

---

 René Roussillon

Merci Tigran, merci à tous d'être là. Comme je passe en dernier, je me suis dit que c'était peut-être intéressant d'essayer de voir s'il n'y avait pas un certain nombre de choses à ressaisir, à préciser. Beaucoup de confrontations avec des situations concrètes de prise en charge du traumatisme ont été évoquées. Peut-on faire une théorie générale de la question, ou en tout cas, proposer quelques linéaments, quelques points de repères de ses fondements ?

Je commencerais par deux propositions qui sont assez directement issues de ce que j'ai entendu et qui paraissent être des points importants. La question du traumatisme est menacée par le poids du réel, tout le temps. Autrement dit, il y a toujours une question qui est posée : qu'est-ce qui constitue le traumatisme ? Est-ce que c'est l'évènement tel qu'il s'est produit ou est-ce que c'est l'impact qu'il a eu sur le sujet qui y a été confronté ? Thierry Bokanowski tout à l'heure me faisait l'honneur de citer cette petite phrase où je souligne qu'il n'y a pas de traumatisme en soi. Le traumatisme est fondamentalement « pour un sujet » et on pourrait même dire pour un sujet à un moment donné, à cette époque de sa vie compte tenu du contexte particulier, c'est-à-dire qu'il y a un certain nombre de situations qui vont prendre un caractère traumatique à un moment donné qui n'auront pas nécessairement de caractère traumatique à d'autres moments. On traverse un certain nombre de crise pendant l'histoire de notre organisation, la crise œdipienne, la crise de l'adolescence, etc. Ces situations de crise ont une particularité, c'est qu'elles sont organisées par le fait que nous mettons au travail quelque chose, par exemple la différence des sexes et des générations au moment de la crise œdipienne, par exemple la différence entre sexualité infantile et sexualité adulte au moment de l'adolescence. Quand nous mettons au travail une dimension particulière de l'histoire de notre processus, nous avons une vulnérabilité particulière à tous les éléments qui constituent, qui forment la trame de cette crise ce qui veut dire que les événements qui nous affectent à ce moment-là nous affectent aussi par rapport à l'histoire de notre processus de développement et ne nous affectent pas de la manière. Par exemple, la différence sexualité infantile/sexualité adulte, à moins qu'il y ait un abus sexuel, ne va pas affecter fondamentalement un enfant qui est en pleine période d'organisation de la différence des sexes et de la différence des générations. Par contre, il en sera affecté de manière tout à fait centrale au moment de l'adolescence. Cela dépend donc de notre degré d'organisation psychique, il est bien évident qu'il y a un certain nombre de choses qui vont affecter l'organisation psychique d'un bébé qui n'affecteront pas l'organisation psychique de ce sujet, 4 ans, 5 ans plus tard, surtout s'il a bien traversé les étapes préalables. Il n'y a de traumatisme que pour un sujet et non seulement il n'y a de traumatisme que pour un sujet mais il n'y a pas le traumatisme mais des traumatismes, des formes de traumatisme. Selon

que le traumatisme est vécu dans l'intimité d'un sujet ou bien qu'il est partagé collectivement, les modalités de rencontre et d'élaboration de la traumatique de la situation traumatique ne seront pas les mêmes. Je pense que par là même, les dispositifs de soin ou de prise en charge ne vont pas être les mêmes non plus.

Je ferais une deuxième proposition, la manière dont nous organisons nos dispositifs de soin ou de prise en charge pour autant qu'ils soient cliniques, - je me place dans une perspective clinique -, que l'organisation de ces dispositifs de soin ou de prise en charge est étroitement dépendant, certes des conjonctures sociales auxquelles nous sommes confrontées, mais sûrement aussi de la théorie que nous faisons de ce qu'est le traumatisme, le traumatisme pour ce sujet-là. C'est-à-dire la représentation que nous nous faisons de ce qui peut être traumatique mais c'est aussi la théorie que nous nous faisons de manière générale de ce qui peut constituer une situation traumatique. Cette proposition a une conséquence immédiate : si on veut essayer de creuser la question du traumatisme, il faut en même temps et inmanquablement souligner qu'elle implique une certaine théorie du fonctionnement de la vie psychique. Ce qui fait traumatisme, ce qui est traumatique, ce qui fait trauma pour un sujet pour reprendre c'est ce qui va d'une certaine manière mettre en panne son processus psychique. Et si on veut penser ce qui met en panne le processus psychique, il faut aussi avoir une certaine représentation du processus psychique lui-même. On a des choix théoriques à faire : réel, symbolique, imaginaire du côté de la pensée Lacanienne, ou bien dans la pensée Freudienne que nous représentons ici, ça ne fonctionne pas dans les mêmes termes, ça va se mettre à fonctionner avec la formule de Freud « Wo Es war, soll Ich werden », c'est-à-dire, « là où ça était, il faut que le sujet advienne ». Voilà une théorie du fonctionnement psychique, voilà une vectorisation du fonctionnement psychique. On part d'un Es, d'un Ça, d'une expérience subjective, - Freud a une très belle formule à un moment donné, il parle de la « matière première psychique », - le Es c'est la matière première psychique et soll Ich werden, indique qu'il va y avoir une tension en direction d'un processus où un Ich, un sujet, un moi-sujet va advenir, pas simplement un moi mais bien un moi-sujet, un moi en tant que sujet.

Voilà une théorie de la trajectoire psychique qui implique qu'il y a trauma toutes les fois que l'expérience subjective première, l'expérience à laquelle le sujet a été confronté mais qui n'est pas encore subjectivée, toutes les fois que cette expérience-là va connaître des obstacles majeurs dans le processus de subjectivation, dans le « devenir sujet ». Freud en 1923 dit ; on ne peut plus dire l'inconscient parce qu'il en a plus d'un, cessons de substantifier l'inconscient, cessons de le mettre avec une majuscule pour le penser comme simple adjectif, il y a plusieurs manières d'être inconscient. Freud énumère, il y a le cas où quelque chose qui est inconscient peut relativement facilement devenir conscient, c'est ce qu'il appelle le pré-conscient. Il y a les cas où ce qui est inconscient devient plus difficilement conscient, c'est le refoulé et le retour du refoulé. Puis, dit-il, il y a quelque chose de très différent, c'est une forme qui est

non susceptible de devenir consciente sous cette forme-là. C'est tout à fait essentiel, c'est tout à fait fondamental parce que ça veut dire que si ce n'est pas possible que ça devienne conscient sous cette forme-là, ça veut dire qu'il va falloir le transformer pour que ça puisse devenir conscient.

Et cette transformation-là le sujet ne peut la faire seul, il va devoir passer par la rencontre avec des objets-autres-sujets, par la rencontre avec des analystes, avec des cliniciens avec les agents importantes et essentiels de sa vie. Quand on essaie de comprendre qu'est-ce qui est nécessaire dans ce travail de transformation pour que le devenir conscient on bute sur la question de la conscience. Peut-être que maintenant au début du 21<sup>ème</sup> siècle, on ne dirait plus devenir conscient parce que la conscience que Freud nomme à ce moment-là, c'est la forme même de la réflexivité, « avoir conscience de » c'est non seulement qu'un processus se déroule mais qu'il y ait une boucle de réflexivité de ce processus. Nous avons appris avec l'histoire de la psychanalyse en particulier, qu'il y avait des possibilités de réflexivité qui n'étaient pas conscientes et nous avons, heureusement pour nous, des tas de régulations qui sont réflexives sans être complètement conscientes.

Autrement dit, qu'est-ce qui fait qu'un processus devient réflexif ? La question, est celle du devenir réflexif et elle confronte à la question de la symbolisation. Si on admet, en effet, que ce qui caractérise la symbolisation, c'est que d'une certaine manière, ce qui n'est pas vrai de la représentation, la symbolisation, c'est une représentation qui « se sait » être représentation. Il existe des représentations qui ne savent pas qu'elles sont représentations, par exemple, une hallucination, le sujet est traversé, est envahi par quelque chose qui se présente à lui, qui se présente sans représenter qu'elle se représente. Pour moi la symbolisation c'est une représentation réflexive. A partir du moment où on a soulevé cette question, il en découle que le processus de subjectivation, le devenir Ich dont je parlais tout à l'heure, le devenir sujet, passe par un processus de symbolisation et un processus d'appropriation subjective.

Donc, on peut dès lors cerner une définition du trauma : il concerne tout ce qui peut mettre en panne la symbolisation et avec elle l'appropriation subjective. Ce n'est pas nécessairement ainsi, quand la symbolisation est mise en panne, généralement l'appropriation subjective a beaucoup de difficulté à s'effectuer, mais il existe des systèmes de symbolisation qui marchent et par contre, des systèmes d'appropriation subjective qui ne marchent pas. Je pense en particulier à ce que Freud appelle le rêve de complaisance. Il découvre en 1923, qu'on peut rêver pour l'économie psychique de l'autre, rêver pour faire plaisir à l'autre. On peut donc symboliser non pas pour soi mais pour l'autre. A partir de ce moment-là, symbolisation et appropriation subjective doivent être différenciées parce qu'on peut symboliser pour le compte d'un autre, c'est le cas de tous les enfants symptômes et de toute une série de problématiques où le sujet ne vit pas tant pour lui, pour son économie narcissique propre, mais où il est missionné.

Freud propose une jolie métaphore pleine d'intérêt pour se représenter le processus psychique. Quand il essaie d'expliquer à ses patients, comment s'y prendre pour faire de la psychanalyse, il donne une idée de la vectorisation du fonctionnement psychique : « imaginez que vous êtes dans un train, le train roule, il y a un paysage qui défile sous vos yeux, vous décrivez à quelqu'un qui ne le voit pas le paysage qui défile ainsi ».

Le processus qu'il propose comporte deux opérations.

Une première opération qui fait passer de la matière première brute qui est celle de la motricité de la pulsion jusqu'à une représentation visuelle qui suppose un travail de scénarisation, « paysagisation », qui s'appelle dans le vocabulaire habituel de la psychanalyse une représentation de chose.

Puis, un deuxième travail qui va être de transférer ces représentations de choses dans un appareil à langage, dans un appareil narratif, dans une adresse effectivement à un autre sujet qui est là pour entendre et recueillir. On s'aperçoit qu'on a bien là deux processus différents ce qui veut dire qu'on peut avoir des traumatismes qui vont affecter la première partie du processus, le train est en panne, on traverse un désert, il n'y a rien à voir, le sujet est aveuglé par quelques lumières éblouissantes qui lui arrivent dessus, il est sidéré par quelque chose comme un processus hallucinatoire, il ne voit rien, il ne peut rien décrire mais pas parce qu'il est incapable de passer de la représentation de chose à la représentation de mot, il est plutôt incapable de mettre en scène ce qu'il vit. On peut penser par exemple à des formes d'échec du processus du rêve, aux cauchemars, aux rêves blancs, aux rêves de processus du type écran du rêve décrits par Bertram Lewin... où en fait, le processus de symbolisation est véritablement sidéré à la base, pas complètement à la base, heureusement il y a toujours des petits linéaments, mais il est en tout cas sidéré dans ses toutes premières formes.

Ensuite il va avoir les formes tout à fait secondarisées du processus dans lesquelles il s'agit d'essayer d'arriver à oser mettre en mots, formuler, transférer dans l'appareil de langage quelque chose à quoi le sujet a été confronté et qu'il a pu transformer sous forme de représentations à l'intérieur de lui-même et qu'il doit transférer à un autre alors. Interviennent alors les divers refoulement qu'on a évoqué tout à l'heure, les diverses censures qui vont s'exercer sur son fonctionnement psychique.

Tigran l'a souligné tout à l'heure, à Lyon nous travaillons beaucoup sur la problématique des situations limites et extrêmes ce qui conduit à sélectionner un angle d'attaque du côté des situations extrêmes et des situations limites, c'est-à-dire du côté des traumatismes qui affectent le processus de symbolisation dans ses tous premiers moments, à l'état naissant, dans son processus émergent. Le traumatisme primaire affecte le fonctionnement même du processus primaire. Thierry Bokanowski disait tout à l'heure, qu'il s'agit d'un trauma « au-delà du principe de plaisir ». Effectivement, nous sommes devant une question qui va se formuler en termes de contrainte de répétition et répétition « d'expériences

n'ayant pas amenées de satisfaction », ce sont les termes de Freud de 1920 « au-delà du principe de plaisir ». Une des caractéristiques de ce trauma comme pour tous les traumas, c'est qu'il attaque le fonctionnement psychique, il attaque le fonctionnement de la psyché, il la prend à rebours, il la prend de biais, il la met en panne. Il la met en panne parce qu'il comporte à l'intérieur de lui-même une menace qui pèse sur l'autoconservation du sujet. C'est quelque chose qui est extrêmement important, dans ces traumas primaires, la question de la vie, la vie ou la vie psychique, est engagée. Les traumas de guerre sont de cet ordre-là bien sûr, mais les traumas précoces tels que les décrit Winnicott quand il parle des agonies psychiques sont aussi de cet ordre-là, les grandes situations traumatiques des bébés, marasme, dépression anaclitique qui ont été décrites par Spitz et par de nombreux autres depuis sont aussi de ce même ordre-là. Les traumas précoces, les dépressions essentielles, les structures mélancoliformes, mais aussi du côté de la psychose, aussi du côté de toute une série de situations limites ou de cas limites comme on les appelle.

La vie et/ou la vie psychique est menacée, il n'est même pas très sûr à ce moment-là qu'il y ait une pertinence à faire la différence entre vie et vie psychique, parce que d'une certaine manière, dans ce qu'éprouve le sujet, l'une et l'autre sont confondues. J'ai pu dire à une époque qu'une des caractéristiques de ces expériences donc d'extrême menace comportant un vécu potentiel d'annihilation, d'angoisse disséquant dit Winnicott, qu'elles étaient caractérisées par une absence de représentations. Depuis que j'ai intégré les travaux des neurosciences sur la question des processus de représentation à l'intérieur du cerveau et de manière générale dans la psyché, j'ai maintenant la conviction qu'il n'y a pas une absence complète de représentations. Je serais tenté par contre de dire que le mode de représentation qu'il y a dans ces situations extrêmes, c'est une représentation par l'affect et par des formes d'affects extrêmes. Ce n'est pas une complète absence de représentations, mais des représentations peu déployées, peu sophistiquées pour lesquelles la différenciation, entre l'affect et la représentation, n'a pas de pertinence. Ce qui veut dire que nous sommes en face d'affects qui représentent la situation : en reprenant le langage freudien on peut évoquer l'effroi, ou la terreur, la terreur sans nom évoquée par Bion, effroi c'est le terme qu'utilise Freud, l'agonie c'est le terme que va utiliser Winnicott.

Ce sont des affects extrêmes, je crois qu'on peut dire qu'il n'y a pas de trauma sans un vécu de douleur, et je ne dis pas souffrance qui suppose déjà une certaine subjectivation, une certaine reprise en quelque sorte par le sujet, mais de la douleur dans ce qu'elle a comme caractéristique effractante. On parlait d'enveloppe tout à l'heure, il s'agit d'expériences qui viennent percer le pare-excitations disait Freud, traverser l'enveloppe psychique et venir se présenter comme une blessure du processus de subjectivation, une blessure du sujet, une blessure du moi. Donc, affects extrêmes.

L'autre des caractéristiques de ces situations traumatiques et je crois que c'est aussi un des éléments qui constituent le trauma comme trauma, c'est une situation vécue comme n'ayant pas d'issue. Cette idée a été travaillée à une époque sous le terme de paradoxalité. La paradoxalité que décrit Racamier, est une forme d'impasse. Les double bind que décrivent les chercheurs de Palo Alto, sont une forme d'impasse, c'est-à-dire une situation de double contrainte de telle sorte qu'il n'y a aucune issue possible. S'agissant de l'impasse d'un point de vue psychanalytique, il me semble que c'est important de dire que le sujet n'a pas d'issue du côté de ses propres ressources internes, les autoérotismes sont généralement sidérés, menacés, mal organisés et pas de recours externe. On l'a évoqué de manière très présente aujourd'hui, il n'y a pas d'objet de recours ou alors, s'il y a un objet de recours il est encore plus toxique que la situation traumatique elle-même. C'est un objet de recours potentiel, plus la déception de ne pas trouver dans ces objets de recours, le secours attendu et souhaité, le secours nécessaire pour pouvoir peut-être supporter d'être confronté à cette situation.

J'y insiste parce qu'il me semble qu'il n'y a pas de traumatisme primaire ni secondaire qui ne soit vécu dans un sentiment de solitude extrême. Le vécu de solitude est inhérent au traumatisme, c'est peut-être pour ça d'ailleurs que c'est important de travailler dans certains cas avec le groupe. On peut dire aussi qu'il n'y a pas de symbolisation solitaire, la symbolisation, le mettre ensemble, suppose un partage, une communication, suppose un échange, suppose une mise en langage même si ce n'est pas du langage verbal. Il n'y a pas de langage s'il n'y a pas une communauté de sorte qu'il y ait la présence d'un autre sujet pour recueillir cette mise en langage.

Donc, pas d'issue, ni interne, ni externe.

Un autre élément me paraît tout à fait important ; s'il n'y a pas d'issue ni interne, ni externe, ça va provoquer en plus un vécu particulier qui est le vécu de détresse. J'aime bien la reformulation, même si j'aime bien le terme de détresse, qu'en a proposée Laplanche d'une désaide. C'est une désaide, à condition de bien penser que la désaide a deux faces, la face interne et la face externe. Autre élément qui à mon avis est tout à fait important dans les caractéristiques du traumatisme, ça a été rapidement évoqué ce matin, c'est la sidération de la dimension temporelle, soit parce que le sujet est trop jeune pour avoir déjà organisé une véritable temporalité chronologique, soit parce que le système de la secondarité est désorganisé : l'expérience est vécue comme sans fin. C'est un des éléments qui provoque l'affect de désespoir dans les situations traumatiques. Le désespoir, ce n'est pas simplement un espoir déçu, c'est un espoir déçu de manière répétée et pratiquement déçu à jamais, ce qui suppose une intemporalité. Je ne suis pas sûr que les processus inconscients soient tout le temps intemporels. Je pense qu'il y en a qui sont intemporels et ils sont dans cette catégorie-là. Alors, confronté à cette situation de douleur, de terreur, d'effroi, d'affects extrêmes, confronté à cette situation où il n'y a pas de recours

ni interne, ni externe, où il y a un vécu de situations en impasse, sans issue, confronté à cette situation qui n'en finit pas de durer, une défense extrême se met en place : le sujet se retire de lui-même, il se retire de son expérience subjective, c'est une forme de clivage. Mais ce n'est pas le clivage du moi que décrit Freud parce que le clivage du moi est une déchirure au sein de la subjectivité. Là, le sujet déchire bien quelque chose par certains côtés de la subjectivité, mais il la déchire en s'en retirant. C'est comme s'il désubjectivait son expérience, comme s'il tentait de faire comme si elle n'avait pas eu lieu, et effectivement elle n'a pas lieu pour lui. C'est le point de départ de l'article de Winnicott sur la crainte de l'effondrement puisque son hypothèse de base est que l'expérience traumatique n'a pas été vécue, n'a pas été traversée. Je ne pense pas qu'elle ait pu ne pas être vécue, en absolu, mais par contre, elle n'a pas été subjectivée, appropriée et à ce moment-là, le sujet s'en est retiré. Elle tend ensuite à faire retour au nom de, « au-delà du principe de plaisir », la contrainte de répétition.

Si on avait beaucoup de temps, cela vaudrait le coup de réfléchir aux arcanes et apories de la question de la pulsion de mort mais je vais aller à l'essentiel. Le dernier mot de Freud sur la problématique de la répétition, il l'écrit dans ses petites notes de l'exil, lorsqu'il est à Londres, il souligne deux choses. Premièrement il est tout à fait saisissant que les expériences qui se répètent le plus sont les expériences les plus précoces et en second il met entre parenthèses une explication : faiblesse de la synthèse. Il y a une proposition implicite, c'est que nous répétons ce que nous n'avons pas pu intégrer. On pourrait dire qu'on le répète « au-delà du principe de plaisir », jusqu'à ce que nous puissions l'intégrer. Donc, ça veut dire que les expériences à partir du moment où je m'en suis retiré, où je ne les ai pas intégrées, vont tendre à se répéter et à revenir.

D'où la nécessité de mettre en place un certain nombre de mécanismes de défense, c'est une des formes de l'après coup. Après coup, les expériences sont réactivées, réactualisées par la compulsion, la contraire de répétition et cette réactivation va produire une menace qui cette fois vient de l'intérieur. Elle est en lien avec la menace qui est venue antérieurement de l'extérieur mais cette fois, ce sont les traces de l'expérience interne non intégrée qui reviennent au sujet de l'intérieur, qui reviennent pour le harceler, de manière hallucinatoire. Pour les névroses traumatiques par exemple, c'est tout à fait net. L'expérience non subjectivée réapparaît, effracte le rêve, effracte la vie du sujet.

Une de mes patientes a des moments hallucinatoires pendant la séance. J'ai des petits objets sur ma cheminée et ces petits objets deviennent étranges, deviennent des zombies qui commencent à s'approcher d'elle. Elle est totalement terrifiée sur le divan, elle ne peut plus rester allongée, elle s'assied parce que c'est extraordinairement menaçant et on peut dire que de temps en temps, j'en mène pas large aussi. Je les regarde bien mais je les vois pas trop bouger. Mais enfin, quand je la vois elle, je me dis que ça doit être terrible.

Les tableaux cliniques post-traumatiques auxquels la clinique nous confronte, sont des tableaux cliniques qui nous témoignent de la défense que le sujet a pu mettre en place secondairement, contre le retour des traces et la réactivation des traces traumatiques. Là aussi, je suis assez près de Winnicott quand il dit que le tableau clinique de la psychose, ce n'est pas le fond du problème. La psychose, c'est l'ensemble des défenses que le sujet a mis en place pour se protéger d'une expérience agonistique première.

Dans les minutes qui me restent, il m'en reste quand même quelques-unes, je vais quand même essayer de vous dire deux trois choses des conséquences sur l'espace de soin ? Dans l'espace de soin une question est tout à fait centrale, toutes les fois où on commence à s'occuper d'un sujet qui a été soumis à des situations qui ont désorganisé une partie de sa vie psychique, qui ont donc un caractère traumatique, il y a toujours la menace que le traumatisme réapparaisse au sein de la situation de soin. C'est la problématique du transfert, il y a toujours la menace que se transfère la situation traumatique dans la situation clinique. Là, il me semble qu'on observe deux grandes stratégies. Une première stratégie, je ne sais pas trop comment l'appeler, plutôt psychothérapeutique, ce n'est pas du tout péjoratif dans ma bouche elle concerne les situations où on pense qu'on n'a pas les moyens de gérer au sein du dispositif clinique, le retour de la situation traumatique et on va organiser la situation clinique de telle sorte qu'elle soit relativement protégée du retour du traumatique. À l'aide d'un certain nombre d'attitudes - on va intervenir « dans le réel », soutenir le sujet, se montrer très bienveillant, créer des espaces de sécurité - on va tenter d'organiser un dispositif qui va contre investir le ré-envahissement de la situation clinique par le traumatisme. C'est une des caractéristiques des situations dites de psychothérapie, que d'organiser un dispositif et une attitude clinique qui vont tenter de contre investir un envahissement par le transfert du traumatique. Je pense que ce n'est pas la plus mauvaise solution parce que l'autre n'est pas facile et il faut avoir les moyens de l'endurer. Parfois, plutôt que de se lancer dans l'aventure, de vouloir élaborer un transfert traumatique au sein de la situation de soin, il est beaucoup plus sage et beaucoup plus raisonnable de se dire qu'on n'a pas les moyens de le traiter et de tenter de mettre sur pied une forme de démenti du transfert traumatique. Ou encore on va traiter la question par diffraction par exemple dans les pratiques de groupes, on va créer un dispositif qui fait qu'on ne va pas encaisser le transfert traumatique, le transfert de la situation traumatique, de plein fouet. Ceci étant, si on choisit l'autre option, c'est ce qu'a fait Thierry Bokanowski par exemple c'est-à-dire de tenter l'analyse il faut être prêt à endurer des formes extrêmes du transfert. P

Parfois, on n'a pas le choix, ce n'est pas nous qui choisissons, c'est le patient qui vient rejouer quelque chose de son histoire traumatique au sein du dispositif qu'on a mis à sa disposition, il l'utilise comme un lieu pour venir remettre au travail son espace, sa zone traumatique pour dire vite, sa zone du défaut fondamental.



Là, il me semble qu'il y a plusieurs données à prendre en compte.

Comme dit Freud, nul ne peut être tué en effigie ou en absence, il faut bien que quelque chose se transfère. Le problème des menaces de transfert traumatique, c'est qu'elles se transfèrent en masse. Si elles pouvaient se transférer fragment par fragment, élément par élément, ce serait plus facile mais parfois, il n'y a pas le choix parce que dans la situation traumatique elle-même, le sujet n'a pas eu le choix et il répète ce détail aussi. Quelque chose revient comme une espèce de tsunami, qui balaye les restes, les lambeaux de fonctionnement psychique qui tentaient de surnager. Ce qui veut dire, d'éventuels passages par des moments d'hospitalisation, par un certain nombre de suppléments de cadre. Le trauma fait retour dans une mise à l'épreuve de la situation analysante, quelque chose du traumatisme revient dans la situation clinique et se joue sur la situation clinique et elle met à l'épreuve cette situation clinique par des retards répétés, des absences répétés, des passages à l'acte, des attaques directes etc. Dans les passages à l'acte on suspecte le retour de la situation traumatique parce que le cadre est malmené, la situation qu'on a mise sur pied est maltraitée. Ce n'est pas qu'il y a une « attaque du cadre », comme on dit parfois, c'est qu'il y a un transfert sur le cadre des éléments traumatiques. Si le cadre symbolise la symbolisation, alors on comprend très bien que ce qui a affecté l'histoire de la symbolisation vient se rejouer électivement autour du dispositif et autour du cadre. Il me semble qu'il y a un deuxième processus, une particularité des constellations transférentielles s'adressant au clinicien dans les situations de soin : le trauma va tendre à revenir de manière inversée. C'est-à-dire, le sujet va nous faire vivre, ce qu'il a vécu passivement et qu'il n'a pas pu intégrer, activement. Nous sommes mis à la place du sujet, c'est ce que j'ai proposé d'appeler un transfert par retournement où le sujet nous fait vivre ce à quoi il a été confronté et qu'il n'a pas pu intégrer. S'il y a des Kleinien parmi vous, ou des Bioniens, ils préféreront parler d'identification projective, je n'y vois pas d'inconvénient. J'aime bien retournement parce que terme dit ; il y a une situation initiale et il y a un processus qui transforme la situation initiale, on ne perd pas le lien avec l'histoire. Identification projective, c'est un peu plus flou. Mais enfin bon, peu importe, l'important c'est de se comprendre à ce niveau-là. Le point important, c'est l'enjeu du retournement, il faut le prendre à son meilleur, c'est-à-dire, il faut le prendre comme l'effort d'un sujet pour nous faire partager ce qu'il a et n'a pas pu endurer. J'ai dit tout à l'heure que la situation traumatique était vécu dans la solitude, et bien je crois qu'effectivement, si on peut commencer à la partager on commence à pouvoir l'intégrer... mais bien partager la détresse vécue, le désespoir vécu, le découragement de ne pas savoir si on va s'en sortir, s'il va y avoir un jour une issue tant on a l'impression qu'on est rentrés dans un processus sans fin. Je parle d'un partage véritable des affects extrêmes. Ça me paraît tout à fait important que nous puissions survivre au retournement. Survivre au retournement, c'est ne pas exercer de représailles et la principale représailles dans le monde psy, c'est l'interprétation. C'est-à-dire,

la rétorsion interprétative ou la théorisation rétorsive. La deuxième menace, c'est le retrait, le silence c'est aussi une forme de représailles ; « puisque c'est ça, je ne te dis plus rien, je te laisse avec ta détresse, quand tu en auras fini, tu me feras signe ! ». Il me semble que ce sont les deux menaces importantes et il n'est pas facile de continuer à endurer au long cours les affects extrêmes, sans être tenté par une interprétation ou tenté par un silence punisseur. C'est loin d'être facile et peut-être que la survivance absolue n'existe pas, peut-être qu'existent tout le temps des petites représailles d'un côté ou de l'autre parce qu'on est humain, qu'on a nos limites et parce que ce n'est pas facile, la preuve, c'est que ça a été traumatique pour le sujet. Ça l'est aussi d'une certaine manière pour nous aussi quand ça revient dans le soin. Ceci étant, ce qui est extraordinaire, je l'ai vu parce que quand j'ai publié mon premier bouquin Paradoxe et situations limites, plein de patients sont arrivés et m'ont dit « ah vous savez faire, je vais essayer avec vous ! », j'aime autant vous dire qu'il y en a plusieurs qui ont été gratinés et qu'à ce moment-là, je me suis dit « mais je ne publierai plus jamais un bouquin comme ça ». En fait, je l'ai fait quand même parce qu'on a cela chevillé au corps, que ça nous tient et qu'on a envie de partager nos expériences cliniques, là aussi pour ne pas rester seul avec. Quand même, l'élément important, ce que ne dit pas Winnicott, c'est que survivre, c'est ne pas exercer de représailles, ne pas se retirer et rester vivant. Rester vivant, c'est rester créatif. Rester créatif dans ces situations-là, c'est la proposition que fait Freud, c'est tenter de reconstruire, détail par détail, fragment par fragment, ce que furent les conditions de la situation traumatique. Ce que furent les conditions de la situation traumatique au niveau des défaillances des objets qui n'étaient pas là, au niveau de toute l'expérience sensori-moteur. Je m'arrêterai là-dessus, pour souligner qu'il y a un travail non seulement de partage des affects mais aussi de mise en représentations, symbolisantes, c'est-à-dire, il faut raconter l'histoire de ce qui n'a pas eu lieu, il faut raconter l'histoire de ce qui a eu lieu et n'a pas pu s'inscrire. Cette histoire-là, on l'invente, on la reconstruit à partir du matériel qu'on a. Je finis là-dessus il y a quelque chose me parle beaucoup, c'est que quand je fais des reconstructions qui ne sont pas bonnes, ça ne marche pas et parfois, heureusement, ça arrive, je touche juste et à ce moment-là, il y a toute une relance du processus de symbolisation qui se met en place. Je vous remercie.

### Discussion salle

Bokanowski - Juste un mot, je pense qu'il y a beaucoup de choses à ajouter mais on n'a pas envie d'en ajouter plus, on vient de voir l'exercice de quelqu'un qui donne à son patient, ou du moins, qui prête à son patient, son appareil à penser et son appareil psychique. Je crois qu'on a tous en écoutant René, revécu profondément les situations dont l'exploration qu'il nous donne sont au quotidien face à ce type de conjoncture psychique. Je te remercie

Tigran - Je pense que ce qu'il y a de fabuleux ... Parce que tout ce travail théorisant, on sent à quel point il s'étaye sur la clinique et sur la rencontre avec la clinique, sur les questionnements de la clinique, je trouve que ce que vous dites, et ce n'est pas un hasard si vous intervenez à ce moment-là du colloque, c'est une très belle synthèse de ce qui a été dit lors de ces trois journées, je suis vraiment content que ça se passe comme ça. Moi, j'aurais une question, ou deux, mais en fait, j'en aurais tellement que je crois que je ne vais pas les poser... Bon, ne serait-ce que, quand on parle de temporalité sans fin, là encore, quid de l'après-coup ? Non pas que je tiennne absolument à cette question de l'après-coup mais si on parle d'une temporalité sans fin, d'une déchirure de la temporalité, ça pose aussi la question de l'après-coup dans le traumatisme. J'ai tellement noté de choses (...). La représentation par l'affect, on sent l'affect qui revient, est-ce qu'il y a une différence pour vous avec la question de la reviviscence du trauma dans le cadre d'une séance, c'est-à-dire, est-ce que c'est une autre manière de dire la reviviscence traumatique et dans ce cas-là, comment est-ce que ça s'articule avec cette question du partage de l'affect aussi ? Quand vous dites qu'il y a une détresse partagée finalement, à ce moment-là, est-ce que le travail de cette détresse partagée revient un petit peu à ce qu'ont dit F. Richard, T.Bokanowski... ? Je vais vous laisser la parole.

- Je vais dire un mot, comme ça, il aura trois interlocuteurs à reprendre en même temps. Ce n'est pas seulement une capacité de synthèse, moi en écoutant René, bien sûr, je pensais à ses patients mais je constatais comment finalement il était en train de faire ce travail de réflexivité de sa propre clinique avec ses patients un petit peu après coup avec nous. L'Après-coup il est là, il nous parle de son expérience clinique qui était hier, avant-hier, il y a un an, ou dix ans, ou même plus et en même temps, de nos discussions les plus récentes et en particulier, de nos deux exposés juste avant dans cette façon de presque aussitôt s'emparer de ce qui a été dit, pour l'intégrer à ta propre réflexivité qui provient de ta propre expérience clinique avec tes patients. On voit la plasticité de ce que moi, j'ai appelé la pensée psychanalytique ou la pensée du psychanalyste. Là, on n'est pas en séance mais au fond, d'une certaine façon, ta façon d'intégrer les différents éléments des uns, des autres et en même temps, ton expérience clinique, c'est exactement ce que moi, j'ai appelé écoute du psychanalyse. On en arrive à ce degré d'enveloppement qui reconstitue des enveloppes psychiques, qui reconstitue quelque chose d'une réflexivité subjectivante. Alors, à propos de la subjectivation, moi j'aurais aussi une question, est-ce que tu ne penses pas que dans certains cas, le passage par une forme de solitude, ces moments où il faut être patient, où on va attendre, où on ne va pas interpréter tout de suite ou faire des constructions trop longues un peu, de façon un peu trop violence de l'interprétation au sens d'Aulagnier, ce temps laisse le sujet un moment où il chemine en partie dans la solitude, où il a l'air peut-être pas suffisamment subjectivé, parce qu'il faut une temporalité nécessaire pour qu'il puisse opérer une négation de la négation, par un parcours parfois sous-terrain, pendant toute

une période. Je pense qu'à ce moment-là, le passage par une solitude, avec quelqu'un qui est à côté mais qui ne se montre pas trop, qui est là mais qui n'intervient pas trop, tout en étant suffisamment présent par un certain nombre de signes, d'affects, de sensorialité ou de perception, ou quelques interprétations mais qui ne sont pas violentes, qui sont faites simplement pour qu'il voit qu'il s'exprime et qui parle, c'est peut-être la paradoxalité de certaines situations, on n'intervient pas en urgence, on intervient dans l'après-coup effectivement et on laisse opérer des formes paradoxales de subjectivation dans ce qui a l'air d'être le contraire d'une certaine façon, peut-être...

Roussillon - Oui, mais il y a différents paradoxes là. C'est une solitude en présence d'un objet de recours, d'un objet dont on sait que c'est un objet de recours, parce qu'antérieurement, on a pu faire l'expérience qu'il était objet de recours, ce n'est plus du tout la même qualité de solitude qu'être dans cette situation de solitude en face d'un objet, ce qui était très bien décrit par Ferenczi, un objet vécu comme indifférent, insensible, inatteignable, c'est-à-dire, pas un objet de recours. Donc, autrement dit, c'est une forme de solitude tout à fait particulière, c'est une forme de solitude qui en quelques sortes, ouvre, crée, creuse un espace de discussion, un espace caractérisé par le fait que nous n'allons pas faire intrusion à l'intérieur du processus du sujet. C'est ce qui me paraît tout à fait important donc je suis d'accord avec toi, sauf que je nuance ce que tu as dit à propos de la solitude. Je veux dire un petit mot sur le problème de l'après-coup aussi, c'est vrai que le modèle 1895, Emma... L'après-coup, il a lieu dans l'Histoire même, c'est-à-dire, le temps du traumatisme, premier temps, une petite fille en période de latence, un abus discret pas trop marqué, un deuxième temps, un commis avec un petit rire, une petite érotisation de la situation, il y a une sexualisation ou une re-sexualisation du premier temps du traumatisme. On est dans une organisation qui est assez typique des organisations névrotiques. Pour ce qui concerne l'après-coup d'un certain nombre de traumatismes précoces, l'après-coup, il a lieu pendant la prise en charge clinique, il n'a pas eu lieu avant. Ça a été très bien développé ça par Haidée Faimberg à propos de sa reprise de la crainte d'effondrement, en disant, mais dans ces cas-là, le premier après-coup, il n'a pas lieu avant que le processus clinique n'amène ceci à maturité au sein de la relation. Parfois, l'après-coup a lieu sous forme d'hallucinations, de décompensation, c'est une forme d'après-coup aussi. C'est pour ça que je disais, il y a l'après-coup du refoulement, avec le retour du refoulé, mais il y a l'après-coup du déni, l'après-coup du clivage, de la forclusion, etc. On a toute une forme il faut dire, non pas l'après-coup avec un grand A, un grand après coup, mais véritablement, les après-coups et bien le penser, non pas substantiser mais bien processualiser, comme les processus de reprise.