

PSYCHANALYSE
VIVANTE

Clinique des enveloppes psychiques

Du traumatisme à la transformation

Sous la direction de
Denis Mellier



PSYCHANALYSE VIVANTE

• EDITIONS IN PRESS •

Clinique des enveloppes psychiques

Du traumatisme
à la transformation

Sous la direction de
Denis Mellier



Manifeste de la collection

La psychanalyse est vouée à l'exploration du monde intérieur ; Elle vise au démasquage des illusions et des faux-semblants dont s'habillent les réalités déplaisantes, en dénonçant avant tout les mensonges qu'on se fait à soi-même. À l'écart de toute soumission à un pouvoir transcendant, elle aspire au libre arbitre et à la responsabilité individuelle des pensées et des actes. Sous tous ces aspects, il paraît évident que la psychanalyse est une fleur précieuse – mais mortelle – de la démocratie.

Or, en ce siècle de tumultes, de gigantesques mouvements de convection brassent les hommes, leurs façons d'être et de faire, leurs règles de conduite et leurs lois, leurs histoires et leurs destins, leurs croyances, leurs désirs et leurs angoisses. Nous y affirmons des valeurs essentielles, celles d'un idéal démocratique, rudement secoué certes, mais vivant. Mais sur nos frontières se produisent des turbulences d'une extrême violence. Les comportements individuels, les rapports interpersonnels, les règles du bon usage, les structures sociales, les institutions, les règlements et les lois, etc., tout cela change et résiste au changement, de sorte que s'affrontent en permanence ce qui valait avant, ce qui vaut maintenant, ce qui vaudra peut-être demain.

Comment situer la psychanalyse en tout ceci ?

La collection Psychanalyse vivante se propose de considérer les relations envisageables entre transformations sociales et psychanalyse : *dans quelle mesure celle-ci a-t-elle marqué les changements sociaux (en particulier via des changements individuels), et peut-elle peser aujourd'hui ? Demain aura-t-elle un impact ? En retour, en quoi la psychanalyse a-t-elle pu porter la marque de ces changements eux-mêmes ?*

Sommaire

Les auteurs	7
Introduction – Du traumatique à la mise au travail du self et des enveloppes	11
DENIS MELLIER	

Une évolution critique de la psychanalyse

Traumas et enveloppes psychiques	35
MICHÈLE BERTRAND	
Repères pour une métapsychologie des enveloppes du Moi	49
RENÉ ROUSSILLON	
Des enveloppes aux configurations psychiques	63
JEAN-PAUL MATOT	

Le self et les liens en construction en périnatalité

À propos des enveloppes : vers une topique du lien ?	81
BERNARD GOLSE ET SYLVAIN MISSONNIER	
Clinique des enveloppes et des transformations psychiques durant la maternité	95
MATHILDE POINTURIER, DENIS MELLIER ET ROSE-ANGÉLIQUE BELOT	

Entre tendresse et virilité, les enveloppes à l'épreuve de la patrescence	109
ROMUALD JEAN-DIT-PANNEL	

Les enveloppes familiales sous tension

L'agir sexuel de l'enfant et la dynamique des enveloppes familiales.....	127
ALEXANDRA VIDAL-BERNARD ET MÉLISSA BERTHELEMY	
Moi-Peau virtuel, un renfort de l'enveloppe psychique familiale à l'adolescence ?	141
CINDY VICENTE ET XANTHIE VLACHOPOULOU	
L'enveloppe psychique familiale à l'épreuve d'une symptomatologie anorexique	153
MARIE NAIMI ET ALMUDENA SANAHUJA	

Instituer un cadre, mettre au travail les enveloppes

À propos des enveloppes corpero-psychiques	167
PIERRE DELION	
Dispositifs de soin et enveloppe inter-institutionnelle pour les adolescents en grande souffrance psychique	179
SYLVIE NEZELOF, MYRIAM THIEBAUD ET LAURIANE VULLIEZ	
Le groupe à médiation et sa fonction contenante face à l'effraction de la maladie	193
LILA MITSOPOULOU-SONTA	

Les auteurs

Rose-Angélique Belot, professeur en psychologie, Laboratoire de Psychologie, Besançon, Université de Franche-Comté.

Melissa Berthelemy, doctorante en psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de Psychologie (UR 3188), Université de Franche-Comté.

Michèle Bertrand, professeur des Universités émérite, psychanalyste, membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, Training and supervising psychoanalyst, IPA.

Pierre Delion, professeur émérite en pédopsychiatrie et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Lille et psychanalyste.

Bernard Golse, pédopsychiatre-psychanalyste (membre de l'Association psychanalytique de France), professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Laboratoire « Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse » (PCPP) de l'Université de Paris Cité, fondateur de l'Institut contemporain de l'enfance, président de l'Association Pikler-Lóczy France, président de la Fédération française de psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de l'adolescent (FFPPEA), président de l'Association CEREP-Phymontin, président de l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA), président de la CIPPA (Coordination internationale entre psychothérapeutes psychanalystes s'occupant de personnes autistes et membres associés).

Romuald Jean-Dit-Pannel, psychologue clinicien (libéral et crèches), docteur de l'Université Paris Nanterre, maître de conférences, HDR, à l'Université de Franche-Comté, Laboratoire de Psychologie (UR 3188), membre de la WAIMH-France et de l'Association Pikler-Lóczy.

Jean-Paul Matot, pédopsychiatre, psychanalyste membre de la Société belge de psychanalyse, ancien chargé d'enseignement à l'ULB, ancien directeur de la *Revue belge de psychanalyse* (site web : <https://jean-paul-matot.org/>).

Denis Mellier, psychologue clinicien et psychothérapeute à Lyon, professeur émérite, Laboratoire de Psychologie, Université de Franche-Comté, formateur à l'observation du bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick, membre de la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG) et co-président de la WAIMH-France.

Sylvain Missonnier, professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'Université de Paris Cité, membre du laboratoire PCPP (EA 4056). psychanalyste SPP, directeur de l'APEP, président de l'IVSO, membre fondateur du SIICLHA, directeur des collections « La vie de l'enfant » chez Érès et « Psychanalyse vivante » chez In Press.

Aglaïa-Lila Mitsopoulou-Sonta, psychologue clinicienne, maître de conférences en psychopathologie, CRPPC (EA 653), Université Lyon 2.

Marie Naimi, psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique et membre de la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG).

Sylvie Nezelof, pédopsychiatre, PU-PH, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Besançon, Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive – LINC UMR 1322 INSERM, Université de Franche-Comté.

Mathilde Pointurier, docteure en psychologie, Laboratoire de psychologie LARPsyDIS de l'Université de Lausanne (Suisse) et Laboratoire de Psychologie de l'Université de Franche-Comté.

René Roussillon, professeur émérite de psychologie clinique et psychopathologie (Université Lyon 2), psychanalyste membre titulaire-formateur de la Société de psychanalyse de Paris, Prix Maurice Bouvet de 1991, Sygourney Award de 2016 (NY-Boston).

Myriam Thiebaud, éducatrice spécialisée, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Besançon.

Almudena Sanahuja, professeur des Universités, Laboratoire de Psychologie de l'Université de Franche-Comté, psychologue clinicienne, thérapeute familiale, membre de la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe (SFPPG), de l'Association internationale de psychanalyse de couple et de famille (AIPCF) et de la Société française de thérapie familiale psychanalytique (SFTFP).

Cindy Vicente, psychologue clinicienne, maître de conférences à l'Université de Franche-Comté, Laboratoire de Psychologie, UR 3188.

Alexandra Vidal-Bernard, psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de Psychologie (UR 3188), Université de Franche-Comté.

Xanthie Vlachopoulou, psychologue clinicienne, maître de conférences, Laboratoire PCPP (UR 4056), Université Paris Cité.

Lauriane Vulliez, pédopsychiatre, PU-PH, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Besançon, Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive – LINC UMR 1322 INSERM, Université de Franche-Comté.



Une évolution critique de la psychanalyse

Traumas et enveloppes psychiques

Michèle Bertrand

Repères pour une métapsychologie
des enveloppes du Moi

René Roussillon

Des enveloppes aux configurations psychiques

Jean-Paul Matot

Traumas et enveloppes psychiques

MICHÈLE BERTRAND

Résumé

Les traumas psychiques vont de pair avec une défaillance des enveloppes psychiques, soit préexistante, soit liée aux traumas eux-mêmes. La reconstitution de ces enveloppes psychiques passe par le travail thérapeutique, mais aussi par des instances collectives ou institutionnelles.

Mots-clés

traumas de guerre, traumas extrêmes, abus sexuels, paradoxe

Le terme de psychotraumatisme recouvre différentes sortes d'états psychiques, d'inégale gravité, et dont les symptômes diffèrent. On peut affirmer que le développement psychique de l'être humain, dès l'enfance, est structurellement traumatique : il passe par des expériences plus ou moins désorganisatrices. Par exemple, les vécus d'impuissance et de détresse peuvent être traumatiques. Or l'impuissance et la détresse sont inévitables, elles font partie de la vie, ce sont des épreuves auxquelles chacun est à un moment ou un autre confronté. Être confronté au mensonge des personnes auxquelles on faisait confiance, à la déception, se sentir trahi par une promesse non tenue, faire l'épreuve du deuil, cela aussi peut être traumatique. Une grande partie de la vie fantasmatique,

des traits de caractère, comme du travail de pensée, résultent de ces expériences douloureuses et des limites qu'elles nous font rencontrer.

La gravité du trauma et l'importance de la désorganisation psychique dépendent pour une part de la violence de l'événement traumatique, et pour une autre part de la qualité et de la solidité des enveloppes psychiques. Quand tout se passe bien, c'est-à-dire quand l'enfant est en mesure de mobiliser en lui-même des ressources psychiques, la négociation du trauma donne lieu à des changements, des transformations psychiques. Ce seront les traits de caractère, les choix d'objet qui en seront la marque ultérieure. La psyché peut en être momentanément bouleversée, mais cela ne va pas nécessairement produire des symptômes pathologiques à long terme. Tel un petit garçon, grondé pour s'être oublié dans la chambre de ses parents, évitera la brûlure de la honte en répondant par l'affirmation orgueilleuse : « *Quand je serai grand, je t'achèterai un lit tout neuf* ». Tel autre au contraire, gardera le souvenir d'une humiliation ineffaçable, qui se renouvellera dans des circonstances similaires et sera sujette à la répétition traumatique. La capacité de chaque enfant à surmonter ces traumas dépend de ce qui lui a permis de développer des ressources psychiques ou au contraire l'en a privé. Et cela tient pour une large part à la qualité des enveloppes psychiques. Est-ce que le pare-excitations a été efficace ? Est-ce que l'inscription des impressions sensorielles a bénéficié d'une « *réverie maternelle* » qui a permis à l'enfant de donner un sens à ce qu'il éprouvait ? Tout cela est important pour soutenir les assises narcissiques du moi.

Cependant, il y a des situations si violentes que la protection offerte par les enveloppes psychiques est mise à mal. Il y a, comme dit Freud, faisant allusion à la fonction pare-excitations, une effraction étendue. Les ressources psychiques habituelles ne fonctionnent plus. Ce sont ces cas que nous évoquons habituellement comme traumatiques. Par ailleurs, le trauma peut être collectif, comme dans les situations de guerre ou les attentats terroristes. La reconstitution des enveloppes psychiques peut alors passer aussi par le collectif groupal ou social.

Je voudrais évoquer trois situations ayant un impact traumatique à la fois psychique et social : l'agression sexuelle, les situations de guerre ou les attentats terroristes, enfin les situations extrêmes.

L'agression sexuelle

On peut dire que la découverte de la sexualité par l'enfant, la sienne et celle des adultes, fait partie des traumatismes structurels que j'évoquais en préambule, et que la qualité des enveloppes psychiques permet de résoudre. Cependant, cette découverte peut chez certains donner lieu à des traumatismes plus graves. Freud en a étudié l'impact dans ses *Études sur l'hystérie*, et construit un modèle du trauma après-coup. Le mode de défense est le refoulement et va de pair avec la production des fantasmes œdipiens, dont le fantasme de séduction des personnes hystériques. Tout cela est bien connu.

Cependant, certains ont reproché à Freud d'avoir abandonné sa *Neurotica* (à savoir le traumatisme sexuel provoqué par des actes, et non par des fantasmes). En mettant les symptômes hystériques au compte des fantasmes sexuels de ses patients, Freud aurait nié l'importance des abus sexuels. Je crois qu'il n'en est rien. Il ne s'agit pas du même type de traumatismes psychiques. Il y a une différence notable entre les symptômes hystériques et les symptômes traumatiques générés par les abus ou les agressions sexuelles. Dans le cas des abus sexuels, les faits sont souvent méconnus durant une certaine période, ils sont même souvent déniés dans la famille. Les enfants abusés sont ainsi abandonnés à eux-mêmes, ils ne peuvent en parler. Il en résulte de profonds traumatismes, parce que le psychisme est confronté à la violence d'un réel indicible et non symbolisable.

On le constate avec des adolescents ou adolescentes qui ont été victimes dans leur enfance d'abus sexuels. L'élaboration fantasmatique est pauvre, ils expriment parfois un sentiment de vide et d'ennui, qui est un symptôme de dépression; c'est aussi souvent par les mauvais résultats scolaires que se manifeste leur mal-être, ainsi que dans les difficultés relationnelles, parfois dans des conduites addictives. Les jeunes hommes ou femmes qui ont subi des abus sexuels dans leur enfance et parfois pendant des années, ont souvent une mauvaise image d'eux-mêmes, ont du mal à se projeter dans l'avenir, à faire des projets. Ils manquent de repères pour savoir et dire ce qu'ils éprouvent, ils sont en pleine confusion des sentiments.

Quand l'État prend en charge ces adolescents au moyen de services d'action éducative, ils refusent souvent de parler de ce qui s'est passé,

oblitérent leurs souvenirs, parce qu'ils ne savent pas comment les traiter : ils disent qu'ils sont là, parce qu'ils ont fait une fugue, ou parce qu'ils ont de mauvais résultats scolaires. Ils se sentent persécutés par les interrogatoires, ils ont parfois un sentiment de culpabilité d'avoir détruit la famille. Et souvent, ils sont très ambivalents envers les éducateurs.

Une aide thérapeutique, personnelle, mais aussi institutionnelle et collective est nécessaire. Par exemple, il y a une dimension thérapeutique dans l'intervention de la justice et du processus judiciaire en lui-même. Les adolescents victimes d'abus sexuels ont besoin de trois conditions :

- tout d'abord, ils ont besoin d'être crus. Il est important que l'on reconnaisse qu'ils ont dit la vérité, car leurs paroles d'enfants ont souvent été l'objet d'un déni de la part de l'entourage ;
- en second lieu, certains parents, y compris l'abuseur, les accusent souvent d'avoir détruit la famille, et ils en éprouvent un sentiment de culpabilité. Alors, ils ont besoin que l'abuseur reconnaisse sa propre culpabilité ;
- enfin, certains demandent à participer à l'ensemble du processus judiciaire, et non pas seulement à déposer, car si on les fait entrer au tribunal pour déposer et qu'ensuite on leur fait quitter la salle, même dans l'intention louable de leur éviter une situation pénible, ils ont le sentiment que les choses se passent en dehors d'eux, par-dessus leur tête, les réduisant à une passivité qui réactive le trauma.

Le magistrat Denis Salas indique les réquisits de la réparation : « *Réparer, c'est d'abord nommer l'acte, le crime ou le délit. Seule une telle nomination permet d'arrêter l'engrenage des passages à l'acte, où un acte succède à un autre acte, dans le mimétisme de la violence*¹. »

La réparation c'est aussi accepter l'épreuve du procès pénal, « *seul lieu où il peut y avoir une relation transitive et directe entre la victime et l'auteur* »². La réparation, c'est enfin la sanction. On sait à quel point le moment du jugement final est attendu par les victimes. Ce jugement est

1. Bertrand, M. (dir.) (1997). *Les enfants dans la guerre et les violences civiles* (p. 154). L'Harmattan.

2. *Ibid.*, p. 155.

un dire public qui énonce une sanction et ouvre une possibilité d'avenir. « *Il est puni, je peux exister sans honte, dira une victime*³. »

Jusque dans le milieu des années 1980, on ne reconnaissait pas l'abus sexuel. La justice évoquait des « *attentats à la pudeur* » ou des « *manœuvres équivoques* ». La reconnaissance de tels attentats est relativement récente. L'impact encore plus récent de mouvements comme #MeToo, les conclusions de la Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église (CIASE) qui ont révélé des abus sexuels innombrables, ont sensibilisé la société à ces problèmes, et l'on peut espérer une prise en compte des abus sexuels plus précoce.

Les situations de guerre et les attentats

J'en viens maintenant aux traumatismes causés par la situation de danger imminent, la perception de sa propre mort toute proche.

Les guerres modernes entraînent des destructions de masse, en raison de la puissance et de la sophistication des armes. Et l'on peut parler de traumatismes collectifs pour les populations qui les subissent.

C'est la grande guerre mondiale de 1914-1918 qui a suscité les premiers travaux scientifiques sur les traumatismes de guerre. Les soldats dans les tranchées étaient constamment pilonnés par l'artillerie et voyaient mourir en masse leurs camarades ; il y eut d'innombrables traumatisés psychiques. Les écrits de romanciers, comme Roland Dorgelès ou Henri Barbusse du côté français et Erich Maria Remarque du côté allemand, ou ceux d'historiens comme Stéphane Audoin-Rouzeau, qui a interviewé les derniers survivants de cette guerre, témoignent des épreuves auxquelles ils ont été confrontés, d'une telle violence que nombre d'entre eux n'ont jamais pu en parler, et se sont enfermés dans le silence.

Plus près de nous, les personnes qui ont vécu sous les bombardements au Moyen-Orient, ou en Ukraine, rapportent des cauchemars où elles revivent leur terreur de mourir, où elles entendent les cris de douleur des victimes, voient les corps déchiquetés, ressentent le souffle d'explosions.

3. *Ibid.*, p. 156.

C'est très difficile pour elles de parler de ce qu'elles ont vécu, car la parole amène la reviviscence, et avec elle l'effroi et la douleur, sur laquelle on ne peut rien dire. De plus, ces personnes ont le sentiment que leurs paroles sont très en deçà de ce qu'elles ont vécu, qu'elles ne peuvent rendre compte de ce qui a été vécu : seules celles qui ont partagé les mêmes épreuves peuvent les comprendre.

Les expériences de confrontation à un danger de mort imminente, qui sont souvent des événements collectifs, comme les situations de guerre, peuvent amener des névroses traumatiques, névroses aussi décrites dans le monde anglo-saxon sous le terme de « *syndrome de stress post-traumatique* » (PTSD). L'effroi qui saisit et paralyse la personne qui se voit sur le point de mourir, est extrêmement désorganisateur. Sur le moment, cette personne perd tous ses moyens de penser et d'agir. C'est à la fois une paralysie motrice et une sidération psychique. Une fois le danger écarté, la personne revit constamment l'événement traumatique, notamment dans des cauchemars.

En 1918, au Congrès international de psychanalyse de Budapest, l'introduction de Freud et la communication de Ferenczi, médecin militaire durant la guerre, ont précisé et approfondi d'un point de vue métapsychologique l'analyse de la névrose traumatique. Pour Freud, on peut concevoir la névrose traumatique comme la conséquence d'une effraction étendue du pare-excitations⁴. L'effroi trouve sa condition dans le manque de préparation par l'angoisse : « *Pour l'issue d'un grand nombre de traumatismes, le facteur décisif serait la différence entre systèmes non préparés et systèmes préparés par surinvestissement*⁵. » Les cauchemars obéiraient à la compulsion de répétition qui est « *au-delà du principe de plaisir* ».

Mais d'autres symptômes sont possibles. Françoise Dolto raconte que certaines femmes de sa génération firent soudain une bouffée délirante en entendant pour la première fois les exercices de sirènes d'alerte, le premier mercredi du mois. Elles se précipitèrent dans la rue, en proie à une panique totale, hurlant de terreur et criant « *Papa, papa, mon petit papa!* » On les hospitalisa, on leur donna à boire du lait, et le lendemain,

4. Freud, S. (1981). *Au-delà du principe de plaisir*. Dans : *Essais de psychanalyse*. Payot.

5. *Ibid.*

tout rentra dans l'ordre. Ces femmes d'âge mûr étaient petites filles lors de la première guerre mondiale, où les sirènes annonçaient des bombardements imminents ; et la petite fille terrorisée avait brusquement resurgi en elles, quelques décennies plus tard, lorsque les exercices d'alerte avaient à nouveau fait retentir une sirène.

Le traumatisme de guerre est donc un traumatisme grave, qui ne peut se négocier sans une aide psychothérapeutique.

Mais il y a des divergences d'interprétation. Pour Freud, les névroses de guerre pourraient bien être des névroses traumatiques qu'un conflit du moi a favorisées⁶. Le traumatisme de guerre s'ancrerait dans un conflit psychique antérieur. Ferenczi met au contraire l'accent sur l'atteinte narcissique. Il relève les symptômes psychosomatiques des traumatisés (abasie, astasie, tremblements, paralysie des organes phonatoires), mais aussi les troubles du caractère, l'irritabilité, l'intolérance au déplaisir, les accès de colère, la dépression hypocondriaque. Le traumatisé a perdu confiance en lui-même, il a retiré aux objets son intérêt et sa libido, pour les ramener dans le moi. Par ailleurs, Ferenczi souligne les aspects régressifs, la rage narcissique, l'importance démesurée accordée à la nourriture, la demande d'être pris en charge comme des enfants. Ce n'est pas seulement le pare-excitations qui est ici en cause, mais aussi l'enveloppe psychique contenant le moi et jouant un rôle important dans les relations intersubjectives.

Le travail thérapeutique permet de reconstituer les enveloppes psychiques, en créant d'abord un cadre contenant, un lieu d'accueil qui tient la promesse de ne pas être défaillant ou instable, pour que le patient puisse s'y sentir en sécurité. Par ailleurs, la possibilité de recontextualiser l'expérience, d'en faire un récit comme d'un événement qui a eu lieu, va permettre progressivement de remplacer la reviviscence par la mémoire, et de trouver un apaisement.

6. Freud, S. Au-delà du principe de plaisir, *op. cit.*, p. 77.

Vivre l'extrême

Le xx^e siècle a vu apparaître une nouvelle forme de meurtre de masse, celle qui s'inscrit dans une logique d'extermination, et nous amène aux confins de la perte du sens et de la folie. La logique d'extermination est celle d'une idéologie totalitaire qui veut détruire tout un peuple, toute une ethnie, et non seulement le détruire, mais en nier le caractère de semblable, d'humain. Ce n'est pas parce que ce peuple est un ennemi qui menace l'existence d'un autre peuple, comme dans les situations de guerre. Ce peuple est mis en cause dans son existence même. Ils sont par définition l'étranger, l'autre, objet de haine, le non-moi. Ainsi, pour proclamer l'identité « aryenne », le nazisme déclara le peuple juif non humain. En conséquence, les gardiens des camps de concentration essayaient de détruire l'humanité des prisonniers, ils essayaient de les réduire à une pure animalité, à un instinct de survie.

Les Tutsis du Rwanda ont été victimes eux aussi d'un massacre génocidaire en 1994, aux seules raisons qu'ils étaient Tutsis.

Les terroristes qui organisent des attentats terroristes contre des gens qu'ils ne connaissent même pas, voient en eux des « chiens de l'enfer », et non des humains. Pour eux, ceux qui ne partagent pas leurs croyances fanatiques n'ont pas le droit d'exister. Effacer un peuple, lui dénier la qualité de semblable, refuser l'altérité, c'est introduire non pas seulement l'effroi de perdre la vie, mais la terreur d'être identifié comme ce qui doit être effacé du monde et de l'histoire.

Les expériences extrêmes⁷, celles des génocides, des tortures, du terrorisme, présentent un certain nombre de points spécifiques.

Tout d'abord, leur caractère *paradoxal* : « Nous nous trouvons dans une situation extrême quand nous sommes soudain catapultés dans un ensemble de conditions de vie où nos valeurs et nos mécanismes d'adaptation anciens ne fonctionnent plus, et que certains d'entre eux mettent en danger la vie qu'ils étaient censés protéger⁸ », écrit Bettelheim, évoquant son expérience des camps de concentration. C'est ce qui se passe quand

7. Cf. Pollak, M. (1991). *L'expérience concentrationnaire*. Métaillié.

8. Bettelheim, B. (1963). *Le cœur conscient*. Gallimard.

certains cherchent à détruire non seulement des êtres humains, mais aussi en eux les valeurs de solidarité et d'humanité, portant atteinte en cela au respect de soi.

Un deuxième trait est le *sentiment d'impasse*, souligné par Roussillon⁹. En général, quand une expérience vécue arrive à la limite du tolérable, une solution est de prendre la fuite. Dans les situations extrêmes, cela n'est pas possible. On ne s'évade pas des camps, on n'échappe pas à la torture, on ne se sauve pas facilement d'un attentat terroriste dans un lieu fermé. Le fait d'être sans recours produit un sentiment d'impasse subjective.

Dans ces conditions, la vie psychique sous le régime du plaisir – déplaisir, la conflictualité psychique, qui caractérisent toutes deux l'organisation œdipienne –, sont mises hors-jeu. À la place, le sujet est propulsé dans l'univers du paradoxe, du double-bind, qui épuise toute possibilité de se sentir satisfait ou satisfaisant.

Tout cela constitue une *attaque contre les assises narcissiques*. Les expériences extrêmes détruisent la confiance en soi, le sentiment de soi (*Selbstgefühl*). C'est aussi une rupture du contrat narcissique (Aulagnier), soit l'alliance inconsciente du Je avec le groupe, alliance qui permet de maintenir les investissements et l'autoconservation. De tels événements ne sont pas pensables, ils ne peuvent pas recevoir de signification, et cela laisse le sujet en proie aux forces de déliaison et à la pulsion de mort.

D'où un quatrième trait : *la déliaison et la destructivité*. Les processus primaires régis par le principe de plaisir-déplaisir ne sont pas seulement mis provisoirement hors-jeu. C'est la possibilité même d'une logique du principe de plaisir qui devient problématique. L'invalidation de cette logique laisse le champ libre à la destructivité, et surtout à l'autodestructivité. La situation extrême provoque un état de désespoir absolu, un sentiment de solitude et de dérégulation. Ces « *attaques contre les liens* » (Bion) vont beaucoup plus loin qu'une perte de la dignité, même si une perte de la dignité figure parmi les atteintes narcissiques graves. Avec les situations

9. Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans : Furtos, J., Laval, C. (dir.) *La santé mentale en actes, Du clinique au politique*. Érés.

extrêmes, on peut dire que la personne vit un état de déréliction qui l'isole de la condition humaine, une solitude qui la place hors du symbolique.

Dans ces conditions extrêmes, nombre de fonctions des enveloppes psychiques sont mises à mal : non pas seulement les fonctions de pare-excitations et de contenance, mais aussi la fonction de jugement, qui permet de délimiter monde perceptif et monde imaginaire ; mais aussi les enveloppes groupales, voire institutionnelles. Il n'y a plus de communauté d'appartenance reconnaissable et protectrice. Comment le psychisme survit-il à ces expériences extrêmes ?

Tout d'abord, on ne survit pas toujours. Certains se suicident, d'autres perdent le désir de vivre, d'autres encore sont atteints de maladies somatiques graves.

Pour ceux qui survivent, il faut rappeler avec Roussillon que survivre n'est pas vivre, même si c'est ne pas mourir. Les survivants sont en proie à une agonie psychique, au sens étymologique du terme « *agonie* », c'est-à-dire « *lutte* ». C'est une lutte entre pulsions de vie et pulsions de mort ou d'autodestructivité. La survie psychique se traduit parfois par des symptômes de nature psychotique (même si les personnes ne sont pas psychotiques).

La dépersonnalisation. On voit apparaître des symptômes comme la déréalisation, la dépersonnalisation. À l'origine de cette disposition, dit Ferenczi, il y a la douleur excessive (forte, destructrice). L'être qui vit une douleur extrême est « *hors de lui* », ce dont témoignent symptomatiquement une absence de réactions émotionnelles, une sorte d'insensibilité. Être « *hors de soi ne signifie pas ne pas être (non-être), mais « ne pas être là* ». Dans la situation extrême, dit-il encore, « *il semble que la première réaction à un choc soit toujours une psychose passagère, c'est-à-dire une rupture avec la réalité, avec des hallucinations négatives ou positives (généralement à dominante de persécution)*¹⁰. »

Le clivage post-traumatique du moi. C'est Ferenczi qui a le premier proposé la notion de « *clivage narcissique du moi* ». Que signifie le clivage ? Une partie de l'expérience vécue est oblitérée. Elle devient inaccessible à la conscience, non par refoulement mais par dissociation. La partie clivée

10. Ferenczi, S. (1982). *OC Psychanalyse 4* (p. 94). Payot.

n'en laisse pas moins des traces : elle peut se traduire par l'apparition de symptômes somatiques, ou encore par des hallucinations ou des idées délirantes. Le moi n'en reste pas indemne.

Dans cette stratégie de survie, le moi se coupe d'une partie de lui-même. Ce que Ferenczi désigne par « *autotomie* », par analogie avec les animaux pris au piège, qui se libèrent en s'arrachant le membre qui les retient prisonniers. On voit bien la différence avec la problématique œdipienne de la castration. La castration symbolique est le renoncement à un objet de désir, elle ne met pas en danger l'autoconservation. Dans les situations extrêmes, la coupure est de l'ordre de la mutilation. Elle représente la nécessité de se couper d'une expérience subjective centrale, de neutraliser en soi ce qui est connecté avec la zone de douleur ou de « *terreur sans nom* » insupportable. C'est cela qui est paradoxal, sacrifier une partie de soi pour pouvoir continuer à être.

C'est la mise hors-jeu du principe de plaisir au profit d'une logique de survie psychique.

Le travail thérapeutique avec les survivants

Comme on l'a dit, la clinique des situations extrêmes concerne non le registre du désir caractérisant les organisations œdipiennes, mais le conflit entre destructivité et Éros, pulsions de déliaison et pulsions de vie.

Une première question est de savoir jusqu'où il est pertinent de s'affronter à ce que le psychisme a mis en place pour pouvoir survivre. Le patient craint par-dessus tout de devoir revivre ce qu'il a vécu, sans savoir ce qu'est le monstre tapi dans les ténèbres. On ne peut procéder de manière normative.

Parfois, malgré une douleur manifeste, il n'y a pas de demande de soin psychique, tant le patient craint d'être détruit sans ce qui s'est mis en place. Il convient donc de l'écouter, de comprendre comment est organisée sa stratégie de survie, et quelle en est la logique. Écouter, ce n'est seulement prêter l'oreille, mais être attentif à tous les signes non verbaux, mimique, posture, gestes, ton de la voix qui sont aussi une façon (inconsciente) de communiquer avec le thérapeute. Ce qu'apporte alors

l'analyste au patient, c'est la possibilité de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve ou craint d'éprouver. C'est une fonction d'étayage, c'est créer un cadre suffisamment stable et contenant.

Dans un second temps, si la personne s'est retirée d'une partie de son expérience pour pouvoir survivre, il y a des parties d'elle-même auxquelles elle n'a plus accès.

C'est dans ces conditions qu'on peut voir s'établir un *transfert paradoxal* (Guillaumin, 1998). Le patient fait vivre à l'analyste, par ses mises en actes, ce qu'il ne peut vivre lui-même : impuissance, désespoir, sentiment d'impasse, terreur. Le thérapeute peut alors prendre appui sur son contre-transfert pour verbaliser ce qu'il éprouve lui-même à ce moment, et cette forme de réflexivité par personne interposée peut, progressivement, amener le patient à s'interroger aussi. Mais c'est un progrès à double tranchant, car le moment où le patient entrevoit cette part de lui-même qui a pu lui échapper est aussi une douleur insupportable. Recommencer à s'éprouver dans la détresse et l'agonie, dans la déchéance, c'est une partie de soi si horrible qu'on la refuse. L'analyste apparaît alors comme menaçant et haïssable. Accepter cela et tenir bon est cependant la seule voie possible.

Il est clair que la personne qui a vécu des expériences extrêmes ne peut en sortir seule. Elle a besoin de partager avec les autres une expérience collective, groupe de parole ou processus judiciaire, comme c'est le cas pour les victimes d'attentats terroristes. Elle doit surtout passer par un travail thérapeutique long et douloureux, et l'empathie de l'analyste est nécessaire, ainsi que la capacité à supporter la violence des affects. Le patient a besoin de s'assurer que son analyste ne sera pas détruit, pour pouvoir recouvrer ce qui était resté dans une région inaccessible, pour pouvoir l'affronter sans craindre qu'une catastrophe se produise. Il est également très important que le thérapeute puisse supporter la violence de la reviviscence des affects sans mettre en avant des défenses ; qu'il puisse se laisser affecter sans être détruit par ce qui se revit avec le patient. Il y a comme un effet miroir du calme et de la sérénité sur le patient. Mais cela reste un travail long et difficile, parfois indéfini. La personne qui a vécu de tels traumatismes n'est jamais définitivement à l'abri d'une rechute mélancolique.

Bibliographie

Bertrand, M. (1997). *Les enfants dans la guerre et les violences civiles*. L'Harmattan.

Bertrand, M. (2016). *La douleur psychique*. L'Harmattan.

Bettelheim, B. (1963). *Le cœur conscient*. Gallimard.

Ferenczi, S. (1982). Principe de relaxation et néocatharsis, OC IV. Dans : *Psychanalyse 4* (p. 82-97). Payot.

Ferenczi, S. (1982). Réflexions sur le traumatisme, OC IV. Dans : *Psychanalyse 4* (p. 139-147). Payot.

Freud, S. (1981). Au-delà du principe de plaisir. Dans : *Essais de psychanalyse*. Payot.

Guillaumin, J. (1998). *Transfert, contretransfert*. L'Esprit du temps.

Pollak, M. (1991). *L'expérience concentrationnaire*. A.M. Métaillié.

Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans : Furtos, J., Laval, C. *La santé mentale en actes. Du clinique au politique*. Érès.

La notion d'enveloppe est présente chez Freud, mais elle doit beaucoup à Didier Anzieu et à Didier Houzel pour sa conceptualisation. Elle prend forme au moment où la psychanalyse réalise que le travail associatif sur les « contenus » suppose préalablement l'existence de « contenant » suffisamment stables chez le sujet.

L'extension de la clinique des enveloppes au corps, aux différents âges de la vie, aux groupes, familles ou institutions, voire à la réalité matérielle, pose cependant question. N'y a-t-il pas une trop grande facilité à les utiliser comme une image ? Sommes-nous toujours bien en présence de l'élaboration d'une « expérience traumatique » ? Peut-on les envisager comme une « formation psychique » ? Cet ouvrage propose pour cela une nouvelle théorisation de la perception en psychanalyse. Les enveloppes sont repérées comme des « processus de lien » entre soi et l'autre dans les crises ou les situations pathologiques, somatiques, psychiques ou sociales. Leur mise au travail exige écoute, attention et spécificité des dispositifs.

Le directeur d'ouvrage

Denis Mellier est psychologue clinicien, psychothérapeute et formateur à l'approche psychanalytique de l'observation du bébé à Lyon. Professeur émérite (UFC), ses recherches portent sur les souffrances primitives, l'intersubjectivité et la fonction contenant. Il est membre de la SFPPG et de la WAIMH-France.

Les auteurs

Rose-Angélique Belot, Mélissa Berthelemy, Michèle Bertrand, Pierre Delion, Bernard Golse, Romuald Jean-Dit-Pannel, Jean-Paul Matot, Denis Mellier, Sylvain Missonnier, Aglaïa-Lila Mitsopoulou-Sonta, Marie Naimi, Sylvie Nezelof, Mathilde Pointurier, René Roussillon, Almudena Sanahuja, Myriam Thiebaud, Cindy Vicente, Alexandra Vidal-Bernard, Xanthie Vlachopoulou, Lauriane Vulliez.



20 € TTC – France

ISBN : 978-2-84835-920-5

Visuel de couverture : © Marja - Adobe Stock

www.inpress.fr