

« Pour qui sont ces serpents qui sifflent sur [nos] têtes ? »

Francis Maqueda

Volume 25, Number 2, 2016

Le sujet de la violence

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1039647ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1039647ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Maqueda, F. (2016). « Pour qui sont ces serpents qui sifflent sur [nos] têtes ? ». *Filigrane*, 25(2), 41–60. <https://doi.org/10.7202/1039647ar>

Article abstract

Caractéristiques de notre époque, l'image immédiate, l'idée du village planétaire et la vision médiatique et mondialisée de notre environnement nous rendent de plus en plus mêlés au monde, au point que *ici* et *là-bas* s'interpénètrent et se contaminent. Dans ce monde, la violence externe est prégnante, mais elle fait peut-être écho à une violence interne. Dans ce registre, les cliniciens sont de plus en plus confrontés à des questions inédites dont il s'agit d'élaborer le sens, car le plus souvent la violence anéantit le recours à l'autre, tant le contexte traumatique s'impose massivement. À cet égard, dans la clinique des traumatismes intentionnels, il ne s'agit plus simplement d'aider le patient à subjectiver une expérience non intégrée, mais de construire avec ce dernier la manière dont il a été pensé et agi par son agresseur. Cela suppose enfin une préoccupation citoyenne chez le clinicien.



« Pour qui sont ces serpents qui sifflent sur [nos] têtes ¹ ? »

Francis Maqueda

RÉSUMÉ : Caractéristiques de notre époque, l'image immédiate, l'idée du village planétaire et la vision médiatique et mondialisée de notre environnement nous rendent de plus en plus mêlés au monde, au point que *ici* et *là-bas* s'interpénètrent et se contaminent. Dans ce monde, la violence externe est prégnante, mais elle fait peut-être écho à une violence interne. Dans ce registre, les cliniciens sont de plus en plus confrontés à des questions inédites dont il s'agit d'élaborer le sens, car le plus souvent la violence anéantit le recours à l'autre, tant le contexte traumatique s'impose massivement. À cet égard, dans la clinique des traumatismes intentionnels, il ne s'agit plus simplement d'aider le patient à subjectiver une expérience non intégrée, mais de construire avec ce dernier la manière dont il a été pensé et agi par son agresseur. Cela suppose enfin une préoccupation citoyenne chez le clinicien.

Mots clés : Conflits, violence, trauma, délire

Il y a toujours quelque chose de risqué et d'aléatoire dans l'exercice de notre métier. Alors même que ma formation fut d'obédience psychanalytique et que je suis en principe conduit de ce fait à adopter une pratique relativement orthodoxe, j'ai eu l'opportunité – qui fut une chance – d'être sollicité au début des années 90 par des organisations humanitaires pour intervenir dans des situations de conflits et de catastrophes. Une « chance », car cela m'a ouvert à de nouveaux horizons que certes la clinique des adolescents en rupture m'avait laissé entrevoir dans la modification du cadre qu'il faut parfois opérer pour entendre la violence et les passages à l'acte délictuels qui y sont afférents. Il est vrai aussi que les pathologies des liens intersubjectifs et celles prégnantes du narcissisme, caractéristiques de l'évolution de nos sociétés, devraient conduire le clinicien à ne pas se dérober de l'exigence d'une écoute citoyenne.

Mais revenons à la clinique des conflits, où la violence est particulièrement percutante dans l'attaque des différences culturelles qu'elle engage en niant, en particulier pour l'autre qui est différent, le caractère de sujet de « l'humaine condition ». La particularité de cette clinique, dite « des

situations extrêmes » – des situations de violence –, consisterait, d'une part, à sortir du cadre habituel de nos interventions et, d'autre part, à nous déplacer sur les lieux de conflits et de catastrophes pour inventer et faire vivre des dispositifs cliniques de soutien psychologique. Dans ces aventures, il s'agit pour moi et les collègues mobilisés de construire, réaliser et superviser des dispositifs de soutien psychologique sur les lieux de conflits, comme la guerre en ex-Yougoslavie (Maqueda, 1997) et son prolongement au Kosovo, les conflits dits « inter-ethniques » en Afrique (dont l'une des particularités est la mobilisation des enfants soldats) et les périodes de terrorisme en Algérie. Les meurtres de masse, les tortures et les viols employés comme arme de guerre sont les ingrédients essentiels de ces situations, mais il convient de ne pas trop rapidement les qualifier de « barbares », car, dans ce cas, on ne peut plus les penser comme faisant partie de la communauté humaine.

À grande échelle, c'est un travail de restauration humanitaire qui comporte des risques de dé-spécification, mais qui s'impose quand « le malheur des hommes est un reste muet de la politique », pour paraphraser Michel Foucault. À ce sujet, Hannah Arendt soulignait à juste titre que « les hommes sont à rencontrer dans leur pluralité infinie ; la tentation de réduire les hommes à l'homme étant le plus souvent porteuse d'idéologie » (Arendt, 1972). Or, si l'on est sensible à une telle approche, cela entraîne une implication relationnelle qui n'est pas toujours facile à moduler, cette difficulté rappelant ce qu'Emmanuel Levinas indiquait dans *Humanisme de l'autre homme* quand il écrivait qu'alors « il ne s'agit pas de l'expérience du Tu qui se reproduirait », mais « d'une expérience qui met en veille la priorité du même » (Levinas, 1972). C'est dire ainsi que la rencontre avec l'autre, celui différent de nous, nous oblige à nous donner le temps de penser la relation, notamment dans ce qu'elle peut révéler d'altérité à l'intérieur de chacun, en particulier dans la clinique des demandeurs d'asile² qui est une de mes pratiques régulières, sur laquelle je vais m'appuyer dans ce texte.

La reconnaissance de cette altérité à laquelle la clinique d'inspiration psychanalytique nous invite demeure en tension avec le monde de l'aide humanitaire, du moins dans ses relais médiatiques. En effet, hors de tout soutien généreux offert à l'autre sur un plan matériel, logistique ou médical, il faut pouvoir aussi écouter sa parole, sans que cette dernière puisse être entendue comme un témoignage qui le transformerait en victime seulement. L'aphorisme de Maurice Blanchot, « la parole ou la mort », n'aurait pas été réfuté par Freud ; mais ces paroles qu'on écoute dans ces contextes si particuliers nécessitent des cadres thérapeutiques qui permettent de les penser

en se gardant de faire flamber le témoignage ou d'être dans des positions soignantes trop chargées affectivement. C'est à la construction de ces cadres que je me suis consacré, avec d'autres, bien sûr. En effet, dans ces contextes de bouleversement social, dans ces situations extrêmes, il est important de ne pas trop improviser pour offrir une aide de qualité à des populations et des sujets qui ont à supporter le fardeau de la guerre ou de la catastrophe. Dans ce cadre, il a fallu élargir et reformuler la clinique du traumatisme psychique, dans la mesure où celui-ci a été dans ces cas produit de manière intentionnelle.

La clinique des psychoses offre un appui considérable dans ce champ d'intervention. En effet, ce que l'on constate dans ces situations de conflits où l'agression a été sciemment produite par d'autres, c'est que les enveloppes psychiques primaires – psychiques et psychosociales d'ailleurs – peuvent être démantelées. Les limites entre le soi et les autres, entre le dedans et le dehors, peuvent être perforées, et l'efficacité symbolique peut être entamée, voire détruite. Cela nécessite donc l'instauration de cadres physiques et psychiques sécurisants, à fonction contenante, pour lesquels la clinique devient enveloppe psychique. Dans ces conditions, le clinicien est autant porteur du *holding* que du *handling*...

L'autre tension que je voudrais soulever entre le traitement humanitaire des situations et l'approche psychodynamique se décline autour de la question de la temporalité. Comment en effet imaginer une place pour l'aide psychologique sinon comme une mission impossible devant la tyrannie actuelle de l'urgence, paradigme de l'intervention humanitaire ? Le soin psychique suppose comme on le sait une temporalité lente, en principe incompatible avec le statut interventionniste de l'action humanitaire. La logique de l'urgence comporte alors le risque de court-circuiter l'activité de penser, qui a justement été attaquée. Or, du côté des intervenants, « l'illusion salvatrice » risque de s'hypostasier au point de se croire être une « toute-puissance thérapeutique ». Cette dernière, quand elle n'est pas nuancée, peut entraîner les psychothérapeutes dans des comportements messianiques, porteurs de « bonnes leçons », celles-là mêmes qui infiltrent souvent insidieusement le monde humanitaire. Ils peuvent se montrer aussi sûrs que d'autres professionnels de leurs savoirs validés et s'ériger alors en « sauveurs du monde carencé », en s'appuyant sur une empathie teintée de manichéisme, voire infiltrée d'éléments de clivage (défense très usitée dans ce contexte). Pourtant, manifester de l'empathie – ce qui signifie *a minima* partager et éprouver les sentiments d'autrui – n'implique pas forcément des éléments

de condoléances, de pitié ou d'accord, et encore moins des prises de position manichéennes. Là comme ailleurs, c'est l'alliance thérapeutique qui est à rechercher, à ceci près que la logique du don, généreux au demeurant, peut brouiller le sens de l'action. En effet, le don, hors de son aspect positif qui indique une certaine solidarité, court le risque d'endetter psychiquement ceux qui le reçoivent et susciter chez eux des mécanismes d'envie, sinon de rejet, voire de haine, rendant ainsi l'alliance problématique.

Le partage des situations traumatogènes, point commun de la plupart de ces interventions, ravive ce que Bruno Bettelheim écrivait dans *Le cœur conscient* : « Dans des conditions de violence sociale, chacun peut être amené à accepter ce qu'il n'approuverait pas. » (Bettelheim, 1972) La multiplication contemporaine des troubles psychologiques, imputables à la violence, ainsi que le fait que cette violence puisse être portée par les États, des groupes armés ou des individus qui s'approprient le pouvoir ou prétendent être porteurs d'une mission purificatrice, oblige à penser la rencontre entre les réalités psychiques et les réalités externes sur des bases nouvelles. Le totalitarisme, l'autoritarisme, l'homogénéisation et la désolidarisation qui en découlent peuvent entraîner des pathologies graves et des difficultés d'élaboration de certains deuils. Il devient nécessaire alors de s'intéresser à la manière dont l'horreur et la honte se transmettent et au travail de la mémoire dans les situations de rupture extrême, et notamment les situations d'exil qu'elles peuvent produire. La notion de vulnérabilité sociale et psychique est centrale ; et non seulement celle des sujets secourus, mais aussi celle des intervenants au sujet de laquelle j'ai pu écrire ailleurs qu'elle pouvait être aussi inquiétante que stimulante. Inquiétante, parce que confrontés à un réel qui s'impose, ils peuvent en être soit fascinés soit sidérés ; stimulante, parce qu'elle les oblige à retrouver en eux leur propre étrangeté plus ou moins familière. Une certaine humilité prévaut donc dans ces interventions dont j'ai pu dire et écrire qu'elles ouvrent à une « sollicitude tempérée » (Maqueda, 1998, 2008) pour l'autre, à condition bien sûr que les mots trouvent leur place dans cette sollicitude (ou consolation). N'en demeure pas moins que ces pratiques témoignent d'un travail au sein duquel la pensée est fragilisée ; même quand cette pensée a été construite sur des piliers solides, sur des savoir-faire validés, elle peut se retrouver déconstruite (et il faut l'accepter), parce qu'elle doit s'ajuster à la réalité extrêmement pesante dans ce champ d'intervention. Il s'agit de trouver une position clinique « suffisamment bonne », c'est-à-dire être attentif à une démarche pragmatique, non idéologique, qui part de la réalité des besoins exprimés par les

personnes à secourir, et en particulier le besoin de parler, c'est-à-dire d'être soutenu dans cette parole qui cherche à retrouver un sens dans le non-sens, et celui d'être consolé.

Toutefois, les soins apportés aux populations et aux personnes nécessitant une aide humanitaire se heurtent à la butée d'un travail forcément inachevé, confrontés qu'ils sont en outre à la répétition du traumatisme et au poids du réel qui s'impose, car impossibles à réduire. Ceci ne fait que conforter l'idée qu'il y a toujours un risque et une forme d'improvisation dans l'exercice de la solidarité. En même temps, ce travail souligne la nécessité de penser nos actions dans ce domaine et de tirer un enseignement des erreurs et des paradoxes qui ne manquent pas dans ce genre de soins (par exemple, mettre en place un suivi alors que les réfugiés ne sont que de passage). Ce travail est de surcroît une invitation toute naturelle à réfléchir à nos pratiques locales, notamment par rapport aux demandeurs d'asile qui sont le plus souvent en situation précaire et qui représentent la migration des situations de conflits. Il s'agirait aussi de s'attarder à toutes les expériences de migration pour lesquelles l'avenir des générations suivantes dépendra de la qualité de la parole transmise sur le parcours d'exil.

Cet exercice de solidarité du côté des psychologues et psychothérapeutes ne consiste pas tant à anticiper les solutions à mettre en œuvre qu'à prendre en compte l'expression des problématiques en jeu et co-construire avec les bénéficiaires et les partenaires les modalités de soins à promouvoir. Il y a là, pour peu qu'on ait confiance en son métier et son savoir-faire, le ferment d'un véritable métissage des savoirs et des actions, qui profite aussi bien aux uns qu'aux autres. Ici se retrouve une véritable position de témoin où l'autre n'est plus seul face à ce qui lui arrive; notre présence le réintroduit dans une humanité commune, et on devient son obligé en quelque sorte, à condition de se garder du risque de trop laisser le témoignage être infiltré d'idéologie. Cette position n'est plus celle d'un spécialiste, dont la théorie expliquerait tout, étant entendu qu'il faudra bien se réapproprier ce qui se présente chez l'autre comme tributaire de sa réalité psychique interne. J'ajouterais qu'il nous faudra probablement accepter de tenir une place de « tiers protecteur » !

N'en demeure pas moins que la position soignante devient complexe dans ces situations où la violence est extrêmement prégnante. C'est une position qui, en effet, doit être attentive à travers tout le récit traumatique, autant à la subjectivité du sujet qu'au contexte géopolitique. Or, le sujet ne peut traiter et traduire à lui seul l'impact traumatique extrême. Il doit passer pour ce faire par un autre sujet, dont l'empathie métabolisera cette

expérience. Cette empathie qui peut s'appuyer sur une sollicitude tempérée est ce qui permet l'accompagnement, l'exploration et l'épreuve de ce que les sujets agressés n'ont pu supporter. Cependant, au regard de telles situations, une position particulière mérite d'être mobilisée.

Avant de la préciser, je tiens à rappeler que la violence de ces traumatismes intentionnellement produits par d'autres porte atteinte à la confiance fondamentale en autrui, aux processus de liaison et aux liens intersubjectifs. Cette souffrance invalidante, cette « psychopathologie » générée par la violence, produit en effet une rupture dans les échanges sociaux de tout genre et voue à l'isolement, au silence, à la peur, voire à l'effroi. Elle produit une effraction du pare-excitation et entame le pacte narcissique. Par ailleurs, dans nombreux conflits ethniques, l'utilisation de la cruauté s'avère majeure et réfléchie dans ses moindres détails. Les sujets traumatisés sont donc soumis à une entreprise délibérée de destruction de leur enveloppe psychique, par rupture des liens permanents entretenus entre les faits psychiques et les univers référentiels. Les sujets sont instrumentalisés et rejetés hors de la condition humaine.

Avec précaution, tact et discrétion, des relations d'alliance sont à mobiliser pour faire vivre au sujet un début de re-solidarisation citoyenne, d'appartenance commune à l'humanité. Ceci peut conduire le sujet traumatisé à percevoir que le thérapeute partage à la fois quelque chose de la situation traumatogène et une opinion commune quant à l'intentionnalité de l'agresseur. Ceci peut lui permettre de vérifier aussi que tout n'a pas été atteint par la logique de l'effraction traumatique et qu'il peut, en tant que sujet, se relier à un autre sujet semblable et différent, sans que tous et tout soient soumis à l'identification aux actions et visions du monde des persécuteurs. C'est là où l'attention aux événements d'ordre collectif ayant produit des situations traumatiques est importante, tout comme il faut savoir considérer en tant que psychologues humanitaires les causes sociales et politiques et les phénomènes de déviance ou de perte des normes qui les accompagnent. L'intérêt d'une telle position, qui doit être prudemment maniée néanmoins, est, dans un premier temps, de remobiliser chez le sujet traumatisé une sorte de violence féconde qui s'appuie sur le principe vital et, dans un deuxième temps, de vérifier que sa propre violence peut s'exprimer sans qu'elle détruise le soignant. Cette dernière remarque est fondamentale, car elle peut conduire le sujet souffrant à protéger le soignant; il se dégage alors partiellement de l'expression totale de ce qu'il a subi pour alimenter la demande d'asile comme une pure revendication réparatrice. L'ensemble place le soignant

dans une véritable position de témoin, témoin d'une appartenance retrouvée à l'humaine condition, et non pas simple témoin passif et externe qui exacerberait le témoignage jusqu'à en déposséder la victime.

Cependant, une telle disposition soignante implique évidemment un réaménagement de la pratique clinique habituelle. Le thérapeute, en effet, n'est pas seulement en position d'amener le sujet à subjectiver une expérience non intégrée, il lui faut penser aussi avec ce dernier la manière dont il a lui-même été pensé et agi par son agresseur. Nous demeurons dès lors centrés sur une pratique et une théorie du soin qui s'appuient sur l'interaction. Voici un premier exemple clinique.

Les fantômes dans le récit d'une femme

Samira³ est une jeune femme bosniaque que je vais recevoir avec une interprète un mois après son arrivée à Lyon avec son mari⁴. Elle inquiète les hôtes du centre de refuge où ils sont hébergés, tant elle manifeste de la terreur quand elle croise des hommes. La nuit, les hurlements qu'elle pousse, provoqués par ses cauchemars qui la dressent sur son lit, réveillent les voisins qui s'en plaignent. Ces manifestations paroxystiques sont probablement amplifiées par les procédures de récit que mobilisent la demande d'asile et la situation de « familière et inquiétante étrangeté » occasionnée par l'hébergement collectif regroupant des communautés de réfugiés.

Elle a vingt-trois ans maintenant. La décision de s'exiler s'est précipitée dix ans après la fin du conflit (les accords de Dayton qui mettent fin au conflit en ex-Yougoslavie datent de 1995), alors que la maison qu'elle avait fini par occuper avec sa famille dans sa bourgade natale de Bosnie devait être rendue à une famille serbe. Leur propre maison à quelques centaines de mètres avait été brûlée par les milices serbes lors du conflit. À cette époque, jetée à la rue par l'incendie, sa famille fut rassemblée avec d'autres par les agresseurs et emmenée dans un centre de détention. Là, alors qu'elle a une dizaine d'années, elle est violée devant toute la communauté. Un de ses frères aînés qui tentait de la soustraire de l'agression est égorgé sur le champ⁵. Malgré la sidération, j'entends l'immense culpabilité qu'elle doit éprouver dans sa conscience de survivante paradoxale. Toutefois, elle ne se délivrera de cette précision factuelle tragique qu'après plusieurs séances où j'accepte de recevoir de manière répétitive ses éprouvés d'angoisse à la vue des hommes du foyer d'accueil. Ces derniers réapparaissent la nuit dans ses cauchemars en grandeur disproportionnée. Elle parle de géants agresseurs à figure monstrueuse qui l'entourent en vociférant, tels des « fantômes dans la chambre

d'enfant» qui font surgir des terreurs d'anéantissement, d'écartèlement et d'effondrement. Je les entends comme des traces internes d'une situation extrême qu'elle ne peut contrôler et qui envahissent autant sa vie diurne que nocturne. Ce sont évidemment des rêves traumatiques⁶. Psychiquement épuisée, somatiquement défaite par des douleurs importantes aux vertèbres cervicales, elle me fait craindre une possible décompensation que la nécessité du récit pour la demande d'asile pourrait précipiter. Aussi vais-je maintenir pendant plusieurs séances un écart de non-immédiateté de la communication par rapport à la situation traumatique, voire une certaine opacité, jusqu'à lui formuler une hypothèse ayant valeur de proposition d'alliance. Je me risque à lui dire que je la pense sous l'emprise d'hommes ayant commis sur elle des actes « hors de la communauté humaine », « contre la nature humaine », et que ce négatif radical la hante au point qu'ils continuent à avoir prise sur elle. Je crois avoir ajouté des mots au sujet de leur triomphe omnipotent, sans limites.

À cette formulation, elle s'effondre en pleurs, mais cela lui permet d'évoquer une sorte de honte extrême ressentie dans son environnement en Bosnie. Cette honte l'aurait poussée à partir, après qu'elle se soit mariée à un jeune coreligionnaire qu'elle dit aimer profondément, tout en le maintenant à distance sur le plan des rapprochés sexuels en conséquence d'une phobie du contact et une vie pulsionnelle neutralisée. Pour ma part, j'étais jusqu'alors assez décontenancé par une apparente froideur opératoire qui me faisait penser à un enfant « élevé à la dure » de manière un peu fruste, jusqu'à ce que je lui livre mon hypothèse sur ce qu'elle aurait subi. Vint alors le temps du récit des scènes traumatiques, soutenu sur le plan émotionnel par l'interprète de même origine qu'elle, lui proposant ainsi une espèce de « côte à côte » psychique que j'eus besoin d'accompagner parfois en me déplaçant de la position de face à face pour venir lui tenir l'avant-bras. Ce double étayage corporel m'apparut nécessaire pour soutenir ce dont cette jeune femme avait besoin pour se tourner vers les autres et tenter de partager le vécu de la situation traumatique. Je pus ainsi l'accompagner en l'aidant à maintenir des zones de tact, de discrétion sur l'extrême brutalité des événements afin de se protéger d'un éventuel envahissement, et de préserver chez elle la manière dont elle avait probablement cherché à se soigner elle-même en se mariant, contractant une union qui apparaissait comme blanche sur le plan sexuel. Ma constante préoccupation dans ce genre de situation est de ne pas « faire dire », le soignant pouvant être identifié par le sujet traumatisé comme un agresseur potentiel. En effet, le simple fait de poser des questions

ou même d'interpréter pourrait être vécu comme une manipulation mentale propre à l'agresseur. Il faut donc se garder de forcer l'autre à parler, tant le réel sidérant qui s'impose peut faire penser que les personnes traumatisées demeurent sous influence.

La fonction clinique

La question de la position du clinicien se pose donc au regard de cette influence du réel. La fonction clinique doit prendre valeur d'enveloppe psychique, le clinicien devenant ainsi porte-parole du *holding* (portage psychique) et du *handling* (portage corporel). Lorsque la relation avec l'interprète fonctionne bien (ce qui est le cas dans cet exemple), elle introduit un mouvement positif d'objectalisation dans cette parole adressée pour un autre (le soignant) à un quasi même (l'interprète), ce qui peut favoriser un dégagement de la sidération du traumatisme. L'interprète a par ailleurs une fonction médiatrice ; il peut être porteur du contexte culturel, social, politique du sujet, porteur d'un implicite qui permet à ce dernier de revivre un lien phatique, source éventuelle d'un attachement retrouvé. Cet attachement dans l'alliance qu'il mobilise peut dépolluer le sujet de l'idée selon laquelle le contexte culturel dont il est issu est globalement contaminé par la cruauté. Il est vrai a contrario que l'interprète peut être perçu comme étant éventuellement aussi du même monde que les agresseurs, et entretenir durablement chez les sujets traumatisés des vécus de méfiance et de persécution.

Le soignant doit être à l'affût de toutes ces dimensions de façon fine, d'autant qu'il est amené à intervenir dans une situation qui a son histoire. S'il est vrai que le contexte social et politique de la situation traumatique va se livrer rapidement parce que les personnes l'évoquent facilement, ce qui est de l'ordre de l'histoire du sujet demande à être mobilisé à son rythme. Chaque sujet singulier dans une même situation extrême va ainsi avoir une manière particulière de réagir. Il va ressentir cette situation de manière personnelle, de sorte qu'il faut être attentif au fait que l'explication politique et sociale ne recouvre ni ne résume jamais son ressenti. Il va par ailleurs organiser sa propre stratégie de survie, selon une « logique » qui découle de la manière dont il s'est construit jusque-là. Il sent « du dedans » ce qu'il a vécu, alors même que la détresse dans laquelle il se trouve peut nous faire penser qu'il est dans une impasse. Gardons-nous donc de proposer nos solutions, celles que notre savoir et nos théories du soin imposeraient, le risque étant de soumettre passivement le sujet à nos idéaux. En outre, ce genre de

traumatisme est tellement « impensable » que seule l'attention accordée à l'expérience psychique en sa particularité permet d'en rendre compte.

On doit peut-être se conforter alors dans l'idée que ce que nous apportons de plus précieux au sujet est la possibilité de ne plus être seul par rapport à ce qu'il éprouve. Samira, quant à elle, au fil des séances où elle évoque la scène traumatique, nous apporte un rêve qui se répétera. Elle donne naissance à un bébé dont elle dit qu'il est protégé par ses parents. Quand je lui demande comment elle interprète cette naissance, elle dit que c'est comme si elle recouvrait une position de femme (adulte précise-t-elle). Pour ma part, je pensais qu'elle commençait à balbutier un travail psychique de transformation intérieure, comme un processus réparateur. Nous l'avons ressenti aussi avec l'interprète comme un cadeau qu'elle offrait au couple soignant du même âge que ses parents ; comme le partage d'une expérience subjective qui pouvait commencer à se re-symboliser. Mais, à quelles conditions cela a-t-il été possible ? Il est probable qu'à partir de cette position de témoin empathique que j'ai occupée⁷, étayée par le contact consolant de l'interprète, elle ait pu s'autoriser à mettre en mots et en récit ce que l'expérience extrême avait sidéré, en précisant que c'était la première fois qu'elle en parlait. En d'autres termes, elle peut commencer à ré-habiter son être, se resituer dans son histoire d'avant et d'après la situation extrême, mais plus tout à fait dans une coupure dont la béance n'était jamais cicatrisable. Un traumatisme n'est-il jamais cicatrisable d'ailleurs ? L'enjeu psychique de la survie qui en découle passe probablement par le recours à d'autres raisons de vivre, sans annuler la blessure. Le rêve de Samira se réalisera une année plus tard, quand elle donnera naissance à un petit garçon. Après nous l'avoir présenté, elle nous demandera d'arrêter sa thérapie, dont elle avait déjà beaucoup espacé les séances pendant sa grossesse. Finalement, nous l'avons reçue pendant 18 mois, contrairement à Loutfia, dont les soins se dérouleront sur une petite dizaine d'années.

Loutfia qui délire pour se défendre de la violence subie

Loutfia est une jeune femme de 28 ans, cinquième d'une fratrie de huit, originaire du Kosovo, que je reçois avec une interprète, et accompagnée de son mari et de leur fille (3 ans). Ils ont fui le Kosovo, quelques mois auparavant, en passant par la Slovénie. D'entrée de jeu, le mari s'approprie l'entretien et évoque le tableau pathologique de sa femme : maux de tête, douleurs cardiaques, crises d'angoisse et cauchemars incessants, qui auraient occasionné de nombreuses consultations médicales dans leur pays, et ce, sans

qu'aucune amélioration ait pu être constatée. Il laisse entendre une certaine incompétence de la médecine de son pays.

Dans le flot continu de ses paroles, que l'interprète a du mal à suivre, se mêlent le récit confus de démêlées diverses dans leur ville d'origine, de conflits avec d'autres, notamment au sujet d'un différend quant au commerce qu'ils tenaient. Ils auraient acheté un magasin à une femme bosniaque qui aurait collaboré avec les Serbes, ce qui serait rédhibitoire dans le contexte local. De ce fait, ils auraient été victimes d'agressions très graves, ce qui aurait motivé l'exil. J'apprendrai quelques semaines plus tard, par Loutfia, que la famille de son mari est aussi soupçonnée d'avoir collaboré avec les Serbes et que sa propre famille était hostile à leur union qui s'est faite sans son assentiment.

J'ai beaucoup de mal à essayer de cadrer un peu cet entretien ; je suis pris dans le flot de paroles du mari, jusqu'à ce que j'arrive à capter l'attention de sa femme, jusqu'alors complètement apathique. Elle prononce quelques paroles qui animent la petite fille, laquelle devient très attentive à l'entretien. Je suis sensible à cette interaction, signe probable d'un lien très fort entre la mère et la fille, lien qui s'avérera problématique par la suite.

Nous arrivons à convenir à la fin de l'entretien que, par la suite, je recevrais Loutfia seule avec l'interprète, proposition qui reçoit son assentiment après que j'ai pu enfin préciser le cadre de ces rencontres, en particulier ce qui a trait au secret, autant le mien que celui de l'interprète. Le mari résiste un peu à l'idée que sa femme puisse être reçue seule ; il n'en comprend pas l'utilité et se pose en protecteur compréhensif de cette dernière. D'ailleurs, lors de plusieurs entretiens suivants, alors qu'il attend dans le couloir derrière la porte du bureau, il fera irruption dans les séances pour vérifier que tout se passe bien, ou pour réclamer un certificat pour son épouse. De toute évidence, il écoute.

Quinze jours plus tard...

Je la reçois seule avec l'interprète, d'origine kosovare et réfugiée comme elle, mais ayant acquis un droit d'asile politique. Cette fois-ci, elle est bien présente, mais envahie de rougeurs sur le visage et le cou ; elle se dit très angoissée. Je lui précise à nouveau le cadre des rencontres, notamment en ce qui a trait au secret professionnel et au fait qu'elle peut parler de ce qu'elle veut. Je perçois un début d'alliance avec l'interprète ; elles ont dû se parler dans la salle d'attente. Cela correspond à la fonction médiatrice de l'interprète ; si elle est de même origine, elle est à ce titre porteuse du contexte

culturel, social et politique du sujet/patient. Cette position, je le rappelle, peut par ailleurs aider à détoxiquer en partie le contexte d'origine de la cruauté extrême ayant été vécue.

Plusieurs semaines vont s'écouler avant qu'elle ne fasse en plusieurs temps le récit douloureux et tourmenté d'un viol, en rase campagne; une embuscade fomentée par quatre hommes cagoulés et vêtus de noir qui arrêtent leur voiture. Deux d'entre eux éloignent le mari et l'assomment, tandis que les deux autres la menacent d'une arme et, malgré sa résistance, la violent successivement. Je crois comprendre que la petite fille n'était pas très loin de la scène, assise et sanglée dans le siège d'auto de la voiture.

Bien évidemment, elle en éprouve un sentiment de honte extrême et dit en être constamment hantée. Cependant, elle exprime de manière discrète un début de sentiment de colère, que je soutiens, parce que d'une manière générale cette colère qui s'appuie sur un principe vital réactionnel peut aider le sujet agressé à sortir de l'anéantissement total, de l'impossibilité d'en dire quoi que ce soit. Je comprends que la colère viendrait du fait qu'elle n'a pas pu porter plainte, par crainte de la délation, même si le viol est interdit au Kosovo (« tout se sait au Kosovo », précise-t-elle), alors que le mari a porté plainte pour les violences qu'il avait subies. Elle a seulement rencontré sa gynécologue pour soigner une infection, consécutive au viol, et vérifier qu'elle n'était pas enceinte.

Petit à petit par la suite, va sourdre la colère contre le mari et la famille de ce dernier. Je crois comprendre qu'il y aurait eu un « contrat » contre le mari et le père du mari, ce dernier, après la Seconde Guerre mondiale, ayant participé à des confiscations de terres qui auraient avantagé des Serbes. Elle va revenir pendant plusieurs séances sur cet incident comme une manière sans doute de se présenter comme une victime de ce contexte. Rien ne va, depuis qu'elle s'est unie à cet homme, dont elle a été amoureuse cependant, et pour lequel elle a quitté sa famille. Ce contexte est tout compte fait assez classique à la lumière de ce qui nous est rapporté par les patients kosovars, avec ce fond clanique infiltré d'histoires de collaborations avec les Serbes, perçus comme des occupants du temps de l'entité yougoslave qui s'imposait à tous. J'ai pu par ailleurs approcher la réalité de ce contexte lors de séances de supervision que j'avais assurées sur place pendant le conflit au Kosovo.

Toutefois, derrière cette présentation pointe un conflit de loyauté de Loutfia à l'égard de sa famille et particulièrement de son père. Elle précise que ce dernier était franchement hostile à cette union, prévoyant un autre

mariage pour sa fille, dont elle n'a cependant pas tenu compte, et ce d'autant plus qu'une petite fille est née rapidement et n'a pas été présentée à sa famille. Elle évoque en ce sens un mariage où n'assiste aucun membre de sa famille. C'est donc d'une jeune adulte franchement en conflit avec sa famille dont il est question ; mais cette position nous indique que cette femme peut avoir des ressources pour résister, même si ce sont « les feux de l'amour » qui soutiennent cette position.

Reste une symptomatologie sévère post-traumatique, classique dans ses manifestations somatiques et psychiques, comportant des cauchemars et des reviviscences qui rendent la vie dans le foyer où ils sont hébergés provisoirement très problématique. Elle m'indique aussi qu'elle se refuse à tout contact sexuel avec son mari.

Une alliance se mobilise entre elle, l'interprète et moi-même qui lui fait réclamer des séances hebdomadaires, alors que, prudemment, je la voyais tous les 15 jours. J'accepte, d'autant que dans ces situations il est opportun de constituer un point fixe de contact qui permette de suivre les péripéties et persécutions juridico-administratives auxquelles ces personnes sont soumises dans les premiers temps de leur séjour sur le territoire français, tant qu'ils n'ont pas obtenu de titre de séjour. C'est le minima d'une position citoyenne, donc politique.

Ainsi, ils vont être expulsés du foyer par la police dans le but d'être renvoyés selon les accords de Dublin en Slovénie, où ils ont passé la frontière qui entre dans l'Union européenne. Le mari s'enfuit après qu'elle ait refusé de le suivre. Il va disparaître environ 8 mois. Elle en semble peu affectée. Soutenue par une association d'aide aux réfugiés, elle va être logée avec sa fille dans un hôtel et cette dernière sera scolarisée en maternelle.

C'est à partir de là qu'apparaissent chez elle des idées suicidaires (elle parle de boire de l'eau de javel), associées à des rituels de lavage purificateurs, typiques des manifestations qui suivent le viol. La journée, elle est seule, sans la présence protectrice de sa petite fille, dont elle dit cependant qu'elle s'intègre très bien à l'école. Les ressentis de culpabilité de s'être enfuie de la maison du père pour suivre l'homme dont elle était amoureuse sont à leur plus haut niveau. Mais surtout, elle commence à livrer le contenu d'hallucinations auditives qui la persécutent. Elle entend des voix d'hommes qui lui ordonnent de tuer sa fille, laquelle par ailleurs continue de faire preuve d'une préoccupation maternelle à l'égard de sa mère. À ce moment, cela fait 6 mois que je la vois. Loutfia vient moins régulièrement à ses séances. Elle me dit qu'elle oublie où elle s'est endormie, la nuit ne la

reposant pas, car elle lutte en particulier contre des impulsions de meurtre à l'égard de sa fille.

Devant ce tableau clinique qui se détériore, je la convaincs, non sans mal, de rencontrer un médecin-psychiatre femme, avec qui elle va s'entendre pour un traitement qui va évoluer vers des anti-psychotiques. Cependant, nous avons conscience que le diagnostic posé a surtout pour fonction de nous rassurer. J'ai malgré tout le sentiment qu'avec ce traitement une alliance s'est créée avec le médecin. Pendant ce temps, elle résiste à une nouvelle tentative d'expulsion par la police qui veut la conduire au centre de rétention. Elle leur brandit au nez ses feuilles de rendez-vous avec moi et ses ordonnances médicales qui les dissuadent de passer à l'acte. Encore une fois, elle a des ressources.

Malgré cela, nous sommes confrontés à l'évolution d'une problématique post-traumatique sévère, ayant éventuellement des modes d'expression psychotiques. De fait, l'une des particularités du trauma est qu'il peut rejoindre dans le psychisme l'originaire du sujet et faire resurgir éventuellement des angoisses d'anéantissement, de morcellement, d'effondrement. Dans ce cas, les enveloppes psychiques primaires peuvent être démantelées (psychiques et psychosociales), les limites entre soi et les autres, entre le dedans et le dehors peuvent être perforées, comme peut être entamée, voire détruite, l'efficacité symbolique. On voit bien là les risques d'épisodes psychotiques, dans la dépersonnalisation, dans la désintrication des images du corps, dans les sensations d'étrangeté, dans la sidération de la mémoire et encore une fois dans les effets anti-symboliques, où le corps seul devient le lieu de représentations pathogènes à travers les multiples plaintes somatiques (elle en usera massivement d'ailleurs, se faisant prescrire un nombre important d'investigations médicales, par la suite). Le corps fait donc signe à défaut de faire sens, et prend valeur de rappel traumatique. On retrouve en particulier ces signes quand des attaques intentionnelles produites sur des sujets relèvent d'une attaque à l'endroit des contrats narcissiques ou, en d'autres termes, des liens qui assurent à chacun l'appartenance à la commune humanité. Cette évolution met à jour une production délirante à base d'hallucinations auditives qui entravent la vie déjà compliquée de cette patiente.

Huit mois plus tard, le mari réapparaît; un mois après, elle est enceinte. La grossesse va être assez chaotique, du fait qu'ils vont être contraints de changer plusieurs fois de logement, sans toutefois se sortir d'une précarité relative. Curieusement, les voix vont s'atténuer pendant cette grossesse, comme pendant la grossesse suivante d'ailleurs, et ce à partir du moment où elle sent le bébé bouger. Y aurait-il un équivalent entre les voix internes et les mouvements

internes qui feraient que ces derniers accapareraient son attention psychique au détriment des autres ? Cela restera longtemps un point d'énigme pour moi.

Cependant, l'attention protectrice de sa fille à son égard ne se relâche pas, elle y fait abondamment référence dans les séances, m'interrogeant pour savoir si elle doit répondre à toutes ses questions qui la surprennent mais surtout l'agacent. Elle me demande si sa fille, qui n'avait pas tout à fait 3 ans au moment du viol, se souvient de celui-ci. Elle accouche d'un garçon, dans les mêmes conditions que la première naissance, précise-t-elle : perte des eaux avant terme et césarienne. Elle vient me le présenter 15 jours plus tard. Mais les voix lui ordonnant de tuer sa fille reprennent de plus belle, avec des impulsions associées, d'autant plus que la fille dort dans son lit, ce qui lui permet de tenir le mari à distance. La psychiatre note sur le dossier qu'elle augmente les doses d'anti-psychotiques qu'elle avait arrêtées pendant la grossesse, et s'organise pour faire face à une éventuelle situation d'urgence. Dans le même temps, à partir de l'école, la petite fille va bénéficier d'une courte prise en charge dans un centre médico-psychologique. Un appartement relativement plus spacieux leur est proposé. Ils reçoivent un rejet de leur demande d'asile, mais sans référence, cette fois, aux accords de Dublin. Ils font une demande de séjour médical pour elle et d'accompagnant pour lui qui sera rejetée. Je la vois toujours en compagnie du bébé, dont je surveille la qualité des liens à sa mère et sa capacité à établir des liens avec moi grâce à l'attention conjointe. Ce bébé va bien de ce côté, mais va développer petit à petit des conduites alimentaires restrictives qui perdurent encore actuellement malgré un suivi médical à l'extérieur. Toutefois, la fréquentation de la cantine scolaire à son entrée en maternelle va améliorer ce comportement.

Les hallucinations délirantes ne cessent pas. « Une partie du cerveau serait abîmée, cette partie ne tiendrait plus le corps et le ferait s'effondrer », me dit-elle. Mais comme le souligne Winnicott, « l'effondrement a déjà eu lieu ». Il est vrai que nous parlons en séance des deux parties : la bonne et la mauvaise qui sont en lutte. Elle précise : « une partie noire qui tue la fille et parle des morts, une partie blanche qui combat pour vivre ». La petite fille par ailleurs s'intègre parfaitement, parle bien le français, va intégrer l'école primaire sous peu et continue d'assurer une position de liaison entre sa mère et l'environnement extérieur.

Pour la première fois, alors que nous nous voyons depuis deux ans, nous essayons d'évoquer des problématiques infantiles, mais elle s'y dérobe sous prétexte qu'elle n'a plus aucun contact avec ses parents. J'ai évidemment toujours en tête d'essayer de nous décentrer des événements traumatiques,

pour essayer de repérer avec elle ce qu'ils viendraient éventuellement répéter d'un désordre psychologique antérieur. Avec réalisme, elle concède seulement qu'elle était une petite fille inquiète, mais bonne à l'école. La guerre a interrompu ses études, dispersé à l'étranger les aînés de la fratrie. Seule sa sœur la plus proche, exilée en Suisse, reste en lien avec elle, ce dont elle parle volontiers. Elle aimerait se rapprocher d'elle. Elle évoque, avec résistance, un père rigide, violent, engagé dans le conflit kosovar; son propre père ayant été exécuté par les Serbes. Elle renouvelle l'hostilité paternelle, radicale, à son union. Sa mère qui a vécu en Macédoine avant de se marier (mariage arrangé, comme celui que lui proposait son père) est décrite comme énergique avec une progéniture nombreuse. La pathologie cardiaque de celle-ci, rapportée par la sœur en Suisse, l'inquiète. Elle se résoudra à l'appeler au téléphone, quelques mois plus tard. La mère décédera début 2010, sans qu'elle ait pu la revoir. Quelques semaines plus tard, des voix lui diront de ne pas me parler (parce que je suis un homme). De quoi? Sa famille est très traditionnelle, contrairement à la famille du mari, ayant adopté la « modernité » yougoslave. Le grand-père du mari avait obligé les femmes à ne plus porter de foulards. Parfois, quand les voix sont trop envahissantes, elle invoque Dieu (Allah) et prie. Elle reste accrochée au traumatisme qui demeure actuel: « catastrophe », répète-t-elle très souvent.

Peu après, le recours en appel de sa demande d'asile pour raisons médicales est rejeté, de même que celui du mari, pour des raisons politiques. Cependant, un appartement plus grand leur est proposé par une association, qui tient compte de l'agrandissement de la famille. Elle ne cesse de délirer et multiplie les explorations médicales en vain: cerveau, cœur, poumon, estomac. Nous considérons avec le médecin la possibilité d'une hospitalisation, aménagée dans une clinique pour femmes, qu'elle refuse.

Début 2010, soit 4 ans après notre première rencontre, elle obtient, pour un an renouvelable, une carte de séjour médical pour raisons psychiatriques à son nom de jeune fille (elle me dit qu'en fait elle n'est pas mariée!) et son « mari » est accepté comme accompagnant, ce qui permet à ce dernier de travailler. Pour des raisons administratives, nous n'avons plus d'interprète, mais elle insiste pour continuer avec son français élémentaire. De toute façon, elle précise qu'elle ne veut pas d'autre interprète que celle que nous avons. Elle commence à participer à un groupe de réfugiés de son quartier, animé par une association de soutien. Je la conforte dans cette initiative.

Au retour de l'été 2010, elle est de nouveau enceinte. Les voix s'intensifient, la petite fille poserait trop de questions et, pour la première fois, il est

évoqué que celle-ci aurait assisté au viol. Le bébé bouge dans son ventre et les voix s'atténuent. C'est une période plus calme, où l'on essaye de reprendre son histoire. Elle me rappelle que je suis la première personne à qui elle a parlé du viol : je suis dépositaire de cette histoire. Elle remarque que je dois avoir l'âge de son père, et je pense en effet avoir mis à sa disposition une position psychique où je peux être investi narcissiquement comme tel. En suivant Winnicott, je me suis placé là où elle pouvait me trouver, comme « objet subjectif » (transfert). Cependant, alors qu'elle se dit en conflit avec son père, elle ne s'est mise en colère qu'une seule fois, contre moi, alors que nous tentions de parler de la vie avant le viol.

Au printemps 2011, elle accouche par césarienne d'un autre petit garçon ; elle dit qu'elle a été bien entourée pendant cet accouchement. Les médecins lui ont parlé. Il est question, autour de l'évocation de cet événement, d'un projet de ligature des trompes. Hésitante, elle finira par refuser. Elle me signale que le prénom kosovar de cet enfant pourrait avoir une signification proche du mot « acier » en français, à savoir quelque chose de dur. Je pense à la signification générique du mot « résilience » qui est la résistance d'un matériau à un choc, « dur comme de l'acier ». Ils obtiennent un nouvel appartement mieux adapté à leurs besoins.

Fin 2011, les hallucinations deviennent visuelles. Du moins, elle me fait part que son corps se couvre de noir, en particulier les mains et le visage. Elle se voit comme une femme masquée et gantée comme les agresseurs, précise-t-elle, et les Serbes qui faisaient irruption chez eux, quand elle avait 18 ans au Kosovo. Je lui fais remarquer que c'est aussi la tenue traditionnelle que les maris ou les pères intégristes imposent aux femmes musulmanes. Les mains noires sont présentes dans les séances, elle me les montre ; le sang circule à toute vitesse dans son corps, comme un serpent, du ventre à la gorge. La milice kosovare qui terrorisait ceux qui avaient collaboré s'appelait « les Aigles noirs ». Je ne peux m'empêcher de penser à la chanson de Barbara : *L'aigle noir*, chanson sur l'inceste, père-fille. Il est vrai que ceux qui l'ont agressée sont du même camp que son père.

Début 2012, elle est régulièrement absente aux séances ; elle surgit un jour, complètement hallucinée. Les mains noires, le sang qui circule, des souris qui courent sur le sol et les serpents au-dessus de ma tête. Elle semble terrorisée et en même temps très persuasive ; je pense à la figure persuasive de l'hystérique. Je me représente les souris, je les vois dans ma maison de campagne, où elles y courent parfois sous l'œil fatigué du vieux chat. Quant aux serpents, il me vient la représentation de ceux qui entourent la tête

tranchée de la Méduse de Caravage, ornant un bouclier en bois, exposée au musée de Florence. On dit dans la légende que l'asymétrie de la face expose la fonction apotropaïque, c'est-à-dire qu'en même temps qu'elle détourne « le mauvais œil », elle provoque l'effroi. En un mouvement je les chasse de ma tête et m'entends lui dire : « Pour qui sont ces serpents qui sifflent sur [ma] tête ? » (Racine, *Andromaque*, Acte V, scène 5 : Oreste, halluciné, voit Hermione se suicider sur le corps de Pyrrhus qu'il a lui-même tué, manipulé par Hermione), comme si je participais à l'état d'hallucinations et en même temps introduisais du jeu pour me décrocher (Bion, 1982). Elle marmonne quelque chose, comme quoi c'est la partie noire de sa tête qui voit ça ; nous en convenons, mais elle est vraiment très perturbée et habitée par ses hallucinations. Cependant, cette séance qui survient après une longue absence me fait penser qu'elle est venue « rejouer » la scène du viol. Je lui fais part prudemment de mon sentiment en soulignant qu'elle est ici en sécurité, m'appuyant sur cette position de « tiers protecteur », comme secourable présence.

Conclusion

Freud (1924) précise que d'un point de vue dynamique, l'hallucination est issue d'un conflit primaire entre le moi et le monde extérieur que le pré-conscient n'a pas réussi à gérer : dans l'urgence, une situation confronte le sujet à une expérience sensori-affective inélaborable. C'est ainsi qu'il définit aussi le trauma et, dans notre expérience avec des patients traumatisés, nous y souscrivons : ces personnes ont été soumises à une réalité externe intolérable, une expérience sensori-affective qui n'a pas été élaborée, symbolisée ou pensée, et qui a provoqué de l'effroi (effraction du pare-excitation), dès lors que l'angoisse n'a pu servir de préparation. Les constructions hallucinatoires s'effectuent à partir de traces, laissées dans la psyché par l'expérience intolérable. Freud parle de « magasin des accessoires », dans lequel sera puisé le matériel pour créer des hallucinations. Rappelons que Freud indique que l'hallucination se produit au contact d'une tension intolérable, par décharge. Son modèle s'appuie sur les débuts de la vie psychique, lorsque l'hallucination de l'objet satisfaisant répond au besoin de celui-ci. C'est l'importance d'un autre (la personne secourable) qui entraîne l'abandon progressif de ce mode de décharge.

Nous sommes toujours ramenés à la scène insupportable du viol, celle des hommes en noir qui éloignent son mari et l'assomment, puis la violent successivement devant sa petite fille. Elle ne peut pas porter plainte, nulle trace de ce qui lui a été infligé n'est reconnue comme un crime ; l'œuvre

de justice qui fait partie de la reconstruction d'un sujet n'a pu se faire. De ce côté, elle est maintenue hors sujet. À ce titre, elle me confie que ce que j'entends comme pouvant porter *a minima* à une position de sujet, à savoir son journal intime, est resté au Kosovo. Pourrait-elle recommencer à écrire ? « À 35 ans, ce n'est plus possible », répond-elle. *Hors sujet* encore ; son dossier à la préfecture a été mélangé par le médecin administratif qui instruit son dossier : c'est son mari qui est le malade et elle, l'accompagnante, paradoxe qui rend fou. Du coup, elle a vu là-bas souris et serpents ! Finalement, la situation s'arrangera, mais cela indique bien que, parfois, le personnel administratif prend peu de précautions à l'endroit de ces personnes.

Nous communiquons avec la psychiatre, qui la voit régulièrement et décidons de nous rencontrer. Nous parlons des hallucinations comme d'une manière de se défendre de l'insupportable viol. Le traitement est réduit, et Loutfia commence à critiquer les hallucinations, en particulier les voix qui lui ordonnaient de tuer sa fille : « Ma tête est en guerre, dit-elle, comment faire la paix ? », « Comment ça s'écrit « paix » ? » demande-t-elle. Nous l'écrivons sur son carnet qu'elle emporte avec elle. À la séance suivante, des piqûres sortaient de son visage, un liquide en suintait : « Est-ce le mal qui s'en va ? » m'interrogeait-elle. « Je suis folle, devenue folle », ajoute-t-elle. Il est vrai que de telles situations peuvent rendre fou. Le bestiaire des hallucinations délirantes en est peut-être une trace. Halluciner n'est-ce pas aussi une manière de percevoir l'impensé ? « Bon an mal an », Loutfia va s'apaiser : le délire a disparu, laissant place à une femme encore angoissée. Je lui ai toutefois appris la fonction réparatrice de l'angoisse : elle lui est devenue attentive comme elle l'était à son apparence corporelle. Attentive aussi à moi-même ; elle perçoit ma fatigue par exemple, elle s'inquiète pour ma santé, et se demande si je vais travailler encore longtemps. Cela va faire presque 10 ans que nous nous voyons. Il y a eu, certes, de grandes interruptions dues pour certaines au fait qu'elle et sa famille ont parfois dû se cacher pour échapper aux expulsions, mais aussi en fonction de son état psychique et de son ambivalence, au début, à se présenter aux séances. À sa demande, nous venons de convenir que nous continuerons à nous voir, mais moins souvent, pour garder un lien. Elle vient d'obtenir un titre de séjour de 10 ans, ce qui est une sorte de reconnaissance juridique du traumatisme.

Du reste, à propos de ces patients, je pense souvent à Sophocle, qui faisait dire à Électre : « Ma douleur est d'une sorte que nul ne connaît. » Mais, le sujet seul ne peut la connaître, il doit pour ce faire se tourner vers un autre. Mouvement d'objectalisation et travail de subjectivation vont de pair.

Cela reste complexe, car le plus souvent, la violence anéantit le recours à l'autre tant le contexte traumatique s'impose massivement. La pratique clinique doit s'en trouver réaménagée, car il ne s'agit plus simplement d'aider le patient à subjectiver une expérience non intégrée, mais de construire avec ce dernier la manière dont il a été pensé et agi par son agresseur. Pris par l'effroi, les sujets victimes de violence se sont sentis réduits à l'état d'objets et rejetés hors de la « commune humanité ». Cela nécessite de ne pas rejeter les auteurs de la violence du seul côté de la barbarie, car cela correspondrait, dans le même temps, à une réduction dangereuse de l'altérité.

Francis Maqueda
rancis.maqueda@orange.fr

Notes

1. Racine. *Andromaque*. Acte V, scène 5.
2. Les demandeurs d'asile représentant par ailleurs la conséquence même des conflits que j'évoquais précédemment.
3. Il s'agit d'un prénom fictif, comme les prénoms suivants, d'ailleurs.
4. Je la reçois dans un centre d'accueil de soin et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde (MDM) à Lyon, où nous sommes une dizaine de cliniciens à donner un peu de notre temps. J'y travaille depuis une quinzaine d'années, une demi-journée par semaine.
5. Dans un premier temps, l'interprète a traduit « tranché la tête », mais nous en étions tellement sidérés que je préfère m'en tenir au terme « d'éborgé », ce qui n'enlève rien à la cruauté extrême de l'acte.
6. Je me fais l'hypothèse que ces rêves sont des reproductions à l'identique d'une scène d'horreur déjà vécue, scène dont elle tait l'issue. Ces géants sont proportionnellement des adultes pour un enfant, il n'y a pas vraiment de symbolisation, de travail de transformation propre au rêve.
7. Dans ces situations, le thérapeute est « porteur d'affects », d'autant qu'il a été en position de recevoir la parole souvent violente des sujets traumatisés. Derrière l'indifférence parfois décrite de ces derniers se cache en fait une hyper-attention à l'autre qui guetterait les affects provoqués par leur histoire. C'est aussi une manière de vérifier l'effet de l'horreur provoqué par leur récit.

Références

- Arendt, H. (1972). *Le système totalitaire*. Paris: Le Seuil.
- Bettelheim, B. (1972). *Le cœur conscient*. Paris: Laffond.
- Bion, W. (1982). *Transformations*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1924). *Névrose, Psychose et perversions*. Paris: Puf, 1973.
- Lévinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Paris: Poche Biblio, 1990.
- Maqueda, F. (1997). La purification, les pontifes et les psy. *Filigrane* 6 (1), 35-52.
- Maqueda, F. (1998). *Carnets d'un psy dans l'humanitaire. Paysages de l'autre*. Toulouse: Ères.
- Maqueda, F. (2008). *Rivages identitaires. Exercices de passeur*. Revigny-sur-Ornain: Desclée de Brouwer.