ANNEXE 1 – Journée scientifique de l'ALFEST – 7 juin 2018
« Le traumatisme psychique : Du diagnostic aux indications thérapeutiques »

Psychothérapie de soutien, thérapie analytique, psychanalyse : indications et spécificités

Bertrand Lahutte

A l'heure d'une actualité déboussolée par les dérangements, induits par survenue des attentats terroristes, mais surtout par l'effet de concernement généré par l'horreur dévoilée, surgit fréquemment l'impératif d'une « **prise en charge** ». Soulignons le caractère incongru, inélégant, ou malaisé de l'emploi de ce terme, passant certes relativement inaperçu dans le jargon médical, qui comporte une résonance passivante, et à ce titre extrêmement critiquable.

Pour autant, si nous mettons de côté la formulation maladroite, il n'est pas rare que la question trouve à se reformuler. Ne méconnaissons pas la pression sociétale la sous-tendant, à travers la question de **l'indication d'un traitement**. Nous désignons ici un traitement par la parole, communément dénommé du terme flou de psychothérapie. Nous nous proposons d'aller plus avant, sans porter un jugement par trop critique ou moralisant sur une terminologie imprécise, ayant toutefois pour vertu de générer des rencontres, rencontres avec les soins peut-être, mais surtout rencontres avec un au-delà, avec les conséquences de ce qui a été rencontré fortuitement, à savoir en ce qui nous concerne aujourd'hui, la rencontre traumatique.
S'agit-il d'une question d'indication ? C'est le fil rouge qui traversera notre intervention, effleurant les avatars de la question du choix, choix forcé de structure, nous le savons, mais résolument dans notre discours moderne, choix répondant aux exigences de l'offre et de la demande.
Il importe aux cliniciens, de pouvoir orienter les sujets égarés, en l'espèce traumatisés, afin que de cette rencontre puisse advenir quelque chose. À cet effet, « l'orientation » du choix, formulation analogue à celle de l'orientation des patients, trouve toute sa pertinence ; elle nous invite à revisiter plus avant certaines catégories des traitements offerts à nos patients. Et c'est par le biais des idées préconçues - soit les a priori du sens commun – qu'il est probablement le plus évident d'introduire le vif de la question.

Soutien

Le sujet traumatisé a besoin d'être soutenu. À l'instar de la réponse automatique et

convenue de l'étudiant en psychiatrie, à partir de ce qu'il a retenu de sa formation académique, c'est donc la psychothérapie de soutien qui s'impose. À défaut de savoir de quoi il s'agit, on en espère un certain effet…

Les psychothérapies de soutien ont pour visée une installation dans la durée… Formulation curieuse tant les objectifs ne semblent pas en être. Il s'agit d'une visée ou peut-être d'un moyen, tant c'est la métaphore mécanique du soutien qui s'impose. L'étayage est « ce qui fait tenir ». À ce titre, dont nous devrions considérer toute la pertinence, il est précisé en quoi elles se distinguent des thérapies plus interventionnistes. Pour celles-ci, leur action résolument centrée sur le symptôme, sur sa rectification objective (son annihilation), induit nécessairement une durée limitée, afin de pouvoir démontrer leur efficacité, ladite efficacité s'avérant, nous le savons, rarement garantie dans la durée…

A contrario, les thérapies de soutien sont des thérapies qui durent dans le temps. Au moyen d'entretiens réguliers, elles visent à soutenir le patient, à le guider dans l'expérience qu'il traverse, proposant à travers la personne du thérapeute, la base d'une interlocution possible. Sont ainsi apportés un cadre et un média, afin de produire des effets liés à la verbalisation. Le ressort principal est celui de la médiation ; allons jusqu'à dire de la possible interposition de l'acteur thérapeute, afin que le sujet ne se trouve plus en prise directe avec ses symptômes. Apparaît dès lors une possibilité : celle de trouver à dire quelque chose, à quelqu'un supposé pouvoir entendre, voire agir sur cette souffrance. L'allégement du poids de la répétition traumatique en est une illustration, et au fil du temps les modifications des scènes de répétition, ou l'atténuation de la charge anxieuse, peuvent être constatés, par le biais d'une délégation, d'un partage, d'une entorse faite à la position de solitude radicale.

Pour le patient, il s'agit de dire, en s'appuyant sur la relation thérapeutique. Pour le thérapeute, il s'agit de tenir, misant sur les effets de ce gain, gain portant sur l'intensité de la clinique, pour assister, voire accompagner les remaniements d'un travail psychique restant principalement à la charge du patient voire passant totalement inaperçu…

À cet effet, en vue du suspens symptomatique, et non pas d'éternisation de la clinique, tout renfort peut être bienvenu, comme l'atténuation médicamenteuse, ou les allégements symptomatiques induits par les techniques de relaxation. Quelque peu distancié par cet appui, de l'expérience subie ou traversée, s'offre peu à peu au patient la possibilité d'occuper de nouvelles modalités de branchement sur le lien social.

Si nous plaçons du côté du patient la responsabilité, voire la charge d'éventuels remaniements psychiques, que rien ne garantit, le thérapeute ne se trouve pour autant pas moins convoqué dans une position délicate. Tout d'abord à s'exposer ainsi au discours sur l'expérience traversée, il est une cible potentielle de la fascination, de l'offre morbide de contempler avec le patient l'horreur et le hors-sens dévoilés.

Un autre écueil est logiquement à envisager : celui de l'installation d'une relation de dépendance du patient à l'égard de son thérapeute, dont les manifestations les plus actives de soutien, de renforcement, peuvent le faire apparaître comme une figure toute-puissante, à elle seule garante des effets du traitement, dépossédant incidemment et par conséquent les patients de la possibilité d'aborder leur

implication subjective dans les événements qu'ils traversent.
Ainsi nous passerions d'une demande de soutien, à la « prescription d'un thérapeute », possiblement co-traumatisé, et néo-partenaire d'une existence trouvant à se remanier, pourrions-nous dire ironiquement, en double aveugle…

Psychothérapie psychodynamique

Introduire la question de l'implication subjective trouve une résonance directe avec les enseignements de la psychanalyse. Il y a certes lieu de renouveler l'affirmation que c'est à partir de cet abord des effets de la parole, qu'ont pu émerger l'ensemble des psychothérapies trouvant à se justifier par une explication, une théorie, voire une technique. Le terme de psychothérapie psychodynamique, référence allusive à la psychanalyse, reste teinté par la lecture injonctive et médicalisante du terme « thérapie ».
Elle s'appuie néanmoins sur le ressort du transfert, emprunté à la psychanalyse, dont il convient de rappeler, concernant le phénomène en tant que tel, qu'il est un effet, le thérapeute n'en étant que l'objet, voire pour être rigoureux se situant en position de semblant d'objet. Cette nuance que nous ne développerons pas plus avant, tant les références rigoureuses qu'elle mobilise seraient longues à détailler, nous invite toutefois à souligner la prudence, la délicatesse, voire les risques inhérents à ce qu'il convient d'appeler le maniement du transfert. Ce dernier repose dans sa formulation princeps sur une demande émanant du sujet aux prises avec un dérangement subjectif intime, avec une clôcherie, se manifestant avec fracas dans son quotidien, ou l'accompagnant à la manière d'un dérangement indéfectible marqué du sceau de la répétition. La demande est fondamentale en tant qu'elle ouvre vers un au-delà, qui est celui du désir, désir inconscient.
Toutefois dans la clinique psychotraumatique, ces coordonnées supposées idéales s'avèrent particulièrement malmenées. Happé par l'expérience de fascination, fréquemment dépossédé d'une considération sur sa subjectivité par l'omniprésence du fait, trouvant à se répéter dans la clinique traumatique, le sujet traumatisé, est en peine pour asseoir ce qu'il en serait de sa parole, de son rapport à la vérité subjective. Le hors-sens réitératif du discours sur le trauma, qu'il soit individuel ou partagé, nous donne l'illustration d'une parole qui sans cesse échappe, et ne cesse pas de ne pas s'écrire…
Dans une psychothérapie psychodynamique, au fil des entretiens, le sujet, par l'intervention du thérapeute est amené à s'intéresser toujours un peu plus à ce qui lui est propre, à ce qui se dévoile ou se révèle de sa particularité subjective, non partageable, et foncièrement méconnue. Ce sont ces effets de découverte, véritables instants de voir, qui peuvent ouvrir à un travail plus construit.
Engagé sur le chemin de la parole par la mise en œuvre du transfert et les interventions du thérapeute, le sujet traumatisé peut donc trouver des indications portant sur sa propre subjectivité. Ainsi en est-il, par exemple, de la question de la culpabilité, effet de l'effraction traumatique, pouvant l'amener à s'approcher les voies de sa propre culpabilité, soit de sa prise en masse dans les effets langagiers. Notons à cette occasion, l'incidence du sens et de la signification dans un mouvement de dévoilement, de révélation, qui a pour enjeu le désinvestissement de l'image

traumatique, la restitution de la singularité.
L'engagement dans ce type de travail s'avère nécessairement beaucoup plus conséquent, et potentiellement plus dérangeant que dans le recours (parfois idéalisé) à la figure étayante et protectrice d'un thérapeute répondant toujours présent. Incitant à ne pas seulement se contenter des effets d'allégement ressentis ou espérés, l'intervention psychothérapique psychodynamique constitue en quelque sorte, une initiation à la quête d'un savoir sur la maladie, dont les ressorts ne peuvent se déduire que de l'histoire propre du sujet.
Amené à point, il n'est alors pas rare que le sujet exprime le désir de s'adresser non plus à un thérapeute, auquel la souffrance adressée est nommée symptôme par le discours médical, mais à un analyste.

Psychanalyse

François Lebigot souligne la dimension de malentendu, accompagnant la rencontre du sujet traumatisé avec la psychanalyse. Ce malentendu est à saisir à partir du dispositif de la cure-type, confrontant un sujet souvent positionné dans l'attitude de la victime – espérant donc légitimement rencontrer une compassion thérapeutique – [confrontation] avec une position réservée, à l'occasion silencieuse, non interventionniste, redoublant un silence fréquemment perçu comme un abandon… Cette visée d'effacement, de non détermination de la rencontre, l'espace de parole ouvert et libre, heurtent le sentiment de possible désintérêt ou d'indifférence. Il y a alors lieu de miser sur les effets potentiellement déroutants, ou étonnants de ce malentendu, pour faire levier sur ce que la fausse évidence de l'attention, de la prévenance, voire de la compassion, vient occulter d'une possibilité d'accès non tant au Réel en jeu, mais bien à la structure subjective, par l'entremise de l'articulation langagière. Il tient alors de l'analyste et de sa manœuvre, à l'occasion de cette rencontre, sur laquelle porte notre commentaire, pour ouvrir un champ qui laisse accéder le sujet non seulement à une élaboration sur son insistance symptomatique, mais également sur une problématique plus intime, qui ne se révèle en définitive jamais sans rapport avec les conséquences de l'effraction.

Discussion

Cette sorte de classification posée, à la manière d'un découpage territorial, il nous faut maintenant nous interroger sur les articulations possibles liant ces trois modalités particulières d'engagement dans la parole et potentiellement les soins. Une première possibilité s'offre à nous : les considérer en termes d'indications. Soulignons la référence médicale inhérente à cet usage du terme indication. Si indication il y a, contre-indication nous pouvons également supposer. À quoi tiendrait-elle : au trouble, à son expression clinique, à la structure subjective ? Peut-être y a-t-il également lieu de considérer la nature même de la demande de l'intéressé, de ses attentes dans une quête d'aide, qui s'avère en définitive toujours surdéterminée… Mais y aurait-il dès lors, indication à s'arrêter à cette formulation extemporanée de la demande ? Nous en savons les avatars cliniques : demande escapiste, évitement, fuite en avant, demande de rendormissement au décours du réveil cauchemardesque produit par la rencontre traumatique…

Il importe au praticien de se positionner. Mais selon quels critères ? Un travail sur la maturation de la demande est fréquemment évoqué. Mais c'est également une invitation à considérer la temporalité. Il s'agit tout d'abord de la temporalité dans la clinique : celle accompagnant une rencontre fréquemment tardive d'un sujet avec ce qui est dénommé les soins, mais également une temporalité subjective, dont nous connaissons la délicatesse voire la fragilité du devenir, et les risques de fermeture, à la mesure des pulsations temporelles d'un inconscient qui ne se laisse pas toujours approcher...

Notre présentation des différentes approches à visée psychothérapique comporte par ailleurs en elle-même une autre incidence de la temporalité, qui laisserait supposer un continuum allant de l'allégement de la souffrance, disons symptomatique, par l'étayage du soutien, jusqu'à l'initiation, au sens d'une épreuve initiatique, à une autre scène, redoublant ou sous-tendant celle d'une réalité par trop insupportable, qui amènerait à une familiarisation avec les processus psychodynamiques, et enfin l'ouverture supposée terminale d'une approche strictement analytique, au sens de la cure-type dans toutes son autonomie… Par ce résumé, pour ne pas dire ce raccourci presque caricatural, nous vous proposons d'entendre ce qui serait une lecture par trop idéalisée, lecture alors à attribuer non tant au patient, mais bien au praticien, alors probablement en proie aux mirages de la complétude, avec leur corrélat d'imaginaire et d'identification. Il ne s'agirait dès lors certainement pas d'une position analytique, au sens de l'éthique de la psychanalyse. Nous ne pouvons cependant pas faire l'impasse sur cette considération, probablement induite par la référence à la thérapeutique, et à l'incidence de l'urgence à traiter, convoquée par la clinique traumatique, avec son incidence de glissement vers l'urgence à faire taire, possiblement à faire diversion…

Qu'il y ait du psychanalyste

Il est indéniable que la clinique du traumatisme psychique induit des particularités quant aux possibilités qui s'offrent à un sujet de composer ou de traiter les dérangements parfois cataclysmiques avec lesquels il est aux prises. Nécessairement, nous devons considérer leurs incidences sur nos pratiques. Quelles sont alors les boussoles à notre disposition, pour nous y retrouver avec ces sujets désarrimés, en perdition, s'offrant aux fausses promesses des multiples miracles d'interventions prêt-à-porter, dont nous ne pouvons légitimement que douter de la pertinence, au-delà des effets de suggestion et d'obéissance. Car il s'agit en effet d'introduire non pas tant une question technique, comme cet exposé pourrait s'y offrir d'une certaine manière, mais véritablement une question éthique : celle de la praxis d'un individu identifié comme thérapeute, mise en tension avec l'incidence politique de troubles n'étant que rarement sans rapport avec un profond dérangement de l'ordre social. Urgence à traiter dans le concernement généralisé, urgence à faire cesser une souffrance par trop hors-sens car officiellement réactionnelle et légitimée, urgence à ne pas laisser s'enferrer plus avant le sujet traumatisé dans les méandres de ses solutions les plus défensives…

Pour le praticien, quand bien même considérées les supposées capacités du sujet à s'engager dans telle ou telle de démarche, estimée l'adéquation du moment aux

possibilités d'élaboration, il importe de considérer précisément le positionnement qui est celui de son intervention. C'est à ce niveau, au niveau du praticien, que nous proposons de situer l'incidence de la psychanalyse et de ses effets. C'est-à-dire : qu'il y ait du psychanalyste, ou qu'il n'y en ait pas, quelle que soit l'intervention d'un point de vue technique…

Pour détailler ce commentaire, nous vous proposons de considérer le binaire psychothérapie-psychanalyse. Quoique pouvant sembler distinctif voire exclusif, par l'emploi du terme binaire, il y a lieu de considérer que ces deux domaines ne sont pas sans point commun. Cette remarque ne se limite certainement pas à la référence commune à la parole, dans son usage mais également dans le constat de ses effets et de leur traduction clinique. Effets, mais également causalité au sens de la causalité psychique.

C'est précisément en se basant sur ce ressort de la puissance des effets de la parole, que nous pouvons aborder la particularité de l'intervention psychothérapique. Il s'agit d'une incidence de la parole de l'Autre. Un Autre qui dit ce qu'il faut faire, et le sujet qui souffre s'y conforme, obéit, et obtient en retour une approbation. Stricto sensu, l'approbation nous dévoile un traitement par l'image de soi, référence fondamentale au stade du miroir. L'effet thérapeutique est alors un effet de restitution : restitution de capacités, d'un degré de liberté, d'un sentiment de maîtrise. Le corrélat en est toutefois la figure du modèle, incarnation de cet Autre, mais également sous l'œil du maître… L'effet produit est peu ou prou un effet d'identification, identification rendue possible par un avatar du maître. Une formulation plus subtile permet de substituer à l'approbation, faisant consister la présence incarnée d'un interlocuteur, un effet d'absolution, qui peut être attribué ou décerné par le sujet lui-même, dans une figure d'intersubjectivité, à vrai dire plutôt intrasubjective… L'Autre, ainsi institué par la relation et les effets du transfert, un signifiant maître peut être investi, pour produire à l'occasion des effets de sens et cette auto approbation salvatrice accompagnée de son corrélat d'absolution… La formule générale reste la même, à savoir l'établissement d'une relation de domination de l'image de l'autre i(a), sur le Moi. Le sujet s'adresse à l'Autre comme Maître, maître du savoir à l'occasion, et se trouve gratifié d'un effet de signification qui produit l'identification à l'Autre I(A).

Soyons toutefois attentifs au fait que toute parole de l'Autre peut produire un effet d'identification, que ce soit dans la psychothérapie ou dans une psychanalyse. La dimension de suggestion n'est jamais étrangère ou absente dans l'une des deux démarches. Pour autant la psychanalyse est-elle une psychothérapie, c'est-à-dire un traitement par l'identification ? Il en ressort de l'analyste que ce ne soit pas le cas : c'est une condition de possibilité fondamentale. L'opération analytique repose précisément sur le refus de l'analyste d'utiliser les pouvoirs de l'identification. Face à la mise en place d'un Autre, un grand Autre, auquel le sujet s'en remet, l'analyste se refuse à faire le Maître. C'est ce qui nous introduit à la question du désir de l'analyste, désir qui ne serait pas celui d'être le maître, et donc foncièrement énigmatique.

Ainsi, reposant sur des bases potentiellement commune, l'analyse dépend in fine de la position qu'occupe l'analyste… Refuser d'être le psychothérapeute, qui validerait la

supposition de savoir ce qu'il en serait du Bien du sujet, force la porte de la passion de l'ignorance, et ouvre à la possibilité de produire un savoir non déterministe et indéterminé quant à la causalité des troubles qui affligent le sujet. Ni maître du savoir, ni garant de la voie de la guérison, l'analyste offre par cette ouverture la possibilité de rencontre du désir inconscient, au-delà des points d'arrêt de l'identification.

C'est sur ce point du positionnement éthique que nous vous proposons de conclure, en y adjoignant son corrélat de responsabilité : responsabilité de proportionner les effets analytiques aux capacités du sujet à les supporter. C'est sur ce dernier registre, ne se réduisant certainement pas à un simple dosage quantitatif, que nous pouvons adosser les ajustements du cadre et de la pratique auquel nous avons fait référence un peu plus tôt. La modération ainsi attendue des effets analytiques, peut à cette occasion rencontrer des raisons thérapeutiques. Nous le voyons, la guérison, escomptée « de surcroît », selon la formule consacrée, rencontre ici de façon incidente, collatérale, l'engagement dans l'opération analytique, sans se substituer à ce qui en serait la finalité. Il en dépend à nouveau de l'éthique du psychanalyste, de s'ajuster au désir du sujet, une fois désentravé de la contrainte symptomatique, et éclairé quant à ses déterminants les plus singuliers.
Ce qui est thérapeutique dans l'opération analytique, c'est le désir, pour citer Jacques-Alain Miller. Avoir cédé sur ce dernier, y renoncer, etc. font partie des révélations obtenues, quand il y a du psychanalyste… Rien ne garantit pour autant que ce dévoilement produise les effets escomptés d'un retour au bien-être homéostatique. Néanmoins, dès lors, des choix redeviennent possibles…

ANNEXE 2 - Article paru in :

Sabot M. (2018). La preuve en image : métaphores et symbolisation primaire du corps en « hypnose médicale », *Cliniques méditerranéennes*, 97(1), 107-120. DOI : 10.3917/cm. 097.0107.

A graphic demonstration : metaphors and primary symbolisation of the body occuring in medical hypnosis

Auteur : Magalie Sabot, Psychologue Clinicienne, Docteur en psychologie clinique et psychopathologie

Coordonnées : 31 Boulevard Sérurier, 75019 Paris
magalie.sabot@gmail.com 06.86.25.40.92

INTRODUCTION

Depuis quelques années l'hypnose revient sur le devant de la scène, la scène scientifique cette fois. Aujourd'hui, par les techniques d'imagerie moderne (principalement l'IRM fonctionnelle), les neurosciences démontrent scientifiquement que l'hypnose « fonctionne ». La preuve en image : l'hypnose diminue la douleur, stimule le mouvement d'aires cérébrales, contribue à soigner le corps.

Le ministère de la santé et des solidarités recommande dans son troisième plan de lutte contre la douleur l'utilisation de l'hypnose comme traitement non pharmacologique[1]. La Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, s'appuyant sur de nombreuses recherches, reconnaît en mars 2000 son utilisation en traitement complémentaire pour l'enfant et l'adolescent cancéreux[2], tandis que l'Agency for Health Care Policy and Research soutient, dans un guide pratique, l'hypnose pour diminuer les douleurs liées aux soins[3].

Recherches scientifiques et recommandations ministérielles redonnent à l'hypnose ses lettres de noblesse dans le monde médical. L'hypnose s'appelle désormais « hypnose médicale » ou « hypno-analgésie » et de nombreuses formations voient le jour.

[1] Ministère de la santé et des solidarités, (3 mars 2006), Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010, p. 26.
[2] ANAES, (2000) « Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans », Service recommandations et références professionnelles, p. 133.
[3] Cité par *Ibid.*, l'ANAES, 2000, p. 124.

L'ANAES décrit l'hypnose comme « *une histoire aimée par l'enfant dans laquelle il se laisse «glisser»* »[4]. Cette curieuse formulation peu scientifique rappelle que si les chercheurs peuvent observer en images numériques les bases neuro-anatomiques de l'hypnose, rien ne permet encore de spécifier quels processus psychiques sous-jacents entrent réellement en jeu.

En hypnose médicale, on apprend que c'est la métaphore qui fait la force de cet outil, symbolisant le corps par des images en mouvement. Mais peu de recherches en expliquent le fonctionnement. La psychanalyse ne pourrait-elle pas inscrire une nouvelle lecture, non plus du côté de la théâtralisation hystérique et de la suggestion, mais soutenue par de nouvelles approches métapsychologiques permettant d'entendre les mécanismes de symbolisation primaire ?

HISTOIRE DE L'HYPNOSE : D'UN ABANDON A UNE REAPPROPRIATION MEDICALE

- L'hypnose chez S. Freud

Il semblerait que S. Freud pratiquait une hypnose inspirée des techniques de Charcot et de Bernheim, principalement «*autoritaire et directive*»[5] selon les thèses de M. Borch-Jacobsen (2015). C'est l'abaissement des symptômes somatiques qui attire son attention, le corps semblant réagir aux suggestions hypnotiques : « *la suggestion consiste à nier énergiquement les maux dont s'est plaint le patient, ou à l'assurer qu'il est capable de faire quelque chose, ou encore à lui ordonner de le faire. L'effet de la simple assurance ou négation est décuplé quand on associe la guérison souhaitée à une action ou une intervention durant l'hypnose, par exemple en disant : « Vous n'avez plus de douleurs à cet endroit, j'appuie dessus et la douleur s'en va »*»[6].

Il s'essaie à l'hypnose pendant une dizaine d'années pour l'abandonner au bénéfice de sa méthode psychanalytique basée sur l'association libre. Il le justifie par deux raisons : sous hypnose, la levée du symptôme reste temporaire[7], ajouté au fait que cette technique n'est pas efficace pour tous ses patients[8]. Sa pratique de l'hypnose se réduit à partir de 1892 mais il continue à l'utiliser à titre expérimental jusqu'aux années 1924 (A. Bioy, 2008). Au début du XXème siècle, l'hypnose perd de son intérêt scientifique et peu l'utilisent encore à la mort de Charcot.

En pratiquant l'hypnose, S. Freud met à jour l'importance des images dans la réviviscence des souvenirs traumatiques. Dans le cas d'Emmy Von N., il (S. Freud, 1895) évoque le rôle qu'elles vont prendre dans le récit, notamment lorsque la patiente se souvient, sous hypnose, d'« *événements traumatisants* » : « *sur ma demande, elle confirme que, pendant son récit, elle a réellement vu se dérouler avec leurs couleurs naturelles les scènes qu'elle racontait. […] Chaque fois que ces souvenirs lui reviennent à l'esprit, elle en revoit les scènes avec toute l'acuité du réel* », et il ajoute à cela, dans une note, que « *bien d'autres hystériques nous ont parlé de ces réminiscences en images animées, surtout dans le cas de souvenirs pathogènes* »[9].

---

[4] *Ibid*., ANAES, mars 2000, p. 104.

[5] BORCH-JACOBSEN, M. 2015. « Sigmund Freud, hypnotiseur », dans FREUD S., L'hypnose - Textes - 1886-1893, pp. 1-180.

[6] FREUD, S. 1891. L'hypnose, textes 1886-1893, Paris, Editions de L'Iconoclaste, 2015, p. 298.

[7] FREUD, S. 1905. « De la psychothérapie », dans La technique psychanalytique, Paris, PUF, 2007, p. 31.

[8] FREUD, S. 1910. « Deuxième leçon », dans Cinq leçons sur la psychanalyse, Paris, PBP, 2001, p. 29-30.

[9] FREUD, S. 1895. « Histoires de malades. Mme Emmy von N…, 40 ans. Livonienne », dans J. Breuer et S. Freud, Études sur l'hystérie, Paris, PUF, 1990, p. 39.

Nous verrons que cette remarque n'est pas sans intérêt pour notre clinique, il restera cependant à comprendre en quoi l'hypnose pourrait jouer un rôle différent dans l'émergence d'images, principalement d'images venant symboliser des expériences somatiques extrêmes.

Selon les recherches d'A. Bioy (2008), la pratique de l'hypnose chez Freud était mêlée et confondue avec celle de la suggestion. Aussi, cet auteur propose que « *lorsque Freud dit avoir rejeté l'hypnose, on peut formuler l'hypothèse que ce qu'il rejeta véritablement était la pratique de la suggestion et d'une perspective de traitement purement symptomatique* »[10].

S. Freud en effet ne reniera pas totalement l'importance qu'a eue la pratique hypnotique sur la naissance de la psychanalyse[11]. Il est à noter par ailleurs que dans le traitement des névroses de guerre, S. Freud (1919) propose que certaines techniques hypnotiques pourraient s'avérer précieuses[12].

S. Freud en 1924 revient d'une certaine manière vers l'hypnose, en demandant les services, à des fins de recherches, d'un célèbre hypnothérapeute de l'époque, Franz Polgar souffrant lui-même d'un terrible traumatisme de guerre. A. Bioy a mis à jour le rapport ambivalent que S. Freud a entretenu avec l'hypnose, en publiant ce texte inédit de F. Polgar (1951)[13]. Il resta finalement 6 mois auprès de Freud à Vienne malgré plusieurs désaccords entre les deux hommes.

Si Freud renonce à l'hypnose et plus particulièrement à la suggestion hypnotique, il semblerait que son intérêt pour cette technique ait continué de cheminer. Aujourd'hui l'hypnose dite « médicale » ne se réduit pas à la suggestion, mais utilise principalement comme levier d'action la métaphore et l'émergence d'images pour initier de nouvelles potentialités chez la personne présentant des symptômes somatiques. De quelles manières repenser aujourd'hui son utilisation dans le cadre de pathologies extrêmes ?

- Hypnose médicale, nouvelle hypnose ?

A. Bioy (2010) propose de définir l'hypnose comme un « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* »[14]. Il rappelle que l'état de conscience modifiée est désormais «*objectivé par imagerie cérébrale (*Rainville *et al*, 1999*) et ses caractéristiques neuro-anatomiques sont maintenant bien identifiées (*Faymonville *et al*, 2006*)*»[15].

Il indique (A. Bioy, 2015) plusieurs mécanismes propres à l'expérience hypnotique : un sentiment de détente sur le principe de la dissociation, une hyper absorption de l'attention, une diminution du jugement et de la censure (autrement

[10] BIOY, A. 2008. « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », dans Perspectives Psy, p. 176.
[11] FREUD, S. 1924. « Petit abrégé de psychanalyse », dans Résultats, Idées, Problèmes, tome II, Paris, PUF, 2002, p. 99.
[12] FREUD S. 1919. « Les voies de la thérapie psychanalytique », dans *op. cit.*, La technique psychanalytique, p. 168.
[13] POLGAR F. J. 1951. « The story of a hypnotist », New York, Hermitage House. Traduction de J-D Fauxpoint et A. Bioy.
[14] BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I.2010. L'aide-mémoire d'hypnose, Paris, Dunod, p.7.
[15]BIOY, A. 2015. « Le travail métaphorique en hypnothérapie dans un cadre de thérapie familiale : éléments cliniques », dans Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, p. 12.

dit, « *le patient entre dans une logique proche des rêves et quitte la logique rationnelle* »[16]), des réponses quasi-automatiques, ainsi qu'une modification de l'orientation temporo-spatiale. Dans cette dernière expérience « *ce qui est ressenti est une altération dans la façon dont les patients perçoivent leur corps et la position de ce dernier dans l'espace. Une expérience assez courante est la sensation d'un flottement ou, à l'inverse, d'une douce et agréable lourdeur. Également, la perception du temps se trouve altérée, qu'elle soit étirée ou contractée* »[17].

L'auteur rappelle que, depuis les travaux de M. Erickson, la métaphore a désormais pris une place centrale dans l'hypnose moderne, elle serait même l'élément thérapeutique qui permettrait à un patient d'accéder au changement (Bioy et Keller, 2009; Rossi, 1980). De propositions d'images à de véritables récits ou contes imagés, A. Bioy (2015) suggère que l'utilisation de métaphores hypnotiques a pour fonction de redonner « *au patient ses propres constructions psychiques* », mais aussi qu'elle permet de « *créer des idées nouvelles ou de les susciter chez une personne*»[18]. Appuyés sur de nombreux auteurs[19], A. Bioy (2015) envisage que la métaphore permet aussi de « *susciter chez l'autre des ressentis sensoriels* »[20] et il rejoint Roustang (2003) en proposant qu'elle réintroduit du mouvement « *dont la résultante serait ce langage en trois dimensions que l'on appelle mouvement corporel* »[21]. La séance hypnotique et les métaphores utilisées ouvrent une nouvelle « *flexibilité dans un mouvement du corps dans son ensemble* »[22].

Le fait que les neurosciences puissent maintenant objectiver et observer ce phénomène par imagerie numérique n'explique en rien la puissance que les métaphores ont sur le corps. Pourquoi la métaphore permettrait-elle de percevoir ou de symboliser le corps malade d'une nouvelle manière dans un « *mouvement* » dynamique ?

La métaphore et l'analogie seraient, selon A. Bioy (2011), proches d'un langage « *archaïque* », celui de « *l'enfant, [qui], pour exprimer son mal, va utiliser des images, des rendus métaphoriques* »[23]. Pour que cela fonctionne, la métaphore doit être construite en « *épousant* » le monde interne du Sujet : « *les images et les mots du patient sont par la suite transposés par déplacement analogique sur une autre scène, afin de constituer un récit métaphorique cohérent, renvoyant directement à la situation du patient, et évidemment proposant une voie d'évolution, voire de résolution* »[24].

Une confrontation à la clinique s'avère essentielle pour étudier la manière dont la métaphore va se co-construire dans la problématique du corps extrême. Pourquoi la métaphore en hypnose médicale permet-elle de soulager le corps ? Nous

---

[16] *Ibid*, p. 13.
[17] *Ibid.*
[18] *Ibid.*, p. 14-15.
[19] ROFFMAN, 2008; BROWN, 1991; COOMBS et FREEDMAN, 1990; LANKTON et LANKTON, 1983 ; CAMPBELL, 1988; WHITE et EPSTON, 1990.
[20] *Op. cit.*, BIOY, A. 2015. p. 15.
[21] *Ibid.*
[22] *Ibid.*
[23] BIOY, A. 2011. « L'analogie comme vecteur de l'hypnose, une illustration », dans Psychothérapies, p. 180.
[24] *Ibid.*, p. 178.

en comprendrons réellement les enjeux par la suite à travers la lecture de P. Aulagnier (1986), M. Guittonneau et S. Le Poulichet (2011), D. Anzieu (1987).

CLINIQUE DE L'HYPNOSE : REMISE EN MOUVEMENT DES IMAGES DANS LE TRAUMATISME EXTREME.

- Sébastien : traumatisme extrême et hypnose « médicale »

Allongé sur son lit d'hôpital, le corps figé, le visage blanc et livide, je crus apercevoir un cadavre lorsque je rentrai la première fois dans la chambre de Sébastien.

Hospitalisé dans un état grave suite à un traumatisme crânien et un coma prolongé, c'est essentiellement autour de la douleur somatique que se déroula le premier entretien. J'apprendrai alors qu'il a été à de multiples reprises opéré, de la tête et de l'ensemble de la colonne vertébrale, une arthrodèse lui a été posée, cimentant entre elles les vertèbres cassées. Une radiographie, justement, est scotchée contre sa fenêtre permettant à la lueur de jour de dévoiler en transparence le matériel médical installé à l'intérieur de son corps : « *vous voyez ces appareils dans mon dos ? Si je bouge, les vis sectionneront ma moelle épinière et je me retrouverai paralysé à tout jamais* ».

Au fil des séances, j'apprends peu à peu qu'il s'est « *fracassé la tête* » en plongeant du haut d'une falaise lorsqu'il était en vacances au Vietnam avec des amis. Il se rappelle de la scène, immortalisée dans sa mémoire et lorsqu'il la raconte en séance, il la revit à l'identique : les images lui reviennent aussi claires et précises, dans une répétition traumatique qui sidère aussi celui qui écoute son récit.

La nuit, le jour, il revoit cette scène : sa tête a heurté le fond, il se noie, il baigne dans son propre sang. Il est incapable de bouger, la lésion cérébrale l'ayant rendu tétraplégique. Coincé dans ce corps immobile, il n'est plus que le spectateur de son propre drame. Il regarde le nuage de sang se dissoudre dans l'eau et voit au dessus la lumière du jour devenir de plus en plus lointaine. Il fait des cauchemars récurrents, toujours ces mêmes images, il est réveillé chaque fois par une sensation de suffocation et par ses propres hurlements.

Placé dans une Jeep, ses amis tentent de trouver un hôpital où il pourrait bénéficier de soins. Sébastien, encore conscient, se rappelle de leurs regards, de leurs cris, de la terreur qui régnait à bord. De ce voyage qui durera une heure, Sébastien raconte : « *dans leurs yeux, je me vois mort. Ils avaient le regard tyrannisé. Je vivais ma propre mort* ». Arrivé à un poste de soin, il tombe dans le coma. Opéré sur place en urgence puis transféré pendant son coma dans un hôpital parisien, il se réveille plusieurs semaines après.

Encore en fauteuil roulant lorsque je le rencontre, son corps reste figé et il passe la plupart de son temps au lit, sans bouger, les yeux grands ouverts par peur de s'endormir. Il parle peu, lorsqu'il le fait, c'est pour raconter son accident et bien souvent, il s'effondre en larmes juste après. Enfermé dans un récit figé et répétitif, les séances sont difficiles, pour lui comme pour moi.

Mais un jour, il arrive avec le sourire et une demande plutôt surprenante : « *je rêve de faire de l'hypnose* ». Ce qui m'intéresse alors est moins l'hypnose que le fait qu'il en « *rêve* ».

Je lui explique la méthode que j'utilise : nous allons créer ensemble une métaphore, une image, que nous pourrons animer dans une histoire inventée à deux. Il eut tout de suite une idée : *« je vais conduire une voiture, une voiture un peu cassée* ». Il m'invite ainsi à construire avec lui une fabuleuse métaphore du corps à travers cette image : « *il y aura un bruit dans le moteur. Un tuyau explose. Il faudra que je bricole pour trouver le problème. Peut-être une vis trop serrée qu'il faudra desserrer ? De la vapeur s'échappe, le moteur vibre. Quand tout sera réparé, je pourrai rouler de nouveau sans avoir peur de tomber en panne* ».

Nous retrouvons, dans sa métaphore, autant la Jeep qui l'emmena au poste de secours que les vis en son corps qui menacent de percer sa colonne vertébrale. Le bruit du moteur sera associé aux sensations corporelles devenues inconnues, dangereuses, qu'il faut de nouveau identifier et apprivoiser ; sa vibration correspond aux sensations ressenties lors du voyage jusqu'à l'hôpital.

Il va sans dire qu'il adhère totalement aux séances d'hypnose, dans lesquelles il « *s'endort* » (selon son expression) en quelques secondes. Son corps se met alors en mouvement : lorsqu'il bricole, il remue les bras, les mains, lorsqu'il conduit, sa nuque se détend, ses muscles se relâchent. Et il ressort des séances avec le sourire.

Il devient peu à peu un expert du récit métaphorique et invente une histoire à chacun de ses symptômes somatiques sur le principe de la réification[25] : une douleur au poignet devient ainsi un rouage qu'il suffit d'huiler pour dérouiller, le « *ça explose* » d'une douleur de tête devient le cocon trop serré d'un papillon se déchirant, le « *ça étouffe* » d'une respiration bloquée et suffocante devient la vapeur d'une locomotive lancée à pleine vitesse. L'angoisse ressentie au moment de la noyade prend la forme d'une goutte de peinture rouge (sang) se diluant dans l'eau. « *Mais je contrôle sa forme, sa texture et j'ai maintenant de belles couleurs à y ajouter, du bleu, du jaune, ça ressemblerait presque à un beau tableau* ».

Sébastien devient artiste, poète, et se nomme alors lui-même « *grand magicien des images et maître du corps* ». Il trouve ainsi des images visuelles, mais aussi tactiles, kinesthésiques, cénesthésiques, pour parler de nouveau son corps en images.

L'intérêt de cette rencontre est surtout de montrer comment l'hypnose médicale d'aujourd'hui se dégage de la pratique suggestive fréquemment utilisée au début du XXème siècle, pour aller du côté d'images vivantes représentant le corps souffrant, co-construites dans une métaphore. Ne pourrions-nous pas remobiliser les théories psychanalytiques pour comprendre les mécanismes psychiques sous-jacents ?

- « Arrêt sur image » : l'impact de l'image dans les cliniques traumatiques

Avant d'étudier l'enjeu de la métaphore en hypnose médicale, il est important de comprendre l'impact des images dans la clinique du traumatisme. Au début des séances, Sébastien présente un récit de type « *souvenance morte* »[26] (R. Waintrater, 2000) que l'on retrouve chez les victimes d'événements traumatiques majeurs. R. Waintrater propose qu'on assiste alors à un véritable *« « arrêt sur image », d'où tout*

[25] En hypnose, la réification consiste à donner forme, couleur, matérialité aux douleurs, angoisses, sensations, afin de les transformer.

[26] WAINTRATER, R. 2000. « L'addiction au souvenir : défense ultime contre la désobjectalisation », dans S. Le Poulichet (2000), Les addictions, Paris, PUF, p. 178.

mouvement a disparu, ne laissant pour seule trace qu'une série de plans fixes eux aussi »[27]. Dans la même idée, P. Bessoles (2008) suggère que « *la violence fondamentale de la terreur traumatique est nourrie d'images. […] Ces images sont souvent dans la référence des pathologies traumatiques des morceaux d'un tout comme si la victime avait cadré (ou focalisé) sa perception sur un élément de la situation traumatique. […] Face à ces images, le sujet se disloque et se liquéfie* »[28].

Cependant, P. Fédida (2001) rappelle que « *la mobilité psychique requise de l'analyste est cette mise en éveil toujours renouvelée des images et des mots. La résonance tonale des affects et leur métaphorisation contribuent à restituer au patient le langage de ce qu'il éprouve dans son état* »[29]. De son côté, R. Waintrater (2003) constate que celui qui écoute les témoignages de victimes peut se trouver véritablement submergé par le récit du survivant, se caractérisant par « *un sentiment d'accablement [qui] provoque la fixation aux contenus traumatiques, […] « gavage » de faits qui vient obturer chez lui toutes capacités de laisser advenir des images* »[30]. Cette fixation aux contenus traumatiques fait que celui qui écoute devient alors *« incapable de laisser monter en lui des images* »[31], signe de la difficulté du travail associatif et de la destruction de l'espace imaginaire.

C'est en passant par un temps où celui qui écoute le récit traumatique peut se « *décoller* » du récit, qu'il va à nouveau « *retrouver ses images* », récupérant alors sa liberté d'association (2003, p. 231) : « *en retrouvant ses images, [celui qui écoute les témoignages] prolonge le processus de cocréation du récit, où après un temps de relatives indifférenciations, chacune des parties en présence récupère sa propre subjectivité afin de ne pas demeurer sous l'emprise du traumatisme* »[32].

Le paradoxe consiste justement en ce que ce sont « *précisément ces images que le témoin est invité à ouvrir pour les donner à voir au témoignaire qui ne les a pas vues* »[33]. « *Ouvrir les images* », cette expression reprise de P. Fédida (1991)[34] qui envisageait qu'il était nécessaire d'ouvrir les images par la parole et les mots pour s'extraire de leur fascination, paraît fort intéressante dans le cas de Sébastien qui est submergé par les images de son accident.

Ainsi, R. Waintrater (2003) rappelle avec justesse que l'affect ne dispose pas simplement du langage pour s'exprimer et qu'alors le rescapé, pour dire l'indicible, a « *recours à des métaphores, des images qui, ancrées dans la langue et dans le corps, s'imposent à lui au cours de son récit* »[35]. Cette auteure (R. Waintrater, 2003, p. 219) envisage que la prédominance de l'image dans les récits traumatiques correspond à une tentative fondamentale de lier entre eux les affects indicibles et leurs représentations mentales. Elle amène l'idée que, dans ces cliniques, les souvenirs traumatiques s'inscrivent dans la mémoire sous forme d'images sensorielles de tous

---

[27] *Ibid*. p. 179.
[28] BESSOLES, P. 2008. Victimologie, vol. 1, Grenoble, PUG, p. 120.
[29] FEDIDA, P. 2001. Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie, Paris, Odile Jacob, p. 55.
[30] WAINTRATER, R. 2003. Sortir du génocide : témoigner pour réapprendre à vivre, Paris, Payot, p. 228.
[31] *Ibid*. p. 229.
[32] *Ibid*. p. 231.
[33] *Ibid*. p. 216.
[34] FEDIDA, P. 1991. « Désimaginer l'image ou l'œuvre d'art déformée », dans Revue Internationale de Psychopathologie, p. 341-343.
[35] Op. cit., WAINTRATER, R. 2003, p. 220.

ordres (2003, p. 219). Elle remarque alors que certaines images offrent un support au travail de symbolisation et que certaines victimes arrivent, par le travail de l'image, à transmettre leurs expériences presque à la manière de « *véritables poètes* ».

Lorsque l'image au contraire sidère totalement la victime, c'est la « *cocréation de métaphores [qui] participe alors à l'élaboration d'une communauté d'images pour soutenir la tentative du témoin de renouer avec sa communauté affective* »[36]. Le travail en hypnose permettrait-il de « *retrouver les images*» pour les « *ouvrir* », selon l'expression de R. Waintrater ? En quoi et pourquoi la métaphore permet-elle de parler le corps souffrant ?

METAPSYCHOLOGIE DE L'HYPNOSE : IMAGES HYPNOTIQUES ET METAPHORES

- Métaphore identifiante

M. Guittonneau et S. Le Poulichet (2011) ont véritablement permis de mettre à jour la manière dont la métaphore apportée en séance par l'analyste va créer un espace psychique partagé, « *sorte de fil tendu entre son patient et lui, auquel le premier peut, pour un temps, se tenir* »[37].

L'idée essentielle est que ces figures métaphoriques pourraient bien « *articuler de manière particulière le langage et l'image, produisant alors un travail de composition* »[38]. Ce travail de composition consiste à « *rendre possible un double mouvement de déliaison et de liaison par lequel peuvent se défaire des identifications aliénantes et se recomposer de nouvelles figures. L'enjeu concerne alors des devenirs-sujet, multiples et toujours en mouvements, témoignant qu'un sujet ne peut qu'être en devenir »*[39]. Ainsi, ce travail de composition qui vient « *penser-figurer le corps et toucher le corps par la voie du signifiant* »[40] amène à produire de nouvelles « *prises de corps* » conduisant l'analysant à « *nouer une nouvelle relation à son corps* »[41].

Les auteures rappellent que la métaphore « *permet de donner corps à des idées et de traduire visuellement des sensations ou des sentiments* »[42]. Le mot métaphore provient du grec « metaphora » qui signifie « *transport* » et « *renvoie à l'idée de transfert et de déplacement* »[43]. Ainsi, la métaphore aurait la capacité d'introduire « *une distance* » autorisant certains sujets à élaborer un vécu d'effroi : « *c'est en faisant écart, en déformant d'une certaine manière un vécu de détresse infinie, qu'une métaphore le révèle et crée de nouvelles possibilités identificatoires* »[44].

En référence aux travaux antérieurs de S. Le Poulichet (2010), elles envisagent que les métaphores présentées par l'analyste en séance feraient « *surgir des liens inédits, n'ayant jusqu'alors pas été pensés* » : « *et c'est en laissant résonner les paroles de l'analysant avec les figures qui naissent en lui que la parole de l'analyste parvient à*

---

[36] *Ibid*. p. 219-220.
[37] GUITTONNEAU, M., LE POULICHET, S. 2011. « Composition et métaphores identifiantes », dans Recherches en psychanalyse. 2011, Vol. 11, n° 1, p. 81.
[38] *Ibid*. p. 80.
[39] *Ibid*. p. 81.
[40] *Ibid*. p. 81.
[41] *Ibid*. p. 81.
[42] *Ibid*. p. 84.
[43] *Ibid*. p. 83.
[44] *Ibid*. p. 82.

déployer des compositions venant « penser-figurer le corps et toucher le corps par la voie du signifiant » »[45].

L'hypnose pour Sébastien aurait pu ainsi jouer un rôle similaire à la présentation d'une métaphore dans le sens que lui confèrent ces auteures : « *en empruntant la voie des métaphores, le vécu d'effroi de ces patients, resté jusqu'alors en dehors des mots, peut prendre forme. Plus exactement, il peut prendre une forme autre qui permet donc de l'envisager, d'en contempler le reflet sans être saisi par la terreur* »[46].

En effet, dans la métaphore hypnotique co-construite avec Sébastien, *« la part de l'autre [...] s'impose, constitutif d'un miroir paradoxal faisant œuvre d'un écart entre le sujet et sa détresse* »[47], réintroduisant l'écart et le jeu dans la composition de ces figures en images. Alors, nous pourrions envisager, qu'en « *faisant apparaître une figure de soi étrange, qui résonne avec une expérience vécue, sans être pour autant dans le registre du « vrai », qui évoque et esquisse un reflet sans prétendre à l'exactitude »*[48], les métaphores hypnotiques, tout comme les métaphores présentées par l'analyste, permettraient aux patients d'initier un traitement psychique de leurs expériences douloureuses[49].

Mais la métaphore n'engage pas simplement la « *sphère des représentations* », elle implique par ailleurs les affects qu'elle a la capacité de « *faire naître* ». Ainsi, en convoquant les affects dans l'image, les métaphores dans l'hypnose pourraient aussi être « *l'occasion d'une expérience nouvelle par laquelle peuvent se tisser des liens inédits entre affects et représentations* »[50].

- « Figuration parlée » et émergence de signifiants formels

Pour poursuivre notre réflexion, nous ne pouvons manquer d'évoquer P. Aulagnier (1986). Elle avait déjà auparavant (1975) défini ce qu'elle nomme le « *langage fondamental*», ainsi que les « *mots fondamentaux* » et précise en 1986 qu'ils permettent à l'analyste de *« rendre dicible les affects, plus exactement les représentations qu'il leur impute* »[51].

À partir de l'exigence de figurabilité étudiée par S. Freud dans le travail du rêve, elle envisage que la tâche de l'interprète serait de « *trouver des mots qui rendent « figurables » pour le Je des deux partenaires ces représentations de choses, ces compositions picturales qui « peignaient » ces affects que nous appelons « fusion », « rage », « envie », « haine ». [...] Réussir à penser, à formuler, à donner, à entendre des paroles qui ont comme référent des images de choses, paroles dont la visualisation s'accompagnerait de ces impressions d'éblouissement, d'émotion, que nous imputons à des tableaux conservés dans une galerie dont nous avons à jamais perdu la clef* »[52]. P.

[45] *Ibid*. p. 81.
[46] *Ibid*. p. 82.
[47] *Ibid*. p. 82.
[48] *Ibid*. p. 82-83.
[49] *Ibid*. p. 83.
[50] *Ibid*. p. 84.
[51] AULAGNIER, P. 1986. « Du langage pictural au langage de l'interprète », dans Un interprète en quête de sens, Paris, Payot, p. 330.
[52] *Ibid*. p. 338.

Aulagnier (1986) attire alors notre attention sur ces « *signes blancs* » dans la cure qui seraient « *l'immobilité soudaine du corps, dont pourtant on perçoit la tension, le silence dont on ressent l'épaisseur, le regard qui visiblement ne voit plus ni l'analyste ni l'espace qui l'entoure, regard qui paraît « retourné » vers l'intérieur où il fixe une scène qui le sidère* »[53].

Dans cet instant d'immobilité qui « *arrête le sujet au bord du gouffre* »[54], l'interprète peut agir par la parole, notamment à travers des « *actes de parole* », qui engendrent des figurations scéniques qui « *parlent* » par exemple « *l'horreur du corps déchiqueté », « la fusion d'un corps se diluant dans un autre corps* » (1986, p. 344). Elle précise que ces « *actes de parole* » ne sont pas des interprétations au sens propre mais qu'ils produisent une « *figuration parlée* » (1986, p. 344). Ils sont un support, un point d'ancrage, un « *pensé figuré* »[55] et amènent ainsi un « *tableau qui « redétourne » [le] regard [du sujet] vers l'extérieur, qui lui permette de retrouver un « vu » apte à tirer à lui une partie de l'affect qui accompagnait la représentation « en soi » (le non-dicible)* » (1986, p. 348). Ils auraient deux fonctions : d'une part proposer un énoncé partageable, pensable et d'autre part, rendre figurable un « *vu* » afin de s'en séparer (1986, p. 350-351). Cet apport figuratif permettra au Sujet de ne pas se laisser envahir par l'effroi et continuer avec lui d'investir une activité de pensée.

P. Aulagnier (1986) insiste sur la dimension de « *mouvement* » de ce type de figuration qu'amènent les actes de paroles : *« rencontre « en train de se réaliser », de s'actualiser au moment même où elle se présente, se dessine sur la toile, comme le prouve l'affect tout aussi « actuel », « vivant », « présent » qui l'accompagne. Il nous faudra dès lors tenter de doter de cette même propriété ce « langage figuratif » […]* »[56]. Ces actes de paroles permettent alors de déplacer « *à l'extérieur ce que le regard contemplait sidéré à l'intérieur de lui-même* », puisque avant eux, le regard voyait « *le sans forme de soi-même* », et après eux, ils offrent au regardant la possibilité de se « *rassembler* » (1986, p. 351).

Dans le travail avec Sébastien, il serait possible d'envisager que la métaphore en hypnose aurait permis de donner forme à des sensations archaïques, telles que le « *ça étouffe* » ou « *ça explose* » qu'il évoque dans des douleurs le submergeant. L'idée que l'hypnose médicale serait « *ce langage en trois dimensions que l'on appelle mouvement corporel* »[57] et qu'elle susciterait « *des ressentis sensoriels* »[58] pourrait renvoyer, dans cette clinique extrême, à la mise en images de signifiants formels et de proto-représentations (D. Anzieu, 1987) qui décrivent des configurations du corps en proie à une transformation dans un espace bidimensionnel s'imposant comme un vécu hallucinatoire[59].

Il s'agirait d'un mode de symbolisation primaire, s'inscrivant selon D. Anzieu dans « *la catégorie générale des représentants de choses, plus particulièrement des*

[53] *Ibid*. p. 343.
[54] *Ibid*. p. 344.
[55] *Ibid*. p. 350.
[56] *Ibid.* p. 351.
[57] *Op. cit.*, BIOY, A. (2015), p. 15.
[58] *Ibid*.
[59] ANZIEU, D. 1987. Les signifiants formels et le moi-peau, dans Les enveloppes psychiques, Paris, Dunod, p. 29-32.

représentations des contenants psychiques (espaces) et des états des corps en général »[60]. Les signifiants formels s'apparentent aux pictogrammes de P. Aulagnier, constituant ainsi une première étape de leur symbolisation[61]. Contrairement aux scénarios fantasmatiques, le signifiant formel est constitué d'images tactiles, proprioceptives, cénesthésiques, kinesthésiques, posturales et d'équilibration. D. Anzieu en décrit six catégories, allant d'une altération de l'enveloppe psychique jusqu'à une ébauche de passages du signifiant formel au scénario fantasmatique[62].

L'hypnose, pour Sébastien, a véritablement permis de représenter en images et métaphores des sensations corporelles extrêmes. Il est possible de postuler qu'ainsi les expériences sensorielles convoquées se sont transformées en « *figurations scéniques* » (P. Aulagnier, 1986) : des éléments matriciels de l'activité de symbolisation, qui relèvent non seulement du registre des pictogrammes, mais aussi des signifiants formels (définit par D. Anzieu, 1987), sous la forme de traces pré-figuratives.

CONCLUSION

Il y aurait encore beaucoup à dire sur cette pratique moderne de l'hypnose en médecine. Cet article voulait explorer de nouvelles pistes de réflexion en plaçant l'hypnose du côté d'une symbolisation d'éprouvés corporels archaïques et extrêmes. Puisque les praticiens en hypnose insistent sur la place centrale de la métaphore, il semblait pertinent de retourner à des auteurs ayant conceptualisé avec finesse son rôle dans le fonctionnement psychique. Nous voyons ainsi de quelle manière la métapsychologie permet d'entendre et de comprendre les processus archaïques remobilisés dans une séance d'hypnose.

L'hypnose médicale aujourd'hui fascine de nouveau les chercheurs qui s'efforcent de montrer dans une approche neuro-anatomique son efficacité sur le cerveau. Mais pour comprendre le plus finement possible les processus psychiques sous-jacents remis en mouvement dans la clinique, ne faudrait-il pas sortir de cette fascination des images pour inscrire une nouvelle lecture ?

> *«L'image n'est pas un objet mais un processus. On ne sait pas la puissance de telles images, si simples soient-elles du point de vue de l'objet. […] Ce qui compte dans l'image, ce n'est pas le pauvre contenu, mais la folle énergie »*[63].

BIBLIOGRAPHIE

ANAES. Mars 2000. « Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans », dans Service recommandations et références professionnelle.

[60] *Ibid*., p. 19-20.
[61] *Ibid.* p. 31.
[62] *Ibid*. p. 34.
[63] DELEUZE, G. 1992. « L'épuisé », dans Quad et autres pièces pour la télévision par Samuel Beckett, Paris, Editions de Minuit, p. 72-76.

[en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf

ANZIEU, D. 1987. « Les signifiants formels et le moi-peau » dans Les enveloppes psychiques, Paris, Dunod, 2013, 19-41.

AULAGNIER, P. 1986. « Du langage pictural au langage de l'interprète », dans Un interprète en quête de sens, Paris, Payot, 329-358.

BESSOLES, P. 2008. Victimologie, vol. 1, Grenoble, PUG.

BIOY, A. 2008. « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », dans Perspectives, Vol. 47, 171-184.

BIOY, A., KELLER, P.H. 2009. Hypnose clinique et principe d'analogie. Bruxelles, DeBoeck.

BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I. 2010. L'aide-mémoire d'hypnose, Paris, Dunod.

BIOY, A. 2011. « L'analogie comme vecteur de l'hypnose, une illustration », dans Psychothérapies, Vol. 31, 175-182.

BIOY, A. 2015. « Le travail métaphorique en hypnothérapie dans un cadre de thérapie familiale : éléments cliniques », dans Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 55, 11-23.

BORCH-JACOBSEN, M. 2015. « Sigmund Freud, hypnotiseur », dans S. Freud, L'hypnose - Textes 1886-1893, Paris, Editions de l'Iconoclaste, 1-180.

DELEUZE, G. 1992. « L'épuisé », dans S. Beckett, G. Deleuze, Quad et autres pièces pour la télévision par Samuel Beckett, Paris, Éditions de Minuit.

FAYMONVILLE, M., BOLY, M., LAUREYS, S. 2006. "Functional neuroanatomy of the hypnotic state", dans Journal of physiology, 99, 463-469.

FEDIDA, P. 1991. « Désimaginer l'image ou l'œuvre d'art déformée », dans Revue Internationale de Psychopathologie, n°4, 341-343.

FEDIDA, P. 2001. Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie, Paris, Odile Jacob.

FREUD, S. 1891. "Hypnose", dans L'hypnose - Textes 1886-1893, Paris, Editions de l'Iconoclaste, 2015, 287-302.

FREUD, S. 1895. « Histoires de malades. Mme Emmy von N…, 40 ans. Livonienne », dans : J. Breuer et S. Freud, Études sur l'hystérie, Paris, PUF, 1990, 14-145.

FREUD, S. 1905. « De la psychothérapie », dans La technique psychanalytique, Paris, PUF, 2007, 27-38.

FREUD, S. 1910. « Deuxième leçon », dans Cinq leçons sur la psychanalyse, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2001, 27-38.

FREUD, S. 1919. « Les voies de la thérapie psychanalytique », dans La technique psychanalytique, Paris, PUF, 2007, 159-168.

FREUD, S. 1924. « Petit abrégé de psychanalyse », dans Résultats, Idées, Problèmes, tome II, Paris, PUF, 2002, 97-117.

GUITTONNEAU, M. et LE POULICHET, S. 2011. « Composition et métaphores identifiantes », dans Recherches en psychanalyse, vol. 11, n° 1, 78-87.

KELLER, P-H. 2007. « Contrepoint : un hypnotiseur chez Freud », dans Revue française de psychanalyse, Vol. 71, 763-782.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. 3 mars 2006. « Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 » [en ligne]
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

POLGAR, F. J. 1951. The story of a hypnotist, New York, Hermitage House.

POUPART, F., PIRLOT, G. 2014. « L'influence hypnotique : une modalité incorporelle de la génitalité féminine ? », dans Cliniques méditerranéennes, n° 89, 243-256.

ROUSTANG, F. 2003. Il suffit d'un geste, Paris, Odile Jacob.

WAINTRATER, R. 2000. « L'addiction au souvenir, défense ultime contre la désobjectalisation », dans LE POULICHET S. (dir) Les addictions, Paris, PUF, 175-186.

WAINTRATER, R. 2003. Sortir du génocide : témoigner pour réapprendre à vivre. Paris, Payot.

RESUME

Appuyé sur la clinique du traumatisme extrême, cet article dévoile les enjeux de la métaphore dans la symbolisation du corps souffrant. A partir de séances d'hypnose dite « médicale », cette approche redonne à la psychanalyse et à la métapsychologie une place de choix pour comprendre les processus psychiques sous-jacents. L'hypnose ne serait-elle finalement qu'un outil parmi d'autres permettant de remettre en mouvement le travail de représentation d'éprouvés corporels extrêmes ?

Mots clés : hypnose médicale, traumatisme extrême, images, métaphores, symbolisation

ABSTRACT

Based on the clinical management of extreme trauma, this article reveals the scope of the use of the metaphor in the symbolisation of the suffering body. Relying on medical hypnosis methods, this perspective brings back psychanalysis and metapsychology as key tools to understand the underlying psychic processes in trauma and representation. Hypnosis could therefore be a helpfull method to launch a representation and working-through process for patients having suffered severe physical trauma.

Key Words: medical hypnosis, extreme trauma, images, metaphors, symbolization.

Annexe 3 – Article paru in **:**

Damiani C. (2016). La guidance auprès des conjoints et des parents de victimes de violences sexuelles. In Coutanceau R., Damiani C. & Lacambre M. (dir.). *Victimes et auteurs de violences sexuelles*. Dunod, Paris, Chapitre 9, 115-124.

Les violences sexuelles ont des répercussions non seulement sur la victime elle-même mais également sur ses proches et notamment sur les conjoints et sur les parents lorsqu'il s'agit de victimes mineures. Nous n'aborderons que les victimes de violences sexuelles subies hors du champ familial, c'est-à-dire des agressions sexuelles et des viols commis par des personnes inconnues. Effectivement, les victimes d'un événement fortuit, commis par une personne inconnue, ne manifestent pas leur souffrance psychique de la même façon que les victimes de violences intra-familiales et bien entendu, les répercussions familiales sont totalement différentes. Le destin du traumatisme psychique chez l'enfant est étroitement lié à la qualité des relations familiales et notamment aux réactions parentales. Plus l'enfant est jeune, et plus il est contaminé par l'attitude de ces parents. Pour cette raison, il nous semble évident que toute thérapie de l'enfant victime de violences sexuelles doit s'accompagner de la guidance de ses parents. Dans cet article, nous définirons la guidance, puis nous aborderons la guidance auprès des conjoints, ensuite celle auprès des parents de victimes de violences sexuelles lorsqu'il s'agit de mineurs, et enfin l'accompagnement durant la procédure judiciaire.

Qu'est-ce que la guidance auprès de proches de victimes ?

La guidance est une pratique psychologique particulièrement précieuse qui n'est pas de la psychothérapie, ni du conseil, ni de la simple orientation. Les demandes de conseil de la part des proches sont inévitables mais il importe de ne pas y répondre directement, de façon à ne pas placer le parent ou le conjoint en position de sollicitation infantile par rapport à « l'expert » ; Cette position de dépendance est révélatrice, pour le proche, d'une résistance à l'élaboration de ses propres conflits intrapsychiques. Elle peut engendrer une relation de pouvoir nuisible, une angoisse chez le proche de ne pas « réussir » à suivre les conseils prodigués et donc un renforcement défensif teinté d'ambivalence voire d'agressivité « *je vous l'avais bien dit que cela ne marcherait pas… »*. Réactions de prestance et conduites de restauration narcissique peuvent alors envahir l'espace au détriment d'un véritable travail réflexif. Il est donc préférable d'induire un questionnement du sujet sur ce qu'il vit de la situation, sur ce que celle-ci révèle de son positionnement. La guidance vise à une meilleure compréhension de ses mouvements psychiques et à aider le proche à

trouver ses propres réponses. Par exemple, il ne s'agit pas de dire au parent qui accueille chaque nuit dans le lit conjugal l'enfant qui a subi un viol « *vous ne devez pas accepter que votre enfant dorme dans votre lit* », mais de l'écouter lorsqu'il évoque son inquiétude, de l'aider à comprendre ce qu'il projette sur l'enfant et à puiser dans ses propres ressources pour qu'il puisse l'accompagner dans son évolution. C'est de cette façon que l'enfant pourra retrouver une autonomie psychique. Après un certain temps, lorsqu'une relation de confiance est établie, le questionnement peut aboutir à une véritable réflexion mais s'il reste un « blocage » sur un point précis, alors des recommandations, toujours sous forme de propositions, peuvent faciliter la progression.

En revanche, le thérapeute peut informer les proches sur les différentes épreuves que la victime va devoir traverser au cours de la procédure judiciaire : reconnaissance de l'auteur des faits, reconstitution, confrontation, expertises, ou procès notamment. Des explications détaillées aux victimes et à leurs proches pourront leur permettre de se placer en position d'alliés, de « collaborateurs », plutôt que de les maintenir dans la dépendance et l'ignorance. Par exemple, il est préférable que la décision d'assister ou non au procès vienne en toute connaissance de cause de la victime et de ses proches plutôt que du psychothérapeute ou de son avocat.

Ainsi, une écoute régulière du conjoint ou du parent permet de mieux tolérer le bouleversement émotionnel et les mouvements affectifs induits par l'événement traumatique subi par le proche, d'alléger des tensions, d'identifier et de comprendre les fondements de son agressivité et de sa culpabilité et, de fait, les infléchir, d'aborder l'ambivalence, de résoudre des incompréhensions, et enfin de prévenir d'éventuels conflits. Dans les cas les plus favorables, la guidance auprès d'un conjoint (généralement quelques entretiens) ou d'un parent (généralement le temps de la procédure judiciaire ou son équivalent) les conduit à un véritable questionnement et à une prise de conscience de leurs propres conflits psychiques. Parfois, ces proches se décentrent ensuite des problèmes liés à leur conjoint ou leur enfant et s'engagent dans un authentique travail psychothérapeutique (dans un autre lieu).

Bien entendu, ce ne sera jamais le même thérapeute qui effectuera la guidance du conjoint et la thérapie de la victime. Occasionnellement, il peut y avoir des rencontres parents-enfants par le thérapeute qui effectue la guidance notamment lorsqu'il s'agira de préparer la famille à des moments clés de la procédure pénale.

La guidance auprès des conjoints de victimes de violences sexuelles

Les conjoints de femmes victimes de violences sexuelles qui consultent l'association sont bouleversés par ce qui est arrivé à leur partenaire. Ils ne comprennent pas toujours leurs réactions, ils se sentent démunis face à leur souffrance. Le viol engendre bien souvent une atteinte de l'image de soi de la victime qu'elle exprime par de la honte et parfois par des conduites de maltraitance envers son corps : négligence,

auto agression, conduites alimentaires désordonnées de façon à ce qu'il ne soit plus désirable. Les troubles affectifs et les troubles de la sexualité sont fréquents chez ces victimes: perte de plaisir, sentiment d'incapacité de donner ou accepter du plaisir, manifestations anxieuses, culpabilité. Après un tel événement destructeur, les victimes peuvent présenter soit une inhibition massive de la sexualité, soit une hyperactivité sexuelle rassurante. Il y a une telle dépense d'énergie psychique visant à protéger le moi des excitations, qu'il y a en contrepartie un appauvrissement du reste de l'activité psychique et plus particulièrement de la vie amoureuse ou intellectuelle. L'agression sexuelle a donc quasi systématiquement des répercussions sur la vie amoureuse du couple. Conflits, incompréhension mutuelle, difficultés de communication, rejet, ruptures provisoires ou définitives ne sont pas rares. Enfin, honte et culpabilité peuvent amener la victime de viol à taire ce qui s'est passé malgré le questionnement du conjoint, ce que certains comprennent mal et interprètent à défaut de connaître. Les conjoints sont parfois conscients de leur maladresse lorsque la victime évoque son sentiment de culpabilité. Ils oscillent entre discours culpabilisant ou disculpant qui exaspère voire blesse la victime qui finit par s'enfermer dans le silence et le rejet, vivant celui-ci comme un abandon.

Les conséquences du viol chez la femme qui le subit, dépendent de l'image de soi et aussi en partie de sa relation vécue au père. Si cette relation a été de bonne qualité, l'image positive de la masculinité et celle de l'agresseur ne seront pas forcément assimilées. Dans le cas contraire, il peut y avoir confirmation d'une image négative. Par instants, conjoint et agresseur sont parfois même confondus en une seule image. Dans cet exemple déjà présenté (Damiani, 1997), une jeune femme victime de viol dit qu'elle ne peut avoir de relations sexuelles avec son mari qu'en pleine lumière pour s'assurer à tout moment qu'il s'agit bien de lui. Il lui arrive tout à coup de hurler et de le repousser violemment lorsque le visage de l'agresseur vient à se superposer à celui de son mari. Certains conjoints, impuissants à protéger leur partenaire, se sentent eux-mêmes atteints dans leur masculinité, et vivent le viol comme un adultère « *tu as joui* ? », ne cesse de demander un mari inquiet. Tous ne vivent pas le viol de cette façon et peuvent se montrer présents et soutenants. Beaucoup se posent la question : doivent-ils solliciter leur conjointe sur le plan sexuel ou attendre un signe de désir de leur part ? Qu'en est-il de leur désir (le leur et le sien) ?

Il importe donc d'aider ces conjoints à mieux comprendre leurs mouvements psychiques d'impuissance, de culpabilité, de rejet ou de compassion et parfois aussi de haine envers la victime et/ou l'auteur des faits. La problématique du désir est très souvent au cœur de leur questionnement. En général quelques entretiens suffisent, mais parfois, une demande véritable peut naître de ce questionnement et déboucher sur une psychothérapie voire (même si c'est très rare) une analyse.

La guidance auprès des parents des victimes mineures

La rencontre avec les parents est un préalable à la thérapie de l'enfant. Peu savent ce qu'est une psychothérapie. A l'association, le psychologue reçoit d'abord l'enfant en

présence de ses parents, d'une part pour que chacun ait la même information et d'autre part, pour avoir une représentation de la dynamique familiale. Ensuite, il reçoit chacun pour déterminer les besoins individuels et les répartir ensuite auprès des différents thérapeutes. Il est évident que lorsque l'enfant est jeune, c'est le parent qui prend la décision d'entreprendre un soutien psychologique. Le pré-adolescent et l'adolescent sont parfois eux-mêmes à l'origine de la demande mais c'est plutôt rare. Il est extrêmement difficile de mener une psychothérapie avec un adolescent qui n'en n'a pas envie. Nous avons très souvent constaté que les adolescents victimes de violences sexuelles étaient très réticents à aborder leur intimité et qu'il était préférable d'abord de nouer une relation de confiance et d'envisager la psychothérapie plus tard lorsqu'ils sont suffisamment solides pour le supporter. Les parents ont parfois du mal à l'admettre.

Les manifestions psychiques immédiates des enfants suite à un viol sont diverses, de même que les réactions de leurs parents. Certains parents ont des réactions très affectueuses et contenantes, d'autres ont des paroles accusatrices et culpabilisantes. Les enfants ressentent douloureusement l'angoisse manifestée par leurs parents et peuvent alors masquer leur souffrance pour les protéger. Quel que soit l'âge de l'enfant, les parents veulent savoir la « vérité » sur ce qu'il a vécu. Plus l'enfant grandit, moins il a envie que les parents connaissent les détails de ce qu'il a subi. Il est important que le parent accepte ces réactions de pudeur de leur enfant.

A plus long terme, l'enfant victime de violences sexuelles peut présenter un syndrome psychotraumatique avec son cortège de troubles psychosomatiques, développementaux et cognitifs. L'enfant est aussi atteint dans ses croyances fondamentales, concernant notamment la morale et la socialisation, ce qui modifie son rapport à lui-même et aux autres. Le viol peut aussi conduire un pré-adolescent vers une prise de conscience brutale de la sexualité et de la violence puis à une mise en acte. De « *gentil et affectueux* », l'enfant ou l'adolescent devient, selon ses parents, « *caractériel* », « *rejetant et opposant* ». Ces réactions ne sont pas toujours bien comprises par les adultes qui exercent, dans certaines situations, une véritable répression à l'égard de leur enfant et de par là même, peuvent empêcher un travail d'élaboration psychique en favorisant un conflit externe plutôt qu'intrapsychique.

Lionel Bailly a déjà montré qu'il existe des différences en fonction de l'âge de l'enfant au moment de la survenue de l'agression sexuelle (Damiani & Bailly, 2001), notamment entre l'enfant qui n'a pas encore les outils physiques et psychiques pour comprendre la mort et la sexualité (avant 5-6 ans) et l'enfant plus âgé. Plus l'enfant est jeune, plus il est contaminé par les réactions de ses parents, il est très dépendant de la façon dont ceux-ci vont pouvoir ou non le soutenir et le contenir, d'où l'importance de leur proposer une guidance. L'enfant ira d'autant mieux que ses parents seront eux-mêmes soutenus et qu'ils comprendront mieux ce qu'ils ressentent face aux changements observés chez leur enfant. Echanger sur leur culpabilité et leur sentiment d'impuissance, les aider à puiser dans leurs ressources

internes pour mieux gérer cette situation de crise est une façon de les restaurer narcissiquement.

Les parents ne sont pas toujours les meilleurs indicateurs de la souffrance de l'enfant qui peut la masquer pour les protéger. Lorsque les viols sont d'origine extra familiale, les enfants d'âge scolaire présentent moins souvent des troubles de l'apprentissage scolaire car ils surinvestissent celui-ci pour échapper aux reviviscences traumatiques. Ils peuvent aussi dénier leur peur, ce qui peut faire illusion et suffire, pour les parents à dire que « *tout va bien* ». Or, le viol commis par un adulte peut amener l'enfant à perdre sa confiance dans les adultes en général et dans ses parents en particulier d'autant plus si celui-ci n'entend pas sa souffrance. Dans certains cas, l'enfant peut alors se mettre en danger en répétant en acte la violence qu'il a subie et en s'exposant à des situations dangereuses.

À partir de l'adolescence, les parents sont moins à même de faire écran entre l'adolescent et l'événement traumatique (Bailly & Damiani, 2001). Celui-ci sera très attentif aux réactions des parents et en particulier à ce que celles-ci pourraient fantasmatiquement justifier de leur destitution, ce que ceux-ci vivent très mal et les renvoie à une impuissance insupportable. L'adolescent est autant sensible à l'horreur de la scène traumatique qu'à son caractère transgressif et ce qu'elle implique de violence. Les parents, impuissants à protéger leur enfant du viol, sont remis en cause comme le sont les lois et les valeurs du groupe social. Suite à l'agression de l'adolescent, les parents ont parfois tendance à le sur protéger car ils l'estiment incapable de se protéger lui-même. L'adolescent va chercher à échapper au contrôle de ses parents et parfois aussi manifester son opposition au groupe social tout entier, à en éprouver les limites, et à transgresser les lois. Les entretiens avec les adolescents sont contaminés par les récriminations contre les parents et il est difficile, dans les entretiens de guidance de sortir les parents de leurs positions accusatrices, et de les centrer sur leur propre vécu d'impuissance, de colère et d'angoisse.

Les enquêteurs et les magistrats ont noté l'augmentation de plaintes pour viol d'adolescentes dans un contexte de consommation d'alcool ou de drogues diverses. Ils sont souvent perplexes face à ces situations où auteurs présumés et plaignantes étaient très alcoolisés et n'ont que peu voire pas de souvenirs du tout. Ce sont rarement les jeunes filles qui déposent plainte mais plutôt leurs parents et notamment leurs pères, persuadés que si leur fille n'avait pas bu autant, elle n'aurait jamais « *cédé à un type pareil* », qu'il en a « *profité* ». D'une part, il est malaisé pour les thérapeutes d'engager un travail thérapeutique avec ces jeunes filles qui n'ont aucune demande, qui n'ont pas de souvenirs de la scène, qui la minimisent et ne présentent pas de symptômes traumatiques. D'autre part, il est très difficile pour les enquêteurs de se prononcer sur la contrainte ou le consentement des différents protagonistes et les procédures sont souvent classées ou font l'objet d'un non-lieu. Une proposition d'écoute de l'adolescent et de ses parents est malgré tout essentielle pour apaiser les

tensions qui ne manquent pas de naître à la fois de la situation « d'agression » et de la réponse judiciaire si insatisfaisante pour eux.

Guidance et parcours judiciaire

Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, le devenir d'une victime de violences sexuelles est déterminé non seulement par l'élaboration de ce qu'elle a subi et par la qualité de ses objets internes, mais aussi par la qualité de l'entourage et par le chemin judiciaire parcouru. La guidance durant la procédure judiciaire peut se réaliser de façon active auprès de la victime et auprès de ses proches. Lorsque le psychologue n'est pas dans une position thérapeutique avec l'un ou l'autre, il peut être physiquement présent aux audiences.

La victime et ses proches, lorsqu'ils sont impliqués dans le processus judiciaire, sont très soucieux de son déroulé. L'avantage des associations d'aide aux victimes est de proposer une prise en charge globale à la fois par des psychologues et par des juristes. Les juristes apportent une information sur les droits, tout au long de la procédure. Si la victime est bien informée des rôles et des missions de chacun des acteurs judiciaires, elle supportera d'autant mieux les auditions, mais aussi les expertises, les confrontations et les audiences de jugement. Cependant, même préparée, la confrontation avec le ou les auteurs des faits est toujours un moment qui suscite des émotions violentes. En accord avec l'avocat, et si cela ne lui est pas préjudiciable, les psychologues qui suivent la victime peuvent rédiger une attestation pour informer le magistrat instructeur qu'elle n'est pas en mesure de le supporter. Les psychologues peuvent aussi expliquer les termes de l'expertise psychologique à la victime et à ses parents qui auront alors des éléments de compréhension plus solides pour solliciter ou non une contre-expertise, en accord avec leur conseil.

Les parents souhaitent parfois avoir un avis sur les stratégies de l'avocat. Par exemple, lorsque celui-ci évoque la « correctionnalisation » d'un viol. Il importe que la victime et ses parents en comprennent les enjeux : l'infraction qualifiée de viol et donc de crime est passible de peines lourdes et jugée en cour d'assises par des jurés tirés au sort; l'infraction qualifiée d'agression sexuelle (le mot de « viol » ne sera pas prononcé) sera jugée en correctionnelle par des magistrats professionnels dont le jugement est moins « aléatoire » qu'un jury populaire. Les peines encourues par l'auteur sont moins lourdes qu'en assises. Les juristes et les psychologues s'appliquent à apporter des informations claires, à travailler sur les enjeux et les « risques » liés à chacune de ces procédures, de façon à ce que la victime et ses proches puissent faire un choix éclairé.

Le procès représente le moment crucial et ultime du parcours judiciaire. Les juristes apportent des informations sur le déroulé de l'audience, ses conditions matérielles, et la forme des débats notamment. Les psychologues initient une réflexion sur les attentes et les enjeux du procès. Celui-ci réactive bien souvent angoisse, colère et culpabilité chez les victimes et leurs proches. Les psychologues peuvent préparer le

procès soit individuellement, soit en groupe. La forme du groupe de paroles sera déterminée par le nombre des parties civiles, par la qualification des faits et par la qualité des relations entre les personnes. Nous avons déjà animé des groupes de parties civiles, des groupes d'enfants (victimes d'un même accusé), des groupes de parents, des groupes « familiaux » par exemple.

La visite de la salle d'audience est un préalable. Il permet à chacun de se repérer dans l'espace et de mieux se préparer aux débats. Les douze victimes de viols commis par un médecin ont été très surprises en visitant la salle d'assises. Elles ont vu qu'elles seraient à 1 m 20 de l'accusé lorsqu'elles allaient déposer à la barre, ce qui a été un véritable choc pour elles.

Pour les enfants, la présence au procès doit rester un véritable choix et se discute avec les parents et l'avocat. A partir de quel âge un enfant peut-il assister au procès ? Nous n'avons pas de réponse péremptoire et univoque. Nous avons déjà rencontré des enfants de douze ans qui souhaitaient et qui étaient capables d'y assister (mais pas nécessairement à l'intégralité des débats) et d'autres de seize ans pour qui ce n'était pas possible. Si les parents ou l'enfant font le choix d'y assister, ils doivent y être obligatoirement préparés avec des explications, une visite préalable de la salle d'assises, et un travail sur leurs représentations et leurs attentes. L'enfant assiste alors à tout ou partie du procès. S'il n'est pas présent durant les débats, il peut tout de même assister à l'énonciation du verdict (la décision peut être prise à la fin des débats, si ceux-ci se sont plutôt « bien déroulés » au regard des parties civiles). La plupart des enfants victimes de plus de 14 ans que j'ai rencontrés, ont souhaité assister à la quasi intégralité de l'audience de jugement. Ils paraissent presque mieux affronter les débats que leurs parents qui les accompagnent, immensément culpabilisés et angoissés, maîtrisant difficilement leurs émotions. Les parents ont besoin d'être soutenus et trop souvent, ce sont les enfants eux-mêmes qui sont protecteurs et rassurants envers eux. Le procès engendre des émotions très violentes et il est utile de leur proposer un espace de paroles à la fin de chaque audience pour les verbaliser. Les échanges sont toujours très riches et habituellement, désamorcent les tensions.

Il n'est pas rare que des jeunes filles ne souhaitent pas que leur père assiste aux débats car leur intimité sera dévoilée, abordée dans toute sa « crudité ». Des victimes adultes d'ailleurs refusent que leurs proches, quels qu'ils soient, assistent à l'audience, pour la même raison ou parce qu'ils subodorent quelque relent de voyeurisme qui les mettent mal à l'aise. Les proches peuvent être alors partagés entre leur désir d'aider la victime et le respect de sa demande. Si un professionnel est présent au cours de l'audience auprès de la victime, il leur est plus facile de renoncer à cette position de proximité à l'audience, et de manifester leur soutien après, dans l'intimité.

Pour conclure…

La guidance auprès des proches est un élément important de la prise en charge globale d'une victime de violences sexuelles. Quelques entretiens généralement suffisent pour les conjoints d'une victime de viol. En revanche, la guidance auprès des parents d'un enfant victime s'inscrit dans la durée, elle conditionnera d'une manière importante le devenir de la psychothérapie. Le rythme (généralement une fois par mois environ) et la forme (avec l'un des parents ou avec les 2) est à déterminer dès la première rencontre. La guidance auprès des parents n'est pas une thérapie de soutien, c'est un espace de paroles où ils peuvent être entendus sans jugement, ce qui peut les aider à alléger leur culpabilité envers leur enfant victime, à mieux comprendre et donc à tolérer les mouvements affectifs de chacun et à apaiser les tensions qui ne manquent pas d'émerger suite à cette situation de crise. En les aidant à puiser dans leurs propres ressources plutôt qu'en leur apportant des conseils « d'expert », la guidance contribue à leur restauration narcissique.

BIBLIOGRAPHIE

Damiani C. & Bailly L. (2001). L'enfant victime de violences, de la clinique à la réparation. *Pratiques psychologiques*, 2001, 1, 13-29.
Damiani C. (1997). *Les victimes*. Paris, Bayard Editions.