

Christine Visnelda Douzain : Psychiatre, référente de la CUMP Départementale de la Réunion, Responsable de l'Unité Fonctionnelle CUMP Régionale et Unité de Psychotrauma de la Réunion. CUMP R, CMP La bourdonnais, 95 rue la bourdonnais 97400 St Denis la Réunion.

Texte paru in *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2011, 11(4).

Résumé : Ce travail est issu de nos rencontres de victimes à la consultation de psychotrauma à l'île de la Réunion. Intégrer l'évènement traumatique dans l'histoire d'un patient requiert l'utilisation des ressources combinées du patient et du thérapeute. Parmi ces ressources figurent les symptômes découlant directement de la rencontre traumatique. Interroger notre pratique nous a permis de réaliser que ces éléments cliniques douloureux peuvent être utilisés comme des leviers thérapeutiques. Ces outils nous sont apparus aidants et encore plus opérants lorsque les capacités d'élaboration des patients sont limitées. Seront abordées successivement la rencontre traumatique, la souillure, la fascination, la dissociation péritraumatique et l'abandon. Au travers de chaque histoire, nous verrons comment le patient a pu se reconstruire. C'est la mission du thérapeute en tant que passeur de vie de permettre à la victime de renouer psychiquement les temps de sa vie brisée par l'effraction traumatique.

Abstract: This work results from meeting victims during the psychotrauma consultation in Reunion Island. Integrating the traumatic event within a patient's story requires using the patient's and therapist's combined resources. Among these resources are the symptoms directly deriving from the traumatic encounter. By interrogating our practice, we were able to realize that those painful clinical elements can be used as therapeutic levers. These tools appeared to us as helpful and all the more efficient as the patients' elaborating capacities are limited. Traumatic encounter, stain, fascination peritraumatic dissociation and abandonment will successively be approached. Through each story, we'll see how each patient was able to restore their personality. It's the therapist's mission as a life-courier, to allow the victim to psychically rebind the tempos of his life that had been broken by the traumatic

Mots clés : Rencontre traumatique, dissociation péritraumatique, Abandon, Culpabilité, Souillure, fascination traumatique, Thérapie, Ile de la Réunion.

Key words: Traumatic Encounter, Peritraumatic Dissociation, Abandonment, Guilt, Stain, Traumatic fascination, Therapy, Reunion Island.

Introduction :

Tout thérapeute recevant des patients souffrant de névrose traumatique a au moins une fois ressenti une immense solitude lorsque semaine après semaine il regarde, entend avec un sentiment d'impuissance grandissant son patient se noyer dans la répétition et sombrer dans la fascination traumatique.

Il vient donc un temps nécessaire de s'éloigner des patients et de leurs souffrances pour écouter ce qui résonne et fait écho en nous. Penser la clinique, questionner nos pratiques thérapeutiques et comprendre ce qui a été efficace pour certains patients sont indispensables.

Après l'acte de penser, l'acte d'écriture permet de relier, à travers des histoires cliniques singulières, des points communs : symptômes, sensations ou pensées. Il importe de donner un sens à ces éléments de discours semblables. Cette mise en sens portée par le clinicien pourra servir de support, de fil conducteur à la création de nouveaux d'outils thérapeutiques utiles aux patients quand ceux que nous utilisons révèlent leurs limites. Comme Françoise Sironi (2006) le souligne avec acuité "*Mais quand ces outils ne sont plus fonctionnels face à une certaine population de malades, le thérapeute est bien obligé de construire un autre univers de référence, à visée uniquement technique qui sera capable de déclencher du sens*". La tentation la plus fréquemment mise en acte est probablement de rester rivé à son savoir et de ne pas entendre ou pire d'être fasciné soit même.

Il nous semble que le psycho trauma et ses avatars doivent inciter tout soignant à réinterroger ses concepts théoriques et ses représentations avant d'accompagner des patients traumatisés. Les cliniciens qui acceptent ce travail passionnant sont parfois débordés par l'ampleur des interrogations que génère cette clinique. Mais les défis sont souvent stimulants et productifs.

Nous avons souhaité évoquer au travers d'histoires cliniques une question récurrente : la rencontre traumatique et son cortège clinique peuvent-ils être utilisés comme levier thérapeutique autorisant une mise en sens et une élaboration « resubjectivante » ?

Le cadre thérapeutique :

L'île de la Réunion est une île passionnante pour un clinicien. En effet diversité nous paraît le substantif le plus approprié pour la caractériser. Les dépliants publicitaires l'appellent l'île intense. Elle est composée de paysages très variés. Il suffit d'une heure pour passer de la chaleur du sable noir volcanique à une température de 10° dans un paysage vosgien, alpages compris. Elle alterne une urbanisation importante et des îlets accessibles uniquement à pied. Sa plus grande richesse, en dehors d'une végétation profuse, d'orchidées ahurissantes et de carries épicées est une géographie humaine inégalée. Sur ce bout de terre perdu dans l'océan indien, voisin de l'île Maurice et de Madagascar, tous les continents ou presque sont représentés. S'y côtoie les descendants des premiers français à avoir habité l'île « les yabs » 12 mutins incarcérés à ciel ouvert, les descendants des esclaves venus d'Afrique et de Madagascar « Les cafres », les fils d'émigrés chinois, les « zarabs » ou indiens musulmans du Nord Ouest de l'Inde et les « malbars » indiens tamouls, les Comoriens et bien sûr les « zoreils » métropolitains. Son métissage ethnique, culturel et religieux est plutôt exemplaire. La langue fréquemment utilisée est le créole. Sa sonorité résonne comme une sorte de français. Cette promiscuité linguistique peut générer pour des oreilles inexpérimentées des contre-sens, source d'erreurs. Il est essentiel

en thérapie de savoir en entendre suffisamment pour repérer le sens attribué par le patient aux symptômes qu'il présente. Ainsi les étiologies sont assez souvent expliquées par une causalité externe et surnaturelle. Les traitements varient en fonction de la racine surnaturelle (mystique, animiste) ou malveillante (humaine souvent) et de la culture d'appartenance. Ces traitements associent souvent tisanes, guérisseurs, religion et médecine occidentale dans le même esprit de métissage.

La causalité externe est un élément fondateur dans le jaillissement du trauma et de l'effroi. Cette notion a beaucoup questionné Freud au point qu'il l'ait récusée au profit du pur fonctionnement intrapsychique et de l'angoisse comme symptôme majeur. Il dira en 1925 : "*Lorsque je me fus ressaisis, je tirai de mon expérience les conclusions correctes, à savoir que les symptômes névrotiques ne se rattachaient pas à des expériences réellement vécues, mais à des fantasmes de désir, et que, pour la névrose, la réalité psychique importait plus que la réalité matérielle*". En revanche, la majorité des systèmes culturels du monde inclue la frayeur et son corollaire l'interaction avec l'autre. L'effraction traumatique et la clinique qui en découle trouvent leur place dans le cadre des deux étiologies de la frayeur. Tobie Nathan (1994) les définit ainsi : "*La première c'est la rencontre du sujet avec un univers radicalement différent de son univers habituel qui fait effraction. La seconde c'est l'extraction du noyau du sujet hors de son enveloppe, de sa membrane protectrice*". Il affirme également que "*cette bipolarité de la frayeur est tellement communequ'il n'existe pas de système thérapeutique des désordres psychiques qui ne l'inclue dans son arsenal étiologique*".

Nous la retrouvons à la Réunion sous la dénomination de saisissement. Beaucoup de patients disent « *mwin la ganye un sezisman* » qui s'entend comme la conséquence directe de la brutale, soudaine et imprévisible confrontation au danger/ à l'Invisible. Ce saisissement crée une brèche dans l'enveloppe corporelle par laquelle l'âme peut quitter le corps. Cela nécessite un traitement rapide sous peine de devenir une coquille vide. Cette similitude des concepts permet le jaillissement d'un discours commun autour du phénomène traumatique et surtout une adhésion au cadre thérapeutique proposé. Le recours aux thérapeutes traditionnels est alors plutôt réservé aux transgressions de règles inhérentes à chaque culture. Notre pratique est donc enrichie par ces diversités linguistiques et culturelles.

L'unité de psycho trauma au sein de laquelle nous rencontrons les patients est ouverte depuis 2006 dans le cadre de la Cellule d'urgence médico psychologique régionale de la Réunion.

Cette consultation accueille les adultes traumatisés (et 8 % d'enfants) dans l'urgence pour des traumatismes récents mais aussi des traumatismes « anciens » et des traumatismes complexes (inceste, maltraitements graves).

Ce travail clinique est complété par une activité d'enseignement et de formation qui représente un temps de distanciation d'avec la clinique, mais aussi un temps humainement nécessaire de répit psychique face à l'envahissante souffrance de nos patients.

Histoires cliniques :

Ces histoires cliniques tentent d'éclairer ce qui au sein, de la déflagration traumatique, peut devenir ressource thérapeutique ou au contraire point de fixation. L'offre de soin initiale émane des partenaires qui adresse le patient, puisque le sujet "*qui sort d'une telle expérience est immédiatement assuré qu'elle est incommunicable et que, pour cette raison, personne ne peut le comprendre. Il n' imagine aucune interlocution possible. Il a vécu quelque chose qui le différencie radicalement de ses*

semblables.On ne voit pas comment une demande pourrait surgir du néant, une parole s'articuler à partir de rien" (Lebigot, 2005). Nonobstant, si la rencontre thérapeutique est précoce, il est essentiel que « quelque chose » émerge, au moins pour sortir du chaos. Ce « quelque chose » est crucial pour le sujet, se révélant souvent moteur d'une renaissance : "Toute renaissance exige la présence d'un témoin. Ce peut être un thérapeute s'il croit que l'humanité au cœur de la victime n'est pas gommée, que la violence exercée sur elle pour l'expulser de sa condition humaine ne l'a pas chassée du monde des hommes. Il l'appelle à être un parmi d'autres dans l'espérance du désir de vie" (Daligand, 1998)

Dans les deux histoires suivantes, nous tentons de confirmer l'importance cruciale de cette première rencontre.

De l'accueil au sortir de l'enfer :

De garde aux urgences psychiatriques, un urgentiste nous interpelle « *Tiens la CUMP tu tombes bien, on a un truc pour toi, nous on sait pas quoi faire ! Elle ne réagit pas du tout !* »

Il s'agit d'une jeune cafrine totalement mutique et comme absente au monde. En passant la route en corniche il y a eu un éboulis. Un rocher très impressionnant s'est détaché, est tombé, défonçant la voiture et tuant sa sœur sur le coup.

La salle dans laquelle Ruffine est livrée à elle-même, est glaciale. Elle ne porte qu'une de ces blouses d'hôpital « très seyante ». Le brancard est à sa hauteur maximale et son visage ensanglanté se reflète dans le miroir. Spontanément je me présente, elle ne réagit pas. Je baisse et retourne le brancard puis éteint la climatisation. Je l'emballe dans une couverture. Elle ne me regarde pas et ne répond à aucune question.

Une solitude intense m'étreint. Je me demande ce que je peux faire pour elle. Aucune réponse ne me venant et souhaitant sortir de la perplexité qui m'envahit, je prends un coton mouillé. Tout en l'enveloppant de mots sur l'action en cours, le lieu où elle se trouve, la date et l'heure, je lui essuie doucement le visage. Progressivement elle tournera son visage vers moi, me regardera. Plus tard encore, d'une voix chuchotée et monocorde, Ruffine m'expliquera que c'est de sa faute. C'est elle qui a obligé sa sœur à venir avec elle, ce matin là faire des courses, « *elle est morte parce que je voulais acheter une robe* ». Je lui dis que c'est un sentiment important qui l'habite, et qu'elle n'est pas seule. Je lui propose de la revoir durant son hospitalisation pour évoquer ce sentiment et toutes les pensées qui peuvent apparaître. Elle acquiesce de la tête.

Quelques jours après, elle paraît plus vive, esquisse même quelques sourires. Elle m'explique qu'elle a éprouvé un soulagement immense lorsque j'ai détourné son regard du miroir et lavé le sang de son visage « *Vous savez, j'étais seule, morte comme ma sœur. Ce n'est pas moi que je voyais dans la glace mais elle et tout son sang sur moi. On est des vrais jumelles !!! Je voyais pas la mort comme ça, je m'imaginais que j'irai au paradis et pas dans cet enfer là.....Plus tard, là je ne peux pas, vous accepteriez que je vous raconte ce que j'ai vécu. C'est trop lourd pour moi et ma famille ne supporte pas d'en entendre parler* ».

Lors du débriefing, Ruffine raconte l'effroi qui la saisit lors de la vision de sa sœur écrasée sous le rocher et elle morte à côté, ne pouvant rien faire pour l'aider. Son corps était aussi sous le rocher, son esprit flottant au dessus. Elle évoque l'instant où elle a renoncé et a eu le sentiment de suivre sa sœur.

Plusieurs mois passent, allant beaucoup mieux, voulant vivre pour deux, cette jeune fille parle de notre première rencontre dans l'après coup. Ruffine a eu le sentiment de

devoir faire un choix. Soit elle me parlait et revenait vers la vie, soit elle restait définitivement avec sa sœur. A la fin de la thérapie, Ruffine dira finalement douter d'avoir vraiment fait un choix *« plus vous enleviez le sang, plus je sentais mon corps revenir comme s'il se reconstituait. La parole est sortie toute seule. Je me suis tellement sentie coupable, vous le savez. Il y avait tellement de gens écrasés sous ce maudit rocher. Mais depuis ma sœur m'a rassuré. Je l'ai vu en rêve, elle souriait et j'ai compris qu'on était toujours unie, chacune à un bout de la chaîne de la vie... »*

Chez cette jeune fille, le tableau clinique fût riche. Il associa une dissociation peritraumatique majeure et récurrente à une culpabilité qui ne s'élabora pas vraiment car elle reposait, pour cette jeune fille, sur des traits qu'elle récusait en elle : sa cupidité et sa frivolité. C'est finalement de « l'au-delà » que l'aide est venue. La sœur a pris place elle aussi dans la thérapie enrayant culpabilité et abandon. Néanmoins c'est bien au sortir des enfers, qu'une main effaçant les traces de l'effraction, lui restituait une enveloppe corporelle et une unité de sujet.

Des soins immédiats différés :

Dans la deuxième situation, le temps psychique de Charlotte se joua de Chronos. Néanmoins, la première rencontre, bien que différée de plusieurs mois par rapport à l'effraction traumatique fut gérée comme s'il s'agissait d'un accueil dans l'immédiat. Elle parle souvent de ce temps fondateur l'ayant aidé à reconnaître et nommer sa détresse.

Cette femme, très indépendante, est un globe trotteur de l'enseignement. Elle exporte le savoir faire français aux quatre coins de la planète. Victime d'un accident de voiture aux Comores où elle travaille, les vertèbres C4 et C5 sont fracturées. Après beaucoup d'erreurs humaines inscrivant durablement l'abandon dans sa vision du monde, elle est transférée à Paris. Le trauma psychique est contenu ou dénié peut être, pendant toute la durée de l'hospitalisation, qui fut centrée exclusivement sur les blessures physiques.

Sept mois plus tard, à peine a t'elle posé le pied sur la terre Comorienne qu'elle perd pied *« Pendant 3 jours j'ai cru être folle, j'étais complètement perdue. Je ne comprenais plus rien et ne savais plus qui j'étais. En même temps, c'est comme un voile qui se déchirait sur l'accident, que je revoyais sans arrêt. »*

Face à cet état de déréalisation massive, Charlotte est transférée à la Réunion. Elle est accueillie par une infirmière des urgences psychiatriques, également volontaire à la CUMP-D, et rompue aux soins immédiats: *« J'avais un peu retrouvé mes repères et cette femme me demande comment je vais. Par habitude, je commence à lui parler de mes douleurs physiques. Après un moment, l'infirmière précise qu'elle s'inquiète de mon état psychique depuis l'accident. A cette question je ressens un immense soulagement comme si enfin quelqu'un allait comprendre et me sortir de cette terrible solitude. J'ai parlé de l'accident mais aussi de mon beau père que j'avais découvert mort des années plus tôt. C'était un torrent de parole. C'est bizarre ce que je vais dire mais, c'est comme si face à la douceur et la patience de cette infirmière je pouvais tout lui dire parce que j'avais retrouvé la parole grâce à elle....le plus drôle c'est que je n'ai compris que plus tard le sens de ce soulagement. »* Après un travail d'élaboration dense et lui ouvrant d'autres horizons, elle a repris ses voyages.

Ces deux patientes relatent combien cet accueil au sortir de l'effroi peut avoir un effet rapidement restructurant car permettant le surgissement d'une parole adressé à un tiers protecteur.

Entre deux :

Cependant il n'est pas toujours possible d'être présent à cet instant. Alors s'impose la création d'un espace d'accueil et de soins des traumatisés dans une autre temporalité. La rencontre traumatique impose une rupture du continuum symbolique et une désertion du langage. C'est grâce au langage que va se construire avec le sujet une demande, pour qu'un embryon pulsionnel de vie puisse s'imposer et croître.

Par exemple, Un patient victime d'une agression et pour qui le trauma s'origina dans une sensation d'anéantissement nous dit un jour qu'il venait pour que nous l'aidions à « habiller le néant ». Un autre patient, victime d'inceste souhaitait que sa chair morte reprenne vie. Mais pour beaucoup, notamment au travers du débriefing, il s'agit d'évoquer la peur, l'effroi et d'autres sensations écrasantes « Je vous ai tout déposé, je veux plus vivre avec ça, débrouillez vous avec mais cela ne restera pas dans votre bureau, hein ? » demandait un homme ayant été victime d'agression.

Que l'on soit là d'emblée ne suffit pas toujours pour se débarrasser des pulsions mortifères. Le trauma est vécu comme « un parasite » s'étendant inexorablement allant jusqu'à empêcher de penser le sujet comme l'a évoqué une patiente victime d'agression.

Un travail dans la durée est donc nécessaire pour aider les victimes à sortir d'une soumission à la position d'anéantissement afin de réinvestir le désir de vivre comme l'évoque Jacques Roisin (2010) dans son passionnant essai.

Quand culture et souillure permettent un retour vers la vie :

Le levier thérapeutique utilisé par ce patient pour réintégrer la communauté humaine est la souillure. Les croyances religieuses, qui à l'aide de rituels reconnus par la communauté d'appartenance de Nivell, nous aideront à établir une passerelle entre l'avant et l'après et à laver la faute.

Nivell est un homme de 38 ans, d'origine malbar. Il consulte suite au décès brutal par pendaison de son frère aîné. « Grand matin » notre patient va voir son frère. Le barreau n'est pas taqué. La porte de la maison est entrouverte. Il pousse cette porte avec un malaise grandissant et tombe « nez à nez » avec le cadavre de son frère pendu dans la pièce ! *« La terre s'est arrêtée de tourner. J'ai gagné un saisissement, je ne pouvais plus bouger. Je ne voyais pas mon frère mais moi même. Ma tête s'est bloquée J'étais mort. Je ne sais pas combien de temps je suis resté comme ça, sûrement une éternité. Mon sang était glacé. Mon corps ne ressentait plus rien et je crois que je n'avais plus de tête. C'est ma sœur qui m'a sauvé. Je n'ai rien pu faire, même pas sauver mon frère ».*

Son frère va le poursuivre partout pendant des semaines dans une « névrose fulgurante ». Le syndrome de répétition à l'œuvre chez cet homme est violent et quasi permanent. Les rituels de deuil, rasage de la tête pour la fratrie, purification de la maison du pendu sont effectués sans apporter le soulagement espéré.

A son grand étonnement cet homme peu disert, trouve plus de soulagement dans les entretiens. C'est cependant d'un compromis entre ses références culturelles et la thérapie que viendra le renoncement à l'image traumatique. En effet, Nivell émettait l'idée, qu'ayant pris la place du mort un instant, il était souillé et n'avait plus sa place dans ce monde ci. Il avait le sentiment que l'image de son frère sans cesse revue était un appel de sa part pour le rejoindre chez les morts, ce dont il se défendait

vigoureusement. En lui proposant de revoir le prêtre malbar afin, que lui soit prescrit un rituel de purification adapté à sa situation, un travail de liaison et de symbolisation a pu permettre à Nivell de reprendre sa place chez les humains et de laisser son frère chez les morts.

Il y avait chez ce sujet matière à élaborer des conflits intra psychiques mais il nous a paru important de respecter le chemin qu'il traçait. Le saisissement, la frayeur et donc la causalité externe était au cœur du processus de son fonctionnement psychique. La clé pour abandonner le trauma se situait pour lui dans un travail mêlant thérapie occidentale et rites culturels.

Pour tous, la rencontre traumatique est marquée par un non-sens absolu et irréductible au langage. Pour certains, selon François Lebigot (2008), *il peut se développer un lien d'attachement (via une jouissance inconsciente) à l'image traumatique qui se trouve en position d'analogue du refoulé originaire*. Cette image traumatique est disponible, il est donc possible de s'en délecter au point de sombrer dans la fascination. La relation transférentielle et le retour sur son histoire sont la voie royale pour désinvestir progressivement l'image traumatique. Mais tous les patients ne paraissent pas accessibles à ce travail. Il n'en demeure pas moins qu'ils parlent et adressent une demande d'aide. Dans le discours des patients, il nous semble possible paradoxalement d'utiliser le vécu traumatique issu de la rencontre avec le réel de la mort comme levier thérapeutique. Un fil conducteur avec lequel le sujet peut se redéployer dans l'espace temporel, réarticuler l'avant et l'après. Au sein de cette trame temporelle, il lui sera alors possible de créer une nouvelle chaîne signifiante, source de renouveau malgré ou grâce à la trace cicatricielle.

Quand la culpabilité s'exprime :

Ce qui faisait dire à un surveillant de prison ayant été étranglé par un détenu et sauvé in extremis par un collègue : *« C'est étrange de devoir dire cela, je suis déçu par sa condamnation ridicule (1 mois). Pourtant j'ai presque envie de le remercier.... La solitude et surtout cette sensation de culpabilité m'ont permis de réaliser que j'étais passé à côté de ma vie et de me décider enfin à faire des choix pour moi. »* Cet homme a beaucoup ressauté la rencontre traumatique avant de l'abandonner. Il a fait une rencontre amoureuse bien que déjà marié, source de vie mais aussi de déplacement de la culpabilité « originaire » vers une culpabilité œdipienne.

Mise en sens aussi énoncée par un autre surveillant agressé sévèrement une nuit, qui se sentait très coupable d'avoir choisi cette rue là et d'avoir beaucoup changé : *« Bon, coupable pour coupable, je fais le ménage. Ca y est, je divorce, je vends la maison, je sors de chez ma sœur et je prends mon particulier, ...J'arrête de sourire et de faire des plaisanteries quand je suis triste. Ma famille est en colère contre moi, ils ne me reconnaissent pas mais moi je me suis trouvé et puis au moins plus de cauchemars, plus de colère, plus d'angoisse.... Là au moins je sais de quoi je suis coupable !! »*

Ces deux hommes sont accessibles au conflit psychique et la rencontre traumatique a agi comme une opportunité de réinvestissement libidinal. L'énonciation d'une culpabilité et son élaboration ont été un processus créateur. L'importance de mettre en mots cette culpabilité plutôt que de l'étouffer se trouve ici encore confirmée.

Parfois le sujet ne désire pas détourner le regard, la névrose persiste. Le sentiment d'échec nous taraude mais sa parole signe un choix. C'est d'une situation peu

gratifiante en apparence, que nous viendra un très bel éclairage sur la fascination que peut exercer le trauma.

Quand la fascination traumatique comble un vide existentiel :

Josselin est un créole métissé, âgé de 34 ans, marié et père d'un petit garçon de 5 ans. C'est un homme toujours en colère. Son enfance qu'il n'évoquera qu'avec réticence est marquée par la violence paternelle.

Elle a suscité un sentiment de peur, d'impuissance et de nécessité d'être le plus transparent possible. Ce qu'il a parfaitement réussi par ailleurs. Il est petit, malingre, toujours malhabile dans son corps et évitant les regards.

Il est chauffeur de bus. C'est lors d'un trajet habituel pour lui qu'il voit arriver dans une ligne droite une voiture lancée à grande vitesse, visiblement incapable de s'arrêter. Il gare son bus sur le côté de la route mais pas suffisamment pour éviter l'accident. Lors de la percussioin, Josselin s'écroule sur le volant, le visage grêlé de bouts de pare brise. La sonnerie stridente du klaxon fait réagir les passagers, sauf lui. Pour cet homme c'est le trou noir, il n'a plus peur, n'existe plus. Il se sent comme dans un immense vide sensoriel. Ce sont les passagers qui vont le sortir du bus. Une longue errance va suivre avec des alternances d'attitudes adaptées où il a de nouveau conscience du monde et des phases dissociatives. Il est sidéré devant l'aile de son bus enfoncée et entend déjà le bruit de la tôle froissée. Il sera aussi sidéré devant la voiture fracassée et devant son conducteur dont la nature humaine est quasiment méconnaissable. Mais il sera fort agacé, avec un désir de violence incompréhensible pour lui, face à la sollicitude d'un ami le rassurant sur son absence de responsabilité dans l'accident. Cette déculpabilisation sauvage réactive une rage et un sentiment d'abandon déjà intense chez Josselin.

Plusieurs mois passent, la souffrance, la colère et les rêves se verbalisent. La rencontre traumatique est présente à chaque séance générant d'infinis questionnements. Pourtant lors d'un entretien, cet homme va nous dire très gêné « *Je ne suis pas sûr que vous comprendrez, mais de toute façon je ne peux pas en parler à quelqu'un d'autre... Tous les après midi, seul, je me mets dans un fauteuil. Je fais venir les images de l'accident, ça m'angoisse puis cela me calme. Alors, je me sens bien comme si j'avais trouvé ce qui manque à ma vie !! Je sais que c'est pas bien mais je peux pas m'en passer.*

C'est comme si j'étais, j'étais envoûté ou fasciné, oui ça doit être ça . Est ce que c'est possible Docteur ? Bon vaut mieux qu'on arrête là car je pourrai plus vivre sans cette bulle. ». Depuis Josselin revient une ou deux fois par an déposer chaque nouvelle histoire d'agression dans son bus. Il liste consciencieusement ses symptômes et repart. Nous ne savons pas s'il renoncera à cette fascination dont il a bien perçu la dimension transgressive, mais la solitude le rongait et avoir trouvé un sens à sa vie vaut bien quelques souffrances en retour, selon lui.

Nous faisons l'hypothèse que cet homme a été confronté très tôt à l'anéantissement, ce que le trauma actuel semble avoir réactualisé. Malgré les "*défenses antinomiques*" (Roisin, 2010) mises en œuvre, la fascination pour le trauma et l'anéantissement psychique envahissent la vie de Josselin. Il reste aliéné à une jouissance nécessaire à son économie psychique, sans pouvoir quitter cette position de *survivance* (Roisin, 2010). Cependant reste une ouverture, si infime soit-elle, puisqu'il continue à venir déposer sa souffrance malgré tout.

La dissociation comme outil auto thérapeutique :

Jules est un lycéen métropolitain de 17 ans, assez timide. Un soir sur le chemin de retour de l'école qu'il fait à vélo, il doit descendre des escaliers pour passer sous un pont. Arrivé en bas, il reçoit des cailloux dont il cherche la provenance. Les trois lanceurs de projectiles l'ont déjà rejoint et l'agressent violemment. En une fraction de seconde, Jules est complètement sidéré, les coups pleuvent sans réaction de sa part. Il sent alors sa tête sortir de son corps pour aller, nous, dit-il, se réfugier directement dans une pièce blanche, dépourvue de meubles. Un très long temps après, selon lui, il se remet en marche comme un automate, incapable de courir ou de remonter sur son vélo. Ce n'est qu'arrivé chez lui, face aux questions de sa mère qu'il réintégrera son corps, laissant émerger une angoisse massive et inquiétante pour lui. Ensuite, spontanément dès que les reviviscences ou l'angoisse apparaîtront, Jules réitérera la même expérience volontairement cette fois. Cependant, certains symptômes persisteront et conduiront ce jeune homme à consulter plus d'un an après.

Un travail très bref lui permettra de mettre des mots autour de l'instant traumatique. Il sera rassuré de savoir que l'auto hypnose est un processus connu. Rapidement les symptômes disparaîtront et il reprendra son envol.

L'abandon, la rage de vivre et la jubilation thérapeutique :

Nous aborderons pour finir, le sentiment d'abandon, qui nous semble offrir des possibilités intéressantes de relier le passé et l'infini présent du trauma pour ouvrir l'avenir. Ce sentiment d'abandon, fruit de l'effroi et de "*la rupture des liens communautaires et culturels*" (Barrois, 2004) est encore trop souvent aggravé par la société.

Désiré relate son expérience « *j'étais à terre dans le caniveau, bloqué sous ma moto. Deux jeunes se sont approchés et m'ont proposé de l'aide. Comme je ne voulais pas être déplacé, ils ont pris mon téléphone pour appeler les secours. En fait ils sont partis avec, m'abandonnant là comme un chien. Plus tard dans l'ambulance des pompiers, c'est le gendarme qui n'a pas voulu prendre ma plainte et qui m'a fermé la porte au nez.* » Après l'effroi et le sentiment d'abandon initial, ces rebuffades laissent à Désiré un goût amer envers le reste des humains. Il ressasse une colère noire pendant des semaines qui nous est d'abord adressé. « *A quoi ça sert de venir vous voir, je vous ai tout dit, je ne vais pas répéter encore, qu'est ce que vous allez y changer ? Il faut que je m'en sorte tout seul.* » Mais devant la constance du cadre, Désiré tricotera de plus en plus de liens entre cette rage, ce sentiment dévastateur de solitude et une histoire infantile où l'abandon est quasiment une tradition (comme il le soulignera un jour, ironiquement). C'est parfois avec une délectation gourmande qu'il vient maintenant en entretien, relater ses dernières productions associatives.

Pour Désiré, découvrir qu'il existe des espaces où sa parole s'énonce sans jugement de l'Autre auquel il s'adresse a été comme une révolution. Savoir que rage, colère et toutes pensées peuvent s'exprimer ont été un soulagement. Le plaisir de se découvrir, de se sentir devenir sujet de sa vie ont relégué le trauma dans le champ des souvenirs.

L'élaboration des cauchemars :

Le dernier cas que nous voudrions partager est l'histoire d'un homme banal, assez frustré jusque dans ses rêves quasi limpides mais qui transcende le temps et la solitude pour se restaurer.

Armand, 20 ans est chauffeur livreur. Il vit encore chez ses parents. Bien que réservé, il est sociable et d'un naturel joyeux. Un matin, en rentrant de sa tournée il est pris dans un mini carambolage. Il se retrouve projeté contre une voiture sur le bas côté de la route. Le conducteur du véhicule encastré dans son camion est décédé. Il regarde cet homme et ressent une terreur jusqu'alors inconnue dans sa vie : « Le silence s'est installé, le sol s'est ouvert sous mes pieds et je me suis dissous dans la terre ». Armand s'évanouit à cet instant. Bien qu'indemne physiquement, dès le soir même il va faire sa première crise d'épilepsie grand mal constaté par l'entourage, lui ne se réveillant pas. Un traitement sera institué malgré l'absence de substratum organique.

Sept ans plus tard, Armand vit toujours chez ses parents. Il ne conduit quasiment plus. Il a été licencié, incapable de faire cette route sans être en alerte permanente et de revoir plusieurs fois la scène même hors du lieu de l'accident. Il est seul, ne fait plus aucune activité et échoue à tous les stages professionnels tentés. Ce jeune homme est devenu très introverti, seul le cercle familial est investi sans angoisse. Le monde extérieur est devenu dangereux. Personne, lui le premier, ne parle de cet événement. Seule l'épilepsie s'exprime pour lui : la nuit en réveillant ses parents, et chez le médecin pour le suivi du traitement.

Un matin il pousse la porte de la consultation : « *J'ai fait un cauchemar* » (en fait, plusieurs fois le même) : « *Un matin, je me réveille, je suis sur le bord de la route et je regarde les autres. Ils vont travailler, ils emmènent leurs enfants à l'école. Ils embrassent leurs femmes en quittant leur case. Je veux les rejoindre mais mes pieds sont enracinés dans le sol. Mon corps est pétrifié, seul un bras se lève et ma main sent une vitre dure. Même en frappant fort, la vitre ne bouge pas. Je suis seul. Alors je hurle mais personne ne me regarde. Ce sont mes parents qui dorment dans la chambre voisine qui arrivent paniqués. Encore eux !* ». Il s'arrête de parler très ému, puis dit avoir bien réfléchi : « *Je sais pas si vous pouvez comprendre mais je suis un zombie, un mort vivant, ma vie s'est arrêtée il y a 7 ans. Je voudrais revenir parmi les vivants. Je veux que quelqu'un m'aide à repasser de l'autre côté* ». Le cauchemar va être un fil directeur pour lui. Le reste de son discours est assez factuel et ne fait rien émerger de particulier dans son histoire. Pourtant son retour à la vie est patent. Il évoque l'espace thérapeutique proposé comme le cadre où il peut enfin parler du trauma. C'est aussi dans ce lieu qu'il a réalisé qu'il avait abandonné la vie mais aussi le lieu qui est source de vie. « Je me suis remis en route »

Progressivement, il se remet à faire des activités mais reste à distance des autres. Dans son cauchemar, les pieds restent enracinés mais le corps se délie et la vitre s'assouplit encore. Il voit parfois un regard se tourner vers lui et entend une voix l'encourager « *Je ne suis plus seul mais pourquoi je suis resté mort pendant tout ce temps ? Je me demande si au fond je ne devais pas être mort à la place de cet homme. Je l'ai abandonné là, tout défiguré. Je vois bien, maintenant, son regard de reproche de temps en temps car avant je ne voyais plus rien.* » Avant même de finir son diplôme (il fabrique des moules pour créer des objets en plastique) Armand est employé au noir par un de ses professeurs. Cela va l'aider considérablement à aller de nouveau rencontrer les autres. Il reste un pied enraciné mais son corps touche de plus en plus la vitre en y laissant une empreinte comme un moulage qu'il retrouve à chaque fois et qu'il « approfondit. »

Armand a son diplôme et trouve immédiatement un travail. Quelques semaines plus tard, il évoque d'emblée que la fille des voisins qu'il convoitait en silence, a accepté d'aller au cinéma avec lui. Puis négligemment, il relate un rêve : « *ça y est j'ai traversé.*

Mon pied est sorti de terre et la vitre s'est ouverte sur mon passage. L'homme m'attendait. Il m'a souri et m'a fait remarquer que ma montre devait être remontée maintenant tous les soirs. Vous étiez là mais comme c'était un tapis roulant, je ne pouvais qu'avancer alors j'ai tourné la tête, vous m'avez fait un signe d'adieu. Après c'est devenu noir derrière moi alors j'ai regardé devant. Il y avait un oiseau qui chantait. J'ai pas compris pourquoi mais bon fallait avancer ». Armand s'arrête de parler. Après un long silence, Il se lève et me demande : « Si j'ai un problème, est ce que je pourrai revenir vous voir ? Pas pour l'épilepsie j'ai décidé de garder le traitement mais pour autre chose peut être ? » Puis il me serre la main avec un grand sourire et s'en va s'en attendre la réponse, me laissant un peu sidérée. Armand est revenu 2 fois, peut-être pour voir ? Ou pour autre chose ?

Après sept ans hors du monde, comme « la belle au bois dormant », il se réveille et vient déposer des cauchemars issus de la rencontre traumatique avec le réel de la mort. Puis ceux-ci se transforment et le processus intégratif de représentations se fait quasiment sans interprétations. Cette histoire illustre un point essentiel de notre clinique quotidienne que nous pouvons résumer très simplement sous l'adage « il n'est jamais trop tard ». Armand montre également que la faiblesse des capacités élaboratrices n'est pas un obstacle quand le désir de vivre reprend chair.

Conclusion :

Si la rencontre traumatique peut espérer devenir une trace cicatricielle, elle n'en restera pas moins toujours un moment insensé dans l'histoire du sujet. Il n'en va pas toujours de même pour ses avatars cliniques. Exclusion de la communauté humaine, honte, culpabilité, souillure et abandon sont des sentiments qui bien qu'inhérents au trauma vont pouvoir bénéficier d'une relecture par le patient propice à une réappropriation subjective intrapsychique. Dans certains cas nous pouvons même constater que l'expérience traumatique permet un travail élaboratif fécond générant le renoncement à des symptômes névrotiques anciens.

Parallèlement bien que chaque histoire soit singulière nous rencontrons tous les jours des patients comme Armand dont il apparaît clairement que le travail associatif restera modéré. Ce qui n'empêche pas un désengagement de l'emprise mortifère du trauma et ce justement grâce aux éléments cités précédemment. Paradoxalement, ils peuvent devenir levier thérapeutique en offrant au traumatisé un espace pour repenser le passé à l'éclairage de l'abandon, de la culpabilité...Celui ci peut alors réintégrer la communauté humaine et redevenir sujet de son histoire, reléguant le trauma au rang des souvenirs.

Nous concluons avec le mythe Orphée et Eurydice dans l'opéra de Gluck, paru en 1762. Dans cet opéra, Orphée se voit imposer des conditions draconiennes pour conduire Eurydice hors des Enfers :

- Tu ne la regarderas pas !
- Tu ne lui parleras pas !
- Tu ne la toucheras pas !

Eurydice, comme nous le savons maintenant, prends cette attitude pour un rejet et dit préférer la mort à un abandon. Orphée se retourne donc et... échoue.

Pour être passeur de vie, il nous faut donc rester à distance de l'enfer. Se garder de la fascination pour mieux accueillir rapidement et durablement (si besoin) l'homme qui retrouve la parole et sa position de sujet.

Bibliographie:

- Anzieu D (1996). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.
- Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris, Dunod.
- Daligand L(1997). La thérapie des victimes au risque de la violence. *Les cahiers de l'actif*, 248-249, 77-84.
- Damiani C (1997). *Les victimes. Violences publiques et crimes privés*. Paris, Bayard.
- Ferenczi S (2006). *Le traumatisme*. Paris, Petite bibliothèque Payot.
- Freud S (1925). *Freud présenté par lui-même*. Paris, Gallimard (1984)
- Lebigot F (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris, Dunod.
- Lebigot (2010). Traiter le mal par le mal. La psychothérapie des névroses traumatiques. *Revue francophone du stress et du trauma*, 8(2), 87-93.
- Nathan T (1994). *L'influence qui guérit*. Paris, Odile Jacob.
- Prosper E (1992). *Ile à peur. La peur redoutée ou récupérée à la Réunion des origines à nos jours*. Saint André, la Réunion, Océan Editions.
- Roisin J (2010). *De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Sironi F (2006). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Paris, Odile Jacob.