. Peut-on parler d'enveloppe institutionnelle ? In : Bléandonu G, éditeur. *Filiation et affiliations*. Lyon : Cesura Edition ; 1992.p.71-78.
- Houzel D. L'enveloppe psychique : concept et propriétés. In : Anzieu D, éditeur. *Les enveloppes psychiques – 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : Dunod ; 2003.p.43-73.
- Houzel D. Psychanalyse et résilience. In : Cyrulnik B, Duval P, éditeurs. *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob ; 2006.p.247-261.
- Hughes CC. Fright-illness taxon. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.405-406.
- Idris A. Le religieux en clinique. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006.p.249-63.
- Ifrah A. *Le Maghreb déchiré*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 1980.
- Ilechukwu STC. Ogbanje/Abiku: a culture-bound construct of childhood and family psychopathology in West Africa. *Psychopathologie africaine* 1990-1991 ; 23(1) : 19-60.
- Janet P. (1889) *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris : Société Pierre Janet / CNRS ; 1989.
- Janet P. (1893) *L'état mental des hystériques*. Marseille : Laffitte Reprints ; 1983.
- Janet P. (1898) *Névroses et idées fixes*. Paris : Masson ; 1990.
- Janin C. (1996) *Figures et destins du traumatisme*. Paris : PUF ; 2004.
- Janin C. Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme. In : Brette F, Emmanuelli M, Pragier G, éditeurs. *Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation*. Paris : PUF ; 2005.p.43-55.
- Jean de la Croix. *Nuit obscure / Cantique spirituel* (trad. Jacques Ancet). Paris : Ed. Poésie Gallimard ; 2000.
- Jewsiewicki B. Une société urbaine « moderne » et ses représentations : la peinture populaire à Kinshasa (Congo) (1960-2000). *Le Mouvement Social* 2003 ; (204) : 131-148.
- Jewsiewicki B, Plankensteiner B. *AN/SICHTEN Malerei aus dem Kongo 1990-2000*. Wien : Springer Verlag / Museum für Völkerkunde ; 2001.
- Jones E. *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud. Vol III*. Paris : PUF ; 1958.
- Jones E, Vermaas ER, McCartney H, Beech C, Palmer I, Hyams K, Wessley S. Flash-backs and post-traumatic stress disorder : the genesis of a 20<sup>th</sup> century diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 2003 ; 182 : 158-163.
- Jureidini J. Does dissociation offer a useful explanation for psychopathology ? *Psychopathology* 2004 ; 37 : 259-265.
- Kaës R. Introduction à l'analyse transitionnelle. In : Kaës R, éditeur. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod ; 1979.p.1-81.
- Kaës R. Une différence de troisième type. In : Kaës R, éditeur. *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod ; 1998.p.1-19.
- Kaës R. *Les théories psychanalytiques du groupe – 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : PUF ; 2002.
- Kaës R. Une remembrance polyphonique. *Papiers du Collège International de Philosophie* 2007 ; (58) : 9-15.
- Kirk S, Kutchins H. *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Le Plessis Robinson : Institut Synthelabo ; 1998.

- Kirmayer LJ. Confusion of the senses: implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In : Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM, editors. *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. Issues, Research, and Clinical applications*. Washington : American Psychological Association ; 1996.p.131-164.
- Kirmayer LJ. Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry* 2007 ; 44(2) : 232-257.
- Klein M. (1940) Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. In : Klein M. *Essais de psychanalyse 1921-1945*. Paris : Payot ; 1968.p.341-369.
- Klein M. (1946) Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1991.p.274-300.
- Kleinman A. Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Soc Sci Med* 1977 ; 11(1) : 3-10.
- Kleinman A. *Rethinking psychiatry. From cultural psychiatry to personal experience*. New York : The Free Press ; 1988.
- Korff-Sausse S. Le trauma : de la sidération à la création. In : Marty F, éditeur. *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod ; 2001.p. 1999-2222.
- Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein lehrbrech für studierende und aerzte*. 6<sup>ème</sup> ed. Leipzig : Barth JA ; 1899.
- Kramer M. Joseph Beuys' « Auschwitz demonstration » 1956-1964 . In : *La mémoire d'Auschwitz dans l'art contemporain*. Actes du colloque international, Bruxelles, 11-13 décembre 1997. Editions du Centre d'études et de documentation – Fondation Auschwitz, 1998.p.1103.
- Lacan J. *L'éthique de la psychanalyse. Le Séminaire livre VII (1959-1960)*. Paris : Seuil ; 1986.
- Lachal C. *Le partage du traumatisme. Contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006.
- Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, éditeurs. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod ; 2003.
- Lacoste-Dujardin C. La filiation par le lait au Maghreb. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2000 ; 1(1) : 69-76.
- Lacoste-Dujardin C. *Dictionnaire de la culture berbère en Kabylie*. Paris : La Découverte ; 2005.
- Lagache D. La méthode psychanalytique. In : Michaux L, éditeur. *Psychiatrie*. Paris : PUF ; 1964.p.1033-1066.
- Lapassade G. Les rites de possession. In : Chlyeh A, éditeur. *L'univers des Gnaoua*. Grenoble : La Pensée sauvage/Le Fennec ; 1999.p.31-40.
- Laplanche J, Pontalis JB. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1992.
- Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer : New York ; 1984.
- Lazarus R. *Emotion and adaptation*. New York : Oxford University Press ; 1991.
- Lebigot F. La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement. *Stress & Trauma* 2000 ; 1(1) : 21-26.
- Lebigot F. Les répercussions psychiatriques immédiates. In : De Clercq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson ; 2001.p.93-102.

- Lebigot F. L'effroi du traumatisme psychique : le regarder en face ou s'en protéger. *Stress & Trauma* 2002a ; 2(3) : 139-146.
- Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod ; 2005.
- Lebovici S. La relation objectale chez l'enfant. *La Psychiatrie de l'Enfant* 1960 ; 3(1) : 147-226.
- Lebovici S. Le bébé exposé et le psychanalyste. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989 ; (12) : 97-104.
- Lebovici S. Lettre ouverte à Robert Emde. In : Braconnier A, Sipos J, éditeurs. *Le bébé et les interactions précoces*. Paris : PUF ; 1998.p.9-26.
- Leighton AH, Lambo TA, Hughes CC, Leighton DC, Murphy JM, Macklin DB. *Psychiatric disorders among the Yoruba*. Ithaca : Cornell University Press ; 1963.
- Lerner P. From traumatic neurosis to male hysteria: the decline and fall of Herman Oppenheim, 1889 – 1919. In : Micale MS, Lerner P, éditeurs. *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870 – 1930*. Cambridge : Cambridge University Press ; 2001.p.172-204.
- Lewis-Fernández R. Culture and dissociation : a comparison of ataque de nervios among puerto-ricans and possession syndrome in India. In : Spiegel D, editor. *Dissociation : culture, mind, and body*. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.p.123-167.
- Lheimeur M. A la croisée d'une rencontre. Parcours technique d'une thérapeute gnawia (Maroc). *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989 ; (13) : 41-51.
- Lheimeur M. D'un type de possession déclenché par la frayeur (Maroc). *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990 ; (15) : 151-161.
- Lindy JD, Wilson JP. Empathic strain and countertransference roles: case illustrations. In : Wilson JP, Lindy JD, editors. *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York : The Guilford Press ; 1994.p.62-82.
- Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In : Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD: a handbook for practitioners*. New York : Guilford Press ; 1997.p.412-426.
- Martin D, Moro MR. Alfonso, le président des fous... Approche ethnopsychiatrique du « Bla kira » en Moskitia hondurienne. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989 ; (13) : 89-130.
- Mellier D. Narrativité et souffrances primitives : « S'inscrire, décrire et raconter » La question des différents récits dans l'observation du nourrisson selon la méthode d'Esther Bick. In : Golse B, Missonnier S, éditeurs. *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*. Ramonville : Erès ; 2005a.p.103-120.
- Mellier D. La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *Psychiatrie de l'Enfant* 2005b ; 48(2) : 425-499.
- Milner M. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Les concepts psychanalytiques sur les deux fonctions du symbole. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant* 1990 ; (8) : 244-278.
- Monénembo T. *L'aîné des orphelins*. Paris : Seuil ; 2000.
- Moro MR. L'enveloppe et la lettre : approche ethnopsychiatrique et clinique des contenants. *Cahiers de Bobigny* (UFR de Médecine de Bobigny) 1988a ; 41 : 72-92.
- Moro MR. Les métis naissent la nuit. Recherche d'identité chez une adolescente métisse. *Adolescence* 1988b ; 6(2) : 367-380.



- Moro MR. Métamorphoses. Genèse d'un concept migrateur. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989a ; (12) : 7-10.
- Moro MR. D'où viennent ces enfants si étranges ? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989b ; (12) : 69-84.
- Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris : PUF ; 1994.
- Moro MR. Le corps comme modalité d'inscription psychique et culturelle. Éléments d'analyse ethnopsychiatrique. In : Aisenstein JM, Fine A, Praguier G, editors. *L'hypocondrie*. Paris : PUF ; 1995.p.137-50.
- Moro MR. (1998) Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants. Paris : Dunod ; 1998. [2<sup>nde</sup> édition 2000 sous le titre Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents].
- Moro MR. *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris : Syros/La Découverte ; 2002.
- Moro MR. Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson ; 2003.p.35-49.
- Moro MR. Devenir adolescent quand on est enfant de migrants. Histoires de passages. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006.p.413-421.
- Moro MR. *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- Moro MR, Baubet T. *Dépression et... autres cultures*. Paris : Ardix Médical ; 1997.
- Moro MR, Baubet T. Un lieu métissé et cosmopolite d'accueil et de soin des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'Hôpital Avicenne (Bobigny). In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson ; 2003.p.181-194.
- Moro MR, Moro Gomez I, et collaborateurs. *Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en situation transculturelle*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2004.
- Moro MR, Heidenreich F, Baubet T. On dit partout aimer les enfants, on les maltraite aussi partout... Approche transculturelle de la maltraitance. In : Gabel M, Lamour M, Manciaux M, éditrices. *La protection de l'enfance : maintien, rupture et soins des liens*. Paris : Fleurus ; 2005. p. 169-187.
- Moro MR, Nathan T. Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : Lebovici S, Weil-Halpern F, éditeurs. *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF ; 1989.p.683-748.
- Mouayini Opou E. *Le royaume téké*. Paris : L'Harmattan ; 2005.
- Mulhern S. Les aléas de la thérapie des réminiscences : le trouble de la personnalité multiple. In : Gabel M, Lebovici S, Mazet P, éditeurs. *Le traumatisme de l'inceste*. Paris : PUF ; 1995.p.63-96.
- Nancy JL. *Au fond des images*. Paris : Galilée ; 2003.
- Nathan T. La possession. Définition ethnopsychanalytique et illustration clinique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1983 ; (1) : 109-124.
- Nathan T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod ; 1986a.
- Nathan T. Trauma et mémoire. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1986b ; (6) : 7-18.
- Nathan T. La fonction psychique du trauma. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1987a ; (7) : 7-10.

- Nathan T. (1987b) Deux représentations oniriques du Moi-peau. In : Anzieu D, éditeur. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod ; 2000.p.247-262.
- Nathan T. *Psychanalyse païenne. Essais ethnopsychanalytiques*. Paris : Dunod ; 1988a.
- Nathan T. La migration des âmes. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1988b ; (11) : 25-42.
- Nathan T. *Le sperme du diable*. Paris : PUF ; 1988c.
- Nathan T. Angoisse ou frayeur : un problème épistémologique de la psychanalyse. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990a ; (15) : 21-38.
- Nathan T. Dionysos dé-contenancé. Irruptions psychopathologiques et métamorphoses de l'identité chez les jeunes de seconde génération (l'exemple de la toxicomanie). In : Alleon AM, Morvan O, Lebovici S, éditeurs. *Devenir « Adulte » ?* Paris : PUF ; 1990b.p.193-212.
- Nathan T. *...Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était. Principes d'ethnopsychanalyse*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 1994.
- Nathan T. *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob ; 1994.
- Nathan T. *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond ; 2001.
- Nathan N, Moro MR. Enfant de *djinné*. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S, Mazet P, Visier JP. *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève : ESHEL ; 1989.p.307-339.
- Nathan T, Hounkpatin L. *La parole de la forêt initiale*. Paris : Odile Jacob ; 1996.
- Nathan T, Grandsard G. (2006) PTSD and fright disorders: rethinking trauma from an ethnopsychiatric perspective. *Paper presented at the Third International Trauma Research Net Conference, Trauma-Stigma and Distinction: Social Ambivalences in the Face of Extreme Suffering*, St Moritz, 14-17 September 2006. [Accessed from: <http://www.ethnopsychiatrie.net/TN&CG PTSD.htm>] (accès le 28/11/2007)
- Nydegger WF, Nydegger C. *Tarong: an ilocos barrio in the Philippines*. New York : John Wiley and Sons ; 1966.
- Okri B. *La route de la faim*. Paris : Robert Laffont ; 1994.
- Oppenheim H. *Die traumatischen neurosen*. Berlin : Von August Hirschwald ; 1888.
- Ovide. *Les métamorphoses* (trad. J. Chamonard). Paris : Garnier-Flammarion ; 1966.
- Pinel P. *Nosographie philosophique ou La méthode de l'analyse adaptée à la médecine*. Paris ; 1798.
- Pinel P. *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*. Paris : Brosson ; 1809.
- de Pury Toumi S. Une maladie nommée *susto*. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990 (15) : 173-182.
- Putnam JJ. Recent investigations into the pathology of so-called concussion of the spine. *Boston Medical and Surgical Journal* 1883 ; 109 : 217-220.
- Rank O. (1924) *Le traumatisme de la naissance*. Paris : Payot ; 1968.
- Rawicz P. *Le sang du ciel*. Paris : Gallimard ; 1961.
- Rechtman R. L'apparition des ancêtres et des défunts dans les expériences traumatiques : introduction à une ethnographie clinique chez les réfugiés cambodgiens de Paris. *Cahiers d'Anthropologie et de Biométrie Humaine* 1992 ; 10(1-2) : 1-19.
- Reik T. (1924) Effroi. In : *Le besoin d'avouer*. Paris : Payot ; 1997.p.310-330.

- Reynaud C, Baubet T. Une intervention au Kosovo en situation de post-conflit : une urgence qui dure. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma, cultures, et soins*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003.p.165-179.
- Ricoeur P. *Temps et récit. Tome 1 : L'intrigue et le récit historique*. Paris : Seuil ; 1983.
- Ricoeur P. *Temps et récit. Tome 3 : Le temps raconté*. Paris : Seuil ; 1985.
- Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil ; 1990.
- Ricoeur P. L'identité narrative. *Revue des Sciences Humaines* 1991 ; 85(221) : 35-47.
- Ricoeur P. La souffrance n'est pas la douleur. In : *Souffrances, corps et âme, épreuves partagées*. Paris : Autrement, série « Mutations » (142) ; 1994.p.58-69.
- Ricoeur P. Les paradoxes de l'identité. *L'Information Psychiatrique* 1996 ; 72(3) : 201-206.
- de Romilly J. *La crainte et l'angoisse dans le théâtre d'Eschyle*. Paris : Les Belles Lettres ; 1938.
- de Romilly J, Grandazzi A. *Une certaine idée de la Grèce. Entretiens*. Paris : Editions de Fallois ; 2003.
- Rouchon JF. *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse de doctorat en Médecine. Nantes : Université de Nantes ; 2007.
- Rouget G. *La musique et la transe. Esquisse d'une théorie générale des relations de la musique et de la possession*. Paris : Gallimard ; 1980.
- Rousseau C, Morales M, Foxen P. Going home: giving voice to memory strategies of young Mayan refugees who returned to Guatemala as a community. *Cult Med Psychiatry* 2001 ; 25(2) : 135-138.
- Rousseau C, Measham T. Posttraumatic suffering as a source of transformation, A clinical perspective. In : Kirmayer LJ, Lemelson R, Barad M, editors. *Understanding trauma. Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge : Cambridge University Press ; 2007.p.275-293.
- Roussillon R. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF ; 1999.
- Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In : Furtos J, Laval C, éditeurs. *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*. Ramonville : Erès ; 2005.p.221-238.
- Rubel AJ, O'Neill CW, Collado R. *Susto, A folk Illness*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press ; 1984 (réédition 1991).
- Rubel AJ, O'Neill CW, Collado R. The folk illness called *susto*. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.333-350.
- Salmon TW. Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British Army. *Mental Hygiene* 1917 ; 1 : 509-547.
- Sayad A. *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil ; 1999.
- Schechter DS, Marshall R, Salmàn E, Goetz D, Davies S, Liebowitz MR. Ataque de nervios and history of childhood trauma. *J Trauma Stress* 2000 ; 13(3) : 529-34.
- Schmid-Kitsikis E. *Wilfried R. Bion*. Paris : PUF ; 1999.
- Schumacher C. Charlotte Delbo : le théâtre comme moyen de survie. *Sens public* 2008 ; janvier. [<http://www.sens-public.org/spip.php?article313>] – accès le 01/03/2008.

- Selye H. The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *J Clin Endocrinology* 1946 ; 6 : 117-230.
- Selye H. *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard ; 1956.
- Semprun J. *Le grand voyage*. Paris : Gallimard ; 1963.
- Semprun J. *L'évanouissement*. Paris : Gallimard ; 1967.
- Semprun J. *Federico Sanchez vous salue bien !* Paris : Grasset et Fasquelle ; 1993.
- Semprun J. *L'écriture ou la vie*. Paris : Gallimard ; 1994a.
- Semprun J. *Mal et modernité*. Castelnau-le-Lez : Climats ; 1995.
- Semprun J, Wiesel E. *Se taire est impossible*. Paris : Mille et une nuits/Arte Editions ; 1995
- Servant D. *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris : Masson ; 2005.
- Shakespeare WS. (1595) *La très excellente et très pitoyable tragédie de Roméo et Juliette*. In : *Tragédies Vol 1 (Œuvres complètes, I)*. Paris : Gallimard (Bibliothèque de la Pléiade) ; 2002.p.197-451.
- Shakespeare WS. (1598) *La première partie de l'histoire d'Henry IV*. Paris : Aubier ; 1983.
- Shakespeare WS. (1605) *La tragédie de Macbeth*. In : *Tragédies Vol 2 (Œuvres complètes, II)*. Paris : Gallimard (Bibliothèque de la Pléiade) ; 2002.p.299-497.
- Shatan CF. Though the membrane of reality: impacted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans. *Psychiatric Opinion* 1974 ; 11 : 7-14.
- Simmel E. Zur psychoanalyse der kriegsneurosen -Diskussion. In : Freud S, Ferenczi S, Abraham K, Simmel E, Jones E. *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Diskussion gehalten aus dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, 28. und 29. September 1918 - Internationale Psychoanalytische Bibliothek n°1*. Leipzig und Wien : Verlag ; 1919.p.42-60.
- Simons RC. Introduction to the fright illness taxon. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.329-331.
- Sindzingre N. La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Anthropologia Medica* 1989 ; (5-6).
- Sironi F. *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- Sironi F. Traumatismes intentionnels et psychothérapie. In : Marty F, éditeur. *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod ; 2001.p. 135-150.
- Sironi F. Les mécanismes de la destruction de l'autre. In : Berthoz A, Jorland G, éditeurs. *L'empathie*. Paris : Odile Jacob ; 2004.p.225-247.
- Sophocle. *Antigone* (trad. P. Mazon). Paris : Les Belles Lettres ; 1994.
- Steinberg M. Systematizing dissociation: symptomatology and diagnostic assessment. In : Spiegel D, editor. *Dissociation: culture, mind, and body*. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.p.59-88.
- Sturm G. *Les thérapies transculturelles en groupe "multiculturel". Une ethnographie de l'espace thérapeutique*. Thèse de doctorat en psychologie. Paris : Université Paris 13/Université de Brême (Allemagne) ; 2005.
- Summerfield DA. Debriefing after psychological trauma. Inappropriate exporting of western culture may cause additional harm. *BMJ* 1995 ; 311(7003) : 509.
- Summerfield DA. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med* 1999 ; 48 : 1449-1462.

- Summerfield DA. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ* 2001 ; 322 : 95-8.
- Srinath S. Processus d'identification dans le traumatisme. In : Garland C, éditrice. *Comprendre le traumatisme. Une approche psychanalytique*. Larmor-Plage : Editions du Hublot (Coll. Tavistock Clinic) ; 1998.p.153-165.
- Tabari (Mohammed Ibn Jarir Al-Tabari). *Histoires des prophètes et des rois. De la création à la dernière révélation* (trad. Hermann Zotenberg). Paris : La Ruche ; 2006.
- Talaban I. L'expérience Pitesti. Le christ s'est arrêté à Pitesti en 1950. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1997 ; (34) : 65-86.
- Targowla R. Sur une forme du syndrome asthénique des déportés et prisonniers de la guerre 1939-1945 : le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardif. *La Presse médicale* 1950 ; 58 : 728-730.
- Tefferia G. *Abiku*, le bébé des Dieux : un étranger en quête d'essence. In : Nathan T, éditeur. *L'enfant ancêtre*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2000.p.215-242.
- Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.
- Tomkiewicz T. La résilience. In : Marty F, éditeur. *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod ; 2001.p. 153-172.
- Tonda J. Note sur le sens et le contenu urbains de la maladie et de la médecine traditionnelle. In : *Journées d'Etude sur Brazzaville, Actes du colloque 25-28 avril 1986*. Brazzaville : ORSTOM/Association des Géographes du Congo ; 1986.p.503-515.
- Turner V. *The ritual process*. Chicago : Aldine ; 1969.
- Turner V, editor. *Celebration: studies in festivity and ritual*. Washington : Smithsonian Institution Press ; 1982.
- Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P, Laffargue P, Goudemand M. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry*. 2003 ; 48(6) : 395-401.
- Van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma. In : Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experiences on mind, body and society*. New York : Guilford Press ; 1996.p.182-213.
- Van Gennep A. *Les rites de passage*. Paris : Emile Noury ; 1909.
- Veilleux N, Moro MR, Leplomb MM, Baubet T. Trauma extrême et deuil : prise en charge psychothérapique en situation de guerre. *Stress et trauma* 2004 ; 4(4) : 265-70.
- Vernant JP. (1985) *La mort dans les yeux. Figures de l'autre en Grèce ancienne*. Paris : Hachette ; 1998.
- Vernant JP. *L'individu, la mort, l'amour. Soi-même et l'autre en Grèce ancienne*. Paris : Gallimard ; 1989.
- Vernant P. (1996) Dialogue avec Pierre Khan. In : Vernant JP. *La mort dans les yeux. Figures de l'autre en Grèce ancienne*. Paris : Hachette ; 1998.p.83-108.
- Vinar M, Vinar M. *Exil et torture*. Paris : Denoël ; 1989.
- Waintrater R. Ouvrir les images. Les dangers du témoignage. In : Menechal J, éditeur. *Le risque de l'étranger*. Paris : Dunod ; 2000.p.199.
- Weil S. (1939-1940) L'Illiade ou le poème de la force. In : Knox B, Weil S. *L'Illiade, poème du XXI<sup>ème</sup> siècle*. Edition établie par Enrique Escobar, Myrto Gondicas et Pascal Vernay. Paris : Arlea : 2006.p.125-158.

- Westermarck E. *Ritual and belief in Morocco* (2 vol). Londres : MacMillan ; 1926.
- Widlöcher D. Doit-on oublier l'état hypnoïde ? *Psychologie Médicale* 1987 ; 19(2) : 243-245.
- Wiesel E. (1958) *La nuit*. Paris : Minuit ; 2003.
- Wilson JP. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria : from Freud to DSM-IV. *J Trauma Stress* 1994 ; 7(4) : 681-698.
- Wilson JP, Drozdek B, Turkovic S. Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence & Abuse* 2006 ; 7(2) : 122-141.
- Wilson JP, Lindy JD, editors. *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York : The Guilford Press ; 1994a.
- Wilson JP, Lindy JD. Empathic strain and countertransference. In : Wilson JP, Lindy JD, editors. *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York : The Guilford Press ; 1994b .p.5-30.
- Wilson JP, Lindy JD, Raphael B. Empathic strain and therapist defense: type I and II CTRs. In : Wilson JP, Lindy JD, editors. *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York : The Guilford Press ; 1994.p.31-61.
- Winnicott DW. (non daté/2000) La crainte de l'effondrement. In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard ; 2000.p.205-216.
- Winnicott DW. (1958) La capacité d'être seul. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1969.p.205-213.
- Winnicott DW. (1960) La théorie de la relation parent-nourrisson. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse - 2<sup>nde</sup> édition*. Paris : Payot ; 1989.p.358-378.
- Winnicott DW. (1962) Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot ; 1970.p.9-18.
- Winnicott DW. (1965) Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille. In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard ; 2000.p.292-312.
- Winnicott DW. (1967) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard ; 1975.
- Winnicott DW. Le monde à petites doses. In : *L'enfant et sa famille*. Paris : Payot ; 1978.p.75-82.
- Young A. *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton : Princeton University Press ; 1995.
- Young L. Interventions préliminaires. La consultation thérapeutique de quatre séances. In : Garland C, éditrice. *Comprendre le traumatisme. Une approche psychanalytique*. Larmor-Plage : Editions du Hublot (Coll. Tavistock Clinic) ; 1998.p.73-87.
- Zajde N. La névrose où la poule ? Note ethnopsychanalytique sur le « petit homme-coq », les poulets de Kappara et la circoncision. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1996 ; (31) : 35-52.
- Zajde N. Le traumatisme. In : Nathan T, Blanchet A, Ionescu S, Zajde N. *Psychothérapies*. Paris : Odile Jacob ; 1998.p.223-279.
- Zempleni A. L'enfant *nit-ku-bon*. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal. *Psychopathologie Africaine* 1965 ; 1(3) : 329-441.