

**François Lebigot** : Psychiatre, Professeur agrégé du Val de Grâce.

Texte paru in Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2006, Tome 6 N°2, pp. 71-77

**Résumé** : Le transfert est le moteur d'une psychothérapie psychodynamique, comme il est le moteur d'une psychanalyse. Dans les deux cas, il s'instaure automatiquement, indépendamment de la volonté du patient comme du thérapeute. Ce qui crée des devoirs à l'un comme à l'autre. Dans le cas d'une névrose traumatique, il doit être maintenu dans son versant positif au moins tant que persiste une symptomatologie créée par l'effraction traumatique. Le transfert, "l'amour de transfert" comme le précise Freud, se construit sur un désir de savoir (Lacan), savoir qui est supposé au thérapeute, mais qui est à la fois détenu et à construire par le patient. Au cours des séances de psychothérapie, sans bien s'en rendre compte, le sujet pointe la place qu'occupe l'image traumatique, comme objet de complétude, c'est-à-dire objet d'anxiété et de jouissance illicite. Il lui reste à restaurer ce vide originnaire, à retrouver le chemin de la castration et du désir. Trois vignettes cliniques illustreront ce parcours, qui a été celui du petit enfant entrant dans le langage par sa confrontation à l'Autre, confrontation qui se renouvelle ici avec le transfert.

**Abstract: The course of trauma in transfer.** The transfer is the engine of a psychodynamic psychotherapy, as the engine of a psychoanalysis. In both cases, it is established automatically, independently of the patient's will as the therapist. Creating duties to one as to the other. In the case of a traumatic neurosis, it must be maintained in its positive side at least as a symptomatology persists created by the break-traumatic. Transfer, "transference love" as Freud says, is built on a desire to know (Lacan), who is supposed to the therapist, but is both owned and built by the patient. During psychotherapy sessions without properly realizing the tip about the place of the traumatic image, as an object of completeness, that is to say subject to anxiety and illicit enjoyment. It remains to restore the originally empty, to regain the path of castration and desire. Three clinical vignettes illustrate this course, which was that of a little child entering the language by its confrontation with the Other, which is renewed confrontation with the transfer here.

**Mots clés** : psychotrauma, psychothérapie, psychanalyse, transfert.

**Key words**: psychotrauma , psychotherapy, psychoanalysis, transfer.

## Le transfert en psychanalyse et dans les psychothérapies

Le concept de transfert appartient au vocabulaire de la psychanalyse pour rendre compte de ce qui en permet le déroulement. Avec quelques nuances il nous permettra de décrire le moteur des psychothérapies psychodynamiques, spécialement dans le cas où le patient souffre d'un traumatisme psychique. Dès maintenant nous allons poser le cadre dans lequel doit être pensé le transfert, mais nous nous en expliquerons plus loin. Pour cela nous reproduirons ici la première phrase d'un dictionnaire de la psychanalyse à l'entrée «Transfert» ( 1 ) : le transfert est un « lien affectif intense et automatique commandé par la présence dans le psychisme du sujet de l'objet a » Ce qui veut dire deux choses que nous pouvons relever dès maintenant. D'une part l'automaticité du transfert confère au thérapeute une grande responsabilité par rapport au processus thérapeutique, toutes les dérives sont possibles, du moins un certain temps. D'autre part le patient a déjà en lui « quelque chose qui le pousse au transfert » et là va commencer sa responsabilité dans le traitement : veut-il ou non savoir quelque chose de ce « quelque chose » ? Car, nous le verrons le transfert est la question d'un savoir. Un point important doit être souligné d'emblée concernant le transfert dans le travail psychothérapique. Le thérapeute ne se laisse pas guider par son propre transfert. A l'inverse de ce qui se passe dans d'autres situations transférentielles qui caractérisent différents types de liens interhumains, il s'efforce de ne pas laisser son propre transfert interférer avec celui de son patient, ce que Freud appelait la «neutralité bienveillante ». Ainsi peut-il se mettre pour celui qui s'adresse à lui au lieu de l'Autre, le lieu de la parole, non personnalisé, propice à toutes les projections. En particulier peut-il être à l'insu du sujet l'un des protagonistes importants de son passé. Dans la psychanalyse, le transfert est dit tantôt positif, tantôt négatif. Le transfert positif, sous sa forme consciente est constitué de sentiments amicaux, qui favorisent la parole. C'est lui dont il faudra ménager la possibilité d'installation dans les premiers temps de la prise en charge des psychotraumatisés. Le transfert positif s'accommode de la présence dans l'inconscient d'éléments hostiles. En revanche l'apparition de sentiments clairement hostiles, fait partie du processus psychanalytique, mais ne doit pas dans une psychothérapie chez un traumatisé franchir un certain seuil, au risque de réactiver leurs sentiments d'abandon ou d'hostilité envers l'humanité qui les a abandonnés au moment de l'effroi. D'ailleurs les patients sont obscurément conscients de ce problème et s'efforcent de le gérer. Voici l'exemple d'un homme de 40 ans, noir américain de Floride, arrivé en France à l'âge de 20 ans, et n'ayant fait depuis que de très brefs séjours aux USA.. Dans son travail il est victime de deux agressions à main armée en 1997 et 2004. Toutes deux ont été traumatiques. Nous le voyons après la deuxième agression, la plus sauvage. Les entretiens se passent bien et on ne peut souhaiter transfert plus positif qui le fait avancer assez vite dans son travail psychique, qui s'avère très difficile et douloureux du fait de son enfance marquée par la violence du fait du métier de son père et du contexte social. Un jour alors que va se dérouler à Paris une grande manifestation des noirs de la capitale stigmatisant le racisme dont ils s'estiment l'objet, rappelant leur dol par rapport au trafic d'esclaves et à la colonisation etc.. Il finit par nous dire son désir de participer à cette manifestation et devient très mal à l'aise avec nous, c'est-à-dire réticent. Il sort peu à peu de cette période en nous avouant que lors de la deuxième agression où il avait été spécialement visé, il était en train de lire avec jubilation un tract de cette organisation des noirs en guerre contre la société française. Même dans ce bureau il ne sait pas si quelqu'un n'écoute pas à travers les murs, ou s'il n'y a pas des micros cachés dans la pièce. Avoir parlé de cela ne l'a pas délivré de sa haine, qui a bien sur d'autres

origines. D'autant que dans la réalité il est victime d'une persécution judiciaire visant à le faire quitter son logement. La psychothérapie se poursuit néanmoins, avec des moments productifs et des moments de réticence, lorsque un incident réel ou imaginaire le replace dans cette position de victime de la France et des français. Le transfert permet que ces motions hostiles, fussent-elles déplacées, ne réduisent pas à néant le travail en cours. Et même le favorisent-elles partiellement, car ce qui s'impose dans son discours, en miroir de la méchanceté des autres, ce sont ses propres désirs de mort, ce qui est pour ce baptiste une véritable révélation. Les symptômes de répétition sont maintenant très à l'arrière plan au profit de ses interrogations sur son rapport à l'autre, qui sont problématiques depuis sa petite enfance. Le transfert positif peut aussi servir la résistance, jusqu'à pouvoir interrompre parfois le travail psychique dès le début. Nous ne développerons pas ici un autre exemple. Le patient précédent nous servira pour illustrer ce phénomène. Si craignant le point où ce travail psychothérapique va l'amener il nous avait mis en position d'exception par rapport à l'objet actuel de sa haine, toute élaboration de celle-ci aurait été rendue impossible. Nous serions devenu une sorte de protecteur puissant et bienveillant auquel il serait venu semaine après semaine confier ses misères. Notre patient montre aussi l'utilité du transfert négatif quand il peut s'exprimer. S'il peut nous dire sa crainte que nous ne fassions partie d'un complot, il exprime ainsi un fantasme, c'est-à-dire une création du désir qu'il aura un jour à nommer. Et il est sur la bonne voie quand il exprime un autre fantasme. Alors qu'il est enfermé chez lui, il a tout à coup la certitude que son agresseur du deuxième braquage est là, qu'il va faire irruption par la porte ou par la fenêtre avec son revolver. Par mégarde il l'appelle un jour « le Justicier ». Pourquoi donc le justicier? Il réfléchit un peu, puis remarque que ça se produit toujours quand il est en proie à un vague et incompréhensible sentiment de culpabilité. Dans des entretiens précédents son braqueur l'avait amené plusieurs fois à évoquer par association la figure de son père, sans d'ailleurs qu'il soit en mesure de faire un lien entre les deux personnages. Ce passage est intéressant par rapport à la question posée du trauma sous transfert et du pourquoi certains d'entre nous continuent à parler de « névrose »traumatique. Il montre comment dans la psychothérapie on passe d'une clinique du réel, le traumatisme et ses effets, à une clinique du refoulement. Dans son séminaire sur le transfert, Lacan prend le problème par ce que Freud a désigné comme «l'amour de transfert» (2). Il lui faut donc d'abord répondre à la question «qu'est-ce que l'amour», question qui est celle que se posent les protagonistes du «Banquet» de Platon. Le livre se termine avec le surgissement du jeune Alcibiade, légèrement éméché, au milieu de ce cénacle de vieux philosophes. Il engage alors une vive conversation avec Socrate, qu'il aimait de façon charnelle, amour auquel Socrate ne répondait pas. Par sa maïeutique, Socrate fait dire à son jeune et bouillant élève qu'il l'aimait parce qu'il supposait que Socrate détenait en lui un objet précieux, un «agalma» que lui-même convoitait. Ici cet objet de complétude est le savoir. Exactement comme un patient qui vient voir un psychanalyste ou un psychothérapeute lui suppose un savoir susceptible de résoudre son malaise. Ce savoir est constitué de mots, et, en s'adressant au thérapeute c'est à l'Autre du langage qu'il s'adresse. Au début de ce chapitre sur le transfert, nous avons dit que ce qui le rendait possible, c'était la présence dans le sujet de l'objet a. Ce qui veut dire que ce qu'il va chercher chez l'autre c'est un savoir sur quelque chose qu'il cherche lui-même, quelque chose qu'il a en lui...La visée de « l'objet a » est celle de la psychanalyse. Elle consiste à découvrir qu'il n'y a pas dans l'Autre de réponse au manque, que celui-ci est de structure. Les psychothérapies sont moins ambitieuses, également dans le cas d'une névrose traumatique. Il s'agit seulement,

par la grâce du transfert, de laisser le patient dérouler sa propre parole, et de l'aider à en assumer le risque. Sortant de sa position d'objet de complétude, le traumatisme devient un point de départ du processus associatif. Il en subit d'ailleurs les effets, directement perceptibles dans les modifications des cauchemars par exemple. Puis il est oublié au profit de la problématique névrotique du sujet. Nous verrons à propos de trois prises en charge de patients comment l'on passe d'une clinique du réel à une clinique du refoulement, comme nous l'avons déjà annoncé.

Les patients passent d'une clinique à l'autre chacun à sa manière, mais le langage les mène toujours dans les parages d'une question sur la faute et la culpabilité. Dans la mesure où il s'agit de renoncer à l'image traumatique, dans sa fonction d'objet de complétude, ils vont se retrouver à ce point où l'enfant subit l'attraction du retour en arrière vers le paradis perdu, perdu mais aussi interdit (3). Aussi tout ou partie de la « traversée oedipienne » sera-t-elle reparsourue, de la première nécessité d'entrer dans le langage pour formuler ses demandes, jusqu'aux derniers avatars de l'angoisse de castration. C'est-à-dire que le langage ne saurait offrir quelque chose d'équivalent à ce à quoi il a fallu renoncer. En rééditant l'entrée dans le langage, le transfert ramène le sujet à sa névrose, c'est-à-dire à son incapacité à renoncer radicalement à l'objet mythique de complétude.

## 2 - EN PRATIQUE.

Le moment traumatique est un moment «indicible», «ineffable»: «Vous ne pouvez pas comprendre, personne ne peut me comprendre». En effet, personne ne peut «comprendre» ces rescapés qui ne disposent d'aucun mot pour décrire l'expérience qu'ils ont traversée. C'est aussi la raison pour laquelle, jusqu'à une époque récente, ces patients ne faisaient pas de demande thérapeutique. Et ils étaient très étonnés quand on leur disait que leur souffrance était du ressort de la médecine. Sous l'influence des médias, alors que la société commençait à s'organiser et à faire des offres de soin aux victimes de catastrophes individuelles ou collectives, un changement est apparu. Il paraît aujourd'hui plus naturel pour ceux qui ont traversé une expérience traumatique de se retrouver devant un «psy», comme ils l'ont vu faire à la télévision. Beaucoup d'ailleurs entament le premier entretien comme ceci: «On m'a dit qu'il fallait que je vienne vous voir », mais très vite, certains d'entre eux jouent parfaitement le jeu de parler de ces choses si personnelles devant cet inconnu, comme dans toute consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue qu'ils auraient sollicitée. Nous avons dit «très vite» mais ce n'est pas toujours le cas. Parfois il faut un peu de patience au thérapeute pour laisser au sujet le temps que son discours purement factuel s'épuise ou prenne une direction inattendue, après une question qui leur est posée par exemple, ou le récit d'un rêve qu'ils ont fait la nuit précédente. La parole est dangereuse. Parfois la parole se tient éloignée des productions de l'inconscient, le patient assimilant le psychiatre à une sorte de confesseur bienveillant capable, jusqu'à un certain point, de distribuer de bons médicaments. Pour les autres, quand ils ont pris la parole, c'est qu'il s'est produit sans l'intervention de la volonté de quiconque cette chose un peu mystérieuse que Freud a appelé le transfert. Rien à voir avec l'alliance thérapeutique, par exemple. Le transfert est un transfert de parole vers un autre «supposé savoir» ce que ces mots, ces phrases livrées en désordre signifient. C'est en fait dans l'esprit du sujet, à un niveau conscient ou inconscient, que des chaînes de signification doivent se former. Il n'en doute plus quand il est lui-même surpris des mots qu'il prononce, spontanément ou après une demande d'approfondissement sur ce qu'il vient de dire, ou lorsque le sens de tout ou partie

d'un de ses rêves lui apparaît spontanément au cour du récit qu'il fait. Des « interprétations » ne sont proposées que lorsque le sujet les a sur le bout de la langue, et pourra les accepter comme le reflet de sa propre pensée.

Nous ne parlerons que des patients qui entrent à un moment ou à l'autre dans une relation transférentielle, c'est-à-dire qui acceptent le risque de se livrer à leur parole, avec une autocensure minimum. Dans la pratique, ce mode de relation s'engage de façons diverses et la place qu'y tient l'épisode traumatique est également très variable, même si c'est lui qui a rendu possible le transfert. Le moment de la rencontre influe sur le contenu du ou des premiers entretiens qui doivent s'adapter à la demande, implicite ou explicite, du consultant.

### **Schématismes :**

- La psychothérapie commence dans les jours qui suivent l'événement. Selon l'état émotionnel du sujet, elle débutera par un ou plusieurs entretiens qu'on pourrait appeler d'accueil. Il y aura vite un moment où la technique du débriefing sera possible et souhaitable. Celle-ci est souvent adoptée d'emblée, quand c'est possible, parce que elle est la seule à pouvoir cerner au plus près la rencontre avec le réel (les faits, les sensations) et dans le même temps les réactions émotionnelles et cognitives du sujet à chaque moment de l'événement (3). Elle permet aussi de retrouver le contexte dans lequel celui-ci est survenu. Le débriefing en lui-même ne résout pas grand-chose sur le fond, mais il permet l'accrochage transférentiel, surtout dans sa forme individuelle, et est un bon point de départ pour le ou les entretiens à venir. Il est possible aussi que dans certains cas il favorise les processus d'élaboration qui vont se dérouler à l'insu du sujet. Ce qui nous permet de faire cette hypothèse, ce sont ces psychothérapies qui, après un débriefing, atteignent leur but en deux ou trois entretiens. Ils terminent leur psychothérapie sans que nous ne connaissions grand-chose d'eux, parfois même pas leur profession ou leurs statut marital. Pourtant, c'est le sentiment du thérapeute, il y a eu une vraie rencontre transférentielle.

- La psychothérapie commence plus tard, à l'occasion de l'apparition du syndrome de répétition ou lorsque les autres symptômes de la névrose traumatique commencent à faire vraiment souffrir le sujet ou l'entourage : troubles du caractère souvent, dépression, phobies etc. Le ou les premiers entretiens portent sur la souffrance actuelle du consultant, c'est ce qui constitue sa demande, et ne font qu'évoquer dans ses grandes lignes les circonstances du traumatisme. Puis seront abordées les données biographiques et l'incidence de l'événement, jusqu'à ce jour. En fait c'est le patient qui détermine l'ordre des sujets dont il veut parler. Selon les cas une prescription médicamenteuse, en fonction de la symptomatologie, peut être proposée le temps nécessaire.

Dans ce cas aussi le transfert s'installe assez facilement, si dans ces premiers entretiens le patient retire la certitude d'avoir été entendu quant à sa souffrance. Ceci ne s'obtient que par la capacité du thérapeute à poser les bonnes questions et non par l'étalage d'un «savoir» ni par la délivrance de sentences qui se veulent rassurantes.

- Nous ne parlerons pas des sujets inaptes au transfert, trop attachés à leurs jouissances secrètes pour en livrer quoi que ce soit, qu'il y ait trauma ou non. Ni des difficultés à recueillir la parole de ceux qui ont réussi au cours des ans à composer avec leur névrose traumatique, ou qui viennent consulter quand celles-ci prend une tournure dramatique, quand ils sont engloutis par l'horreur. En fait, chaque cas est très particulier, et même dans ces situations extrêmes on peut obtenir parfois des guérisons aussi mystérieuses que spectaculaires. Et il y a aussi des échecs ou plus

souvent des demi-échecs comme si on avait répondu à la demande implicite du patient: «Je vous demande seulement de m'aider à vivre avec ça». Alors que dans les deux premiers cas le transfert est impossible à cause de l'incapacité structurelle de se livrer à sa propre parole, ici le problème est plutôt son attachement au trauma, ou parfois, comme chez les rescapés des camps de concentration, les victimes de torture, ou les otages de longue durée, l'impossibilité de faire le deuil de ce qui est maintenant une partie constitutive de leur être.

### 3- DE L'ORIGINAIRE A L'ŒDIPE

Mais revenons aux effets du transfert sur le trauma. Ils passent par la signification que prend ce face-à-face avec la mort dans l'inconscient du sujet. Il est à la fois faute et châtement, faute d'avoir contemplé ce qu'il est interdit de voir, châtement pour une faute qui reste à retrouver. Dans le conscient cela se traduit par un sentiment de culpabilité, soit mystérieux en lui-même, soit rattaché à un événement de la vie du sujet ou des circonstances du trauma. Parfois c'est le groupe qui lui indique ce qu'il a à se reprocher, parce que cette « explication » satisfait tout le monde.

A propos de trois patients voyons comment cela fonctionne et comment le transfert entre en jeu.

Cette jeune fille de 21 ans sort de son travail et prend avec ses collègues le RER . Elle s'aperçoit que là où elles sont elles voient mal les panneaux signalant les gares d'arrêt. Le groupe se déplace à l'autre extrémité de la rame.

A la station Saint Michel , la bombe explose exactement là où était le groupe initialement. Notre future patiente s'enfuit immédiatement, enjambe les cadavres et sort pour aller prendre un taxi, avant même qu'ait été mis en place le cordon de sécurité. Arrivée chez elle, ses parents, fous d'angoisse (ils ont regardé la télévision) l'entourent chaleureusement: Mais elle préfère aller s' enfermer dans sa chambre et s'allonger sur son lit. Les jours passent, rien n'est parlé en famille de l'expérience qu'elle a traversée, elle ne quitte pas sa chambre sauf pour les repas qui se déroulent dans un quasi silence. Excédés, les parents font appel à leur médecin généraliste qui

l'adresse à un psychiatre. Au cours des premiers entretiens, il a été possible de faire par morceaux un debriefing complet qui n'a pas apporté grand-chose pour la suite, sinon ce refrain qu'elle répétait inlassablement : «ce que je ne supporte pas c'est qu'ils sont morts à ma place». La culpabilité du survivant diront nos doctes de la victimologie, et voilà pourquoi votre fille est muette. Rappelons qu'il n'y a de culpabilités du survivant, que lorsqu'un lien d'ambivalence affective unissait la victime et le rescapé. La haine inconsciente fait alors retour comme un voeu

de mort qui se serait réalisé. Pendant les mois qui suivent, les entretiens sont ternes, ennuyeux, descriptifs, jusqu'au jour où elle s'exclame: «ce que je ne supporte pas c'est d'en être sortie vivante». Et elle se lève toute rouge avec pour la première fois un grand sourire : « ah ça fait du bien de parler ». Toutefois les entretiens garderont pendant encore des mois leur style que nous percevions comme ennuyeux et leur pauvreté psychodynamique. Ce qui prouve que le thérapeute n'est pas toujours à la hauteur de l'attention à laquelle ont droit les patients. Comme nous l'avons déjà dit, l'automaticité du transfert crée des obligations. Ce n'est qu'après coup que nous nous sommes aperçus que quelque chose avait changé, qu'il était question maintenant de querelles familiales avec une grand-mère, une tante, et même une soeur dont elle gardait régulièrement le bébé. Les plaintes concernant le syndrome de répétition et les idées de suicide persistaient néanmoins.

Jusqu'à ce qu'un jour elle débute sans prévenir l'entretien par son exclamation favorite : « ce que je ne supporte pas ... » suivie de « c'est à 21 ans d'être aussi dépendante de ma mère ». Elle est très étonnée d'elle-même de ce qu'elle vient de

dire. Nous percevons enfin dans ces troisièmes interjections le travail du transfert, qui se laissait peu deviner d'une séance à l'autre. Mais aussi nous avons cessé d'être sourd. A partir de ce jour, elle qui avait décrit dans les premiers entretiens sa famille comme idyllique, avec un fort lien d'amour unissant ses membres : elle découvre un tout autre paysage. Les travers de chacun sont analysés avec de moins en moins de complaisance et elle-même, la petite fille modèle se découvre «méchante».

Dans la suite des entretiens La référence Saint Michel disparaît rapidement, elle explore dans son passé jusqu'ou va sa méchanceté, et celle de ses deux soeurs dont elle sait maintenant qu'elle est maladivement jalouse. Elle change à vue d'oeil, a maintenant les allures d'une femme, retravaille et dans la naissance d'un lien amoureux, elle a devant elle un robuste garçon sur lequel elle essaye ses dents d'adulte. Mais l'homme est solide. Commence une nouvelle histoire (encore deux ans de psychothérapie).

Dans le cas que nous allons présenter maintenant l'évolution du trauma sous transfert se fait visible à tout moment. Il s'agit d'un jeune soldat qui a été puni sévèrement pour avoir participé à une beuverie et avoir été considéré comme un des leaders. Il doit effectuer avec deux de ses camarades des travaux de force en plein midi sous le soleil aveuglant d'un point d'Afrique considéré comme l'un des plus chauds du monde. Sous le regard, qu'il décrira plus tard comme « meurtrier » de son lieutenant, il sent au bout d'un moment ses jambes se dérober et il s'effondre, persuadé qu'il va mourir. Il est tombé dans le coma d'où le service de réanimation du centre hospitalier ne pourra le faire sortir. Il est évacué sur la France et reste encore plusieurs jours dans le même état. Il bénéficie d'une convalescence, mais il est de plus en plus déprimé jusqu'à être admis en psychiatrie pour un état mélancolique. Son discours est délirant : l'armée veut le tuer, il est à l'hôpital pour que ça se fasse proprement, les médecins sont complices et les malades de faux malades. Deux tentatives de précipitation du toit de l'hôpital n'échouent que grâce à la vigilance des infirmiers. Il est mis sous le lourd traitement utilisé dans cette pathologie. Dans les entretiens auxquels il se prête malgré son délire, il ne parle que de ce qui s'est passé en Afrique et de ses cauchemars de répétition. Mais très vite, à notre demande, et alors qu'il délire encore, il nous apporte d'autres cauchemars et même des rêves. Nous n'en prélèverons que quelques-uns au cours de cette longue psychothérapie qui a duré six mois, avec une hospitalisation d'autant. Pendant la phase délirante, il rêve qu'il se suicide ou qu'il tue à coups de revolver ses officiers. Quand une victime se met dans la peau d'un meurtrier dans ses rêves, c'est le signe qu'un travail psychique est en train de se faire, même si des rêves de vengeance ne rendent pas forcément très optimiste pour la suite. Ici, néanmoins, ce rêve, l'amène à évoquer un moment de sa carrière où il avait assisté sans intervenir à des brimades de «bleus» : « A l'époque je pensais que ça ne me regardait pas, maintenant je pense que j'ai été un lâche, je me suis comporté comme le lieutenant ».

Plus tard un cauchemar va constituer un tournant dans la psychothérapie. Un avion l'emène en Afrique, il est assis, menotté, entre deux policiers. En bas de l'échelle, sur le tarmac, il y a les officiers de son régiment. Ils le poussent vers le lieu de son supplice. Le cauchemar de répétition termine le rêve. Ce sera le dernier qu'il fera sous sa forme originelle. Ce rêve l'amène à un épisode de sa toute petite enfance. Son père est ivre. Il a quatre ou cinq ans. Des policiers arrivent, lui passent des menottes et repartent avec lui. Commence alors un long travail sur son histoire, compliquée, précocement violente et sans affection : «Je suis entré dans l'armée parce que si je mourais personne ne s'en apercevrait ». Il fait d'autres cauchemars, comme celui-ci : il est en patrouille, sa jeep tombe dans une embuscade, un de ses camarades est blessé. Il s'aperçoit qu'il a oublié sa trousse d'infirmier (c'est sa fonction). Il se relève pour examiner le blessé et reçoit une balle dans le front. La rencontre avec la mort vient

ici comme châtiment d'une faute, grave si elle était réelle : être responsable de la mort d'un camarade, autant dire d'un frère. Pourtant, il ne manque pas dans son histoire de fautes réelles, mais il n'a jamais pensé à les mettre en rapport avec son trauma.

Pourtant, il a des fautes bien réelles à se reprocher. Encore enfant, ses parents sont alors séparés, sa mère aperçoit par la fenêtre son père qui arrive. Elle envoie son fils chez des voisins pour faire appeler la police. A son retour sa mère a fermé sa porte à clef et ne le laisse pas rentrer. Il croise son père sur le palier qui fait le geste de le frapper, ayant compris pourquoi il était là : « J'ai été un Judas ». Une autre fois, il frappe son demi-frère avec une grande violence et avec dans la tête des idées de meurtre. Lui-même subissait la violence des coups de son beau-père. Venons-en à son dernier cauchemar. Il est en « brousse » avec sa section. Ils sont chargés de faire du « renseignement » (allusion claire à la psychothérapie). Ils sont déchaînés, ils tuent, ils violent et à la fin de cette épuisante journée il se repose dans une case avec ses deux camarades de punition. Trois africains armés de fusils font irruption et les mettent en joue, il se réveille en sursaut. Ce cauchemar met en scène la transgression des interdits majeurs, l'inceste et le parricide, qui conduit au trauma. De surcroît la violence destructrice n'est plus rattachée à une vengeance qui pourrait la légitimer. Ce patient a retrouvé les fondements de la violence originaire avant que la loi du langage ne se soit installée. Il n'a plus rien à dire, il a trouvé son « renseignement ». Il termine sa psychothérapie avec un rêve, du type, de ceux qui sont une garantie que le travail sur le trauma est terminé. La nuit suivante, il est au tribunal parce qu'il a porté plainte contre l'armée, (paradoxalement il est dans le box des accusés) son avocat est à côté de lui. En face dans le prétoire, le lieutenant s'esclaffe: « Tu n'y arriveras jamais ». Le commentaire du sujet est le suivant: « Je voudrais pouvoir dire aux gens: "je suis en psychiatrie mais ce n'est pas de ma faute", mais, alors, j'aurais le sentiment de mentir ». Il trouve une gentille petite compagne et prépare sa reconversion dans le civil. Le traitement médicamenteux est arrêté progressivement (3).

- Ce médecin d'une quarantaine d'années, est envoyé sous les tropiques pour s'occuper des familles des passagers d'un crash aérien. Il y a aussi un psychiatre. Les morceaux de corps ont été rassemblés dans une morgue, que les autorités politiques du pays se sont mis en tête de visiter. Elles veulent aussi être accompagnées du médecin. Celui-ci n'y va pas de gaîté de coeur. Au milieu de ces débris de ce qui avait été des hommes et des femmes, il aperçoit posée sur le marbre noir la tête d'une femme, légèrement aplatie, un oeil exorbité. Il se fige. Sorti de la morgue, il fait pâle figure. Son collègue lui demande s'il veut parler de son séjour chez les morts. Il refuse, mais accepte notre adresse à Percy. A son retour, dix jours plus tard, il a un rapport sexuel avec sa femme. Entre leurs deux visages s'interpose l'autre visage. Le lendemain il prend rendez-vous pour le jour d'après. Le débriefing se passe bien. Ce jeune collègue a une exceptionnelle perception de ce qui s'est passé en lui au moment de la rencontre traumatique.

Il en parle comme d'un sentiment d'avoir « franchi une ligne rouge ». A la fin du débriefing, il nous fait part d'un rêve qu'il a fait cette nuit même, il est très court: il perd une dent. C'est un rêve de castration, le renoncement à quelque chose de précieux, souvent une partie de son corps, le genre de rêves que certains patients font en fin de psychothérapie. Ce sujet a fini sa psychothérapie avant de l'avoir commencée. C'est le type de miracle que réalise parfois le pré-transfert. Nous le revoyons deux ans plus tard, par hasard. Il nous raconte qu'après la consultation, il est rentré chez lui et a offert les cadeaux qu'il avait rapportés à ses enfants. Alors qu'il tendait au plus jeune d'entre eux un petit car en jouet, celui-ci a glissé de sa main et s'est fracassé en mille morceaux sur le carrelage : « A ce moment là j'ai su que



j'étais guéri ».

Bref commentaire :

On a vu avec ces observations trois modes d'entrée dans le transfert. Dans le premier cas, la jeune patiente est conduite par sa mère en voiture toutes les semaines à l'hôpital pour sa consultation. Manifestement elle n'attend pas grand-chose de ces rencontres. Sans doute ce sont les premiers effets bénéfiques des psychotropes, modeste pourtant, qui lui ont montré l'intérêt pour elle de venir nous voir. En revanche il est plus difficile de dater le moment où elle est entrée dans le transfert. Très certainement avant sa deuxième interjection. Nous étions étonnés de sa ponctualité, et de son mécontentement lorsque le rendez-vous suivant devait être repoussé. Le transfert, à lui tout seul, lui faisait faire à la vitesse dont elle était capable, un travail de parole. D'abord en l'amenant à dire qu'elle préférait la mort plutôt que d'affronter sa haine, ou bien que c'était la mort qu'elle méritait. Puis en poursuivant son cheminement elle rencontre le spectre de la fusion originelle. A ce moment le transfert devient un appui solide pour ce qu'elle va devoir affronter. Elle pourrait se dérober, comme on a vu d'autres patients le faire à l'approche de révélations trop violentes. Mais c'est son désir de savoir qui l'emporte.

- Dans le deuxième cas le travail de la parole adressée à l'Autre dans le transfert est directement lisible. Il se déroule sous les yeux du thérapeute. Il faut dire qu'il est hospitalisé et que nous le voyons quatre fois par semaine. Alors qu'il est en plein délire de persécution, il se prête aux entretiens et nous réclame un médicament qui lui permettrait d'avoir confiance en nous. Le transfert s'est installé quasi immédiatement, comme c'est généralement le cas lorsque le sujet est hospitalisé dans le service où travaille son thérapeute et que les entretiens ont commencé peu de temps après le traumatisme et sont très rapprochés. Pour un malade aussi grave, c'est finalement assez tôt qu'il nous livre ce cauchemar qui établit un pont entre la scène traumatique et son histoire infantile (le voyage menotté en avion et son père menotté sous ses yeux de petit garçon), Il a fallu que le transfert soit solide pour que la relation ne se brise pas avec cet homme capable de franchir toute limite, la mort comprise, pour habiter son fantasme du moment. A partir de ce cauchemar, ce qu'on verra surtout c'est la violence du thème de la faute, dans des passages à l'acte qui n'ont pas été détaillés ici, des cauchemars, des souvenirs. La thérapie se termine sur un cauchemar qui est une sorte de paradigme de la faute originelle sous ses apparences généralisées. Le rêve de tribunal de la nuit suivante montre comme toujours que le rêveur ne sait pas de quoi il est coupable, mais il admet qu'il a sa place dans le boxe des accusés.»

- Dans le troisième cas, nous avons affaire à un sujet « névrotico-normal » qui a perçu au moment du trauma ce qui se passait. Il n'a pas eu beaucoup de mal à refaire le chemin expérimenté autrefois en direction du langage. Le transfert a du simplement hâter le processus. Dès le premier entretien il a pu présenter à l'Autre la preuve de son retour à la « castration ». Ce dernier patient montre de façon saisissante les effets du transfert: offrir la possibilité de mettre des mots là où il n'y avait que la jouissance d'un objet de complétude, le trauma, et permettre autant que possible d'accepter le manque de cette objet.

#### Bibliographie

1- Dictionnaire de la psychanalyse sous la direction de Roland Chemama. Larousse Paris 1993.

2- Lacan J. « Le Séminaire » Le transfert Seuil Paris 1991.

3- Lebigot F . « Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et Prise en Charge » Dunod Paris 2005.