

A.R.A.G.P

*ASSOCIATION RHÔNE-ALPES DE GÉRONTOLOGIE
PSYCHANALYTIQUE*

AGE ET TRAUMATISME

**13^{ème} JOURNÉE D'ÉTUDES
DE L'A.R.A.G.P.**

**Le 8 mars 1997
Hôpital ST JEAN DE DIEU
Lyon 8^{ème}**

SOMMAIRE

TRAUMATISME, TRAUMATIQUE et AGES

Claude JANIN, psychanalyste, Lyon

TRAUMATISME ET TEMOIGNAGE CHEZ LES SURVIVANTS DE LA SHOAH

Régine WAINTRATER, psychanalyste, Paris

LE TRAUMATISME FAMILIAL DE LA DEMENCE

Dr Pierre-Marie CHARAZAC, psychiatre des Hôpitaux, Lyon

UN APRES COUP DE VIEUX

Caroline GORLERO, psychologue clinicienne, Lyon

UNE CHUTE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

Catherine ROOS, psychologue clinicienne, Lyon

TRAUMATISME, TRAUMATIQUE et AGES

Claude JANIN, psychanalyste,

Lyon

Je me suis longtemps demandé, au cours de ces dernières semaines, si je n'avais pas accepté l'invitation de l'A.R.A.G.P. de manière très imprudente : je ne suis pas gérontologue, en effet, je ne reçois que très rarement des personnes âgées, et il me paraît toujours difficile de parler psychanalyse en dehors de la clinique. Toutefois une expérience maintenant très ancienne de psychologue dans un service de gérontologie, et un travail publié pendant cette même période, portant sur la psychopathologie du troisième âge, m'ont permis de me situer dans une certaine continuité interne pour participer à votre journée d'étude, et accepter de traiter en partie son thème : Traumatisme et âge.

Il m'a semblé cependant cohérent d'en infléchir modérément le titre, en ajoutant un "s" à âge, et de vous proposer, à travers ce pluriel, l'idée essentielle à mes yeux d'une continuité de la vie psychique dans laquelle, comme dans une coupe géologique, les couches les plus récentes reposent sur des strates plus anciennes, et qu'ainsi des difficultés surgies au cours du troisième âge ne peuvent s'expliquer, se comprendre et se traiter, que si l'on a la possibilité de prendre en compte des difficultés antérieures, survenues, par exemple, dans les premiers âges de la vie, ou au cours de l'adolescence. Vous noterez que je propose ainsi un modèle de compréhension qui suppose que *l'actuel* se définisse comme un *après-coup* d'un événement ou d'une situation antérieure, ce qui est effectivement au cœur de la définition freudienne du traumatisme. Selon ce modèle implicite, *l'histoire psychique du sujet est centrale, et nécessite donc, pour le thérapeute, un patient travail de construction ou de reconstruction de cette histoire psychique, de mise à jour de la façon dont s'est construite la réalité psychique de ce sujet. Ce sera le premier axe de réflexion que je vous proposerai.*

A vrai dire, je souhaiterais infléchir le titre de cette journée une deuxième fois, en vous proposant d'introduire, à côté de la notion de traumatisme, la notion de *traumatique* ; pour le définir d'un mot, car j'y reviendrai, alors que le traumatisme est une matrice temporelle unissant l'"avant", le "maintenant", et l'"après", le traumatique peut se définir comme l'irruption, dans la vie du sujet, d'un événement dont la charge émotionnelle est telle, que le psychisme se verra fonctionner selon un régime particulier assez proche de la sidération. Je voudrais, à ce propos, vous donner la définition de la sidération, selon le dictionnaire Robert : "Anéantissement soudain des fonctions vitales, avec état de

mort apparente, sous l'effet d'un choc émotionnel". Ainsi, dans la distinction que je vous propose de faire entre *traumatisme* et *traumatique* se déploient d'autres distinctions, et notamment la distinction que l'on peut faire entre histoire et événement d'une part, et entre réalité psychique et événement d'autre part. Je puis donc vous proposer maintenant le titre définitif de mon exposé : *Traumatisme, traumatique et âges*.

Je ne suis cependant pas en mesure aujourd'hui, pour les raisons que je vous ai données, de traiter ce sujet en référence directe à la clinique ; mon propos sera donc de vous proposer un cadre épistémologique solide, qui, à mon sens ? doit pouvoir guider les principes psychothérapeutiques à mettre en oeuvre avec les sujets âgés, cadre à partir duquel chacun d'entre vous pourra, s'il le souhaite, réfléchir à sa propre pratique, à sa propre clinique, la mettre en perspectives, et pourquoi pas, en discuter ici.

Je commence donc par une définition psychanalytique du traumatisme. Aux premiers temps de la psychanalyse, dans les années 1895, le traumatisme est avant tout un traumatisme sexuel, et implique deux temps : le premier est celui d'une scène de séduction "sexuelle" de l'enfant par l'adulte, l'enfant subissant passivement la scène. Dans le deuxième temps, dans une scène non sexuelle, des ponts associatifs ravivent les traces mnésiques du premier temps, que le refoulement avait tenues à l'écart. On voit ainsi que c'est seulement dans son caractère de souvenir que l'événement est traumatique. L'exemple princeps de cette façon de considérer le traumatisme est le cas Emma publié par FREUD dans *La naissance de la psychanalyse*. "Emma - je cite FREUD - est actuellement hantée par l'idée qu'elle ne doit pas entrer *seule* dans une boutique. Elle en rend responsable un souvenir remontant à sa 13^{ème} année (peu après la puberté). Ayant pénétré dans une boutique pour y acheter quelque chose, elle aperçut les deux vendeurs (elle se souvient de l'un d'eux) qui s'esclaffaient. Prise de panique, elle sortit précipitamment. De là l'idée que les deux hommes s'étaient moqués de sa toilette et que l'un d'eux avait exercé sur elle une attraction sexuelle (...). L'analyse met ensuite en lumière un autre souvenir, qui, dit-elle, n'était nullement présent à son esprit au moment de (cette) scène. (...) A l'âge de huit ans, elle était entrée deux fois dans la boutique d'un épicier pour y acheter des friandises et le marchand avait porté la main, à travers l'étoffe de sa robe, sur ses organes génitaux (en riant). Malgré cet incident, elle était retournée dans la boutique, puis cessa d'y aller. Par la suite, elle se reprocha d'être revenue chez ce marchand, comme si elle avait voulu provoquer un nouvel attentat. Ce qui lie, commente FREUD, la scène récente et la scène ancienne, c'est le *rire* : rire du vendeur qui s'esclaffe, et rire de l'épicier ; c'est ce rire qui permet à la patiente de relier les deux scènes. avec la puberté, le sens sexuel tenu ignoré dans la scène la plus ancienne revient, inconsciemment, et la peur actuelle de pénétrer dans un magasin s'explique ainsi. Comme vous le voyez dans cet exemple donné par FREUD, le symptôme de la patiente ne peut être compris que parce qu'il donne lieu à une construction historique des conditions de sa survenue. FREUD va très vite abandonner cette théorie de la séduction ; il va proposer l'idée que ces séductions racontées par les patients sont essentiellement des fantasmes, sans fondements historiques réels. Nous reviendrons sur cette question.

Mais poursuivons l'étude du concept de traumatisme : dans les années de guerre, et plus précisément en 1918-1919, à partir de l'étude des névroses traumatiques, - les névroses présentées par les soldats ayant subi un choc violent pendant les combats - FREUD déploie le point de vue selon lequel l'angoisse - qui deviendra en 1926¹ l'angoisse signal d'alarme-protège le MOI contre l'effraction traumatique.

Avec le tournant des années 1920, FREUD abandonne la conception du traumatisme lié à la séduction ou à ses après-coups, comme dans le cas Emma... C'est le point de vue économique qui est désormais central : le traumatisme est ainsi "une effraction étendue du pare-excitation". "L'hilflosigkeit" - la détresse du nourrisson - est le paradigme de l'angoisse par débordement, lorsque le signal d'angoisse ne permet pas au moi de se protéger de l'effraction quantitative, qu'elle soit d'origine interne ou externe. On voit donc comment FREUD s'affranchit, au cours du développement de son oeuvre, de toute référence événementielle dans la conception du traumatisme : d'abord scène réelle, il devient ensuite constitué essentiellement par son après-coup, qui est encore un événement, pour n'être finalement caractérisé que par sa dimension de débordement économique. C'est ce que j'ai appelé le traumatique.

Dans les dernières élaborations de cette question, FREUD complexifie sa pensée :
- dans "**Analyse sans fin et analyse avec fin**", FREUD affirme le poids du facteur quantitatif, de l'économique, mais revient de façon surprenante sur la question de l'événement dans "construction dans l'analyse" : il évoque notamment les morceaux de réalité déniés dans la période d'une enfance reculée, et qui font retour dans les symptômes psychiques ².

- dans "**L'homme Moïse et la religion monothéiste**", FREUD apporte le pont final à sa théorie du traumatisme. Ce sont des "impressions éprouvées de la petite enfance, puis oubliées" qui n'acquiescent de caractère traumatique qu'à la suite d'un "facteur quantitatif" se "situant dans la période de l'amnésie infantile" et pouvant se rattacher aussi bien à des "impressions de nature sexuelle et agressive" qu'à des "atteintes précoces du moi" (blessures narcissiques).

Je vais maintenant évoquer une autre conception du traumatisme, qui est celle qui a été développée par FERENCZI, un des analystes les plus doués de l'époque de FREUD.

C'est essentiellement dans "**Confusion de langues**", que FERENCZI développe sa conception du traumatisme, ainsi que dans les écrits de la même époque, et notamment dans le "**journal clinique**" : le traumatisme, dit-il, est le résultat d'une réponse "passionnelle" de l'adulte aux sollicitations tendres de l'enfant. Cette réponse passionnelle est déniée par l'adulte ; ce déni entraîne chez l'enfant un clivage du moi : l'enfant se sent innocent de l'événement et en même temps introjecte le sentiment de culpabilité de l'adulte ; de plus l'enfant, afin de conserver une image suffisamment bonne de l'adulte "préfère" penser que la scène traumatique est une pure création fantasmatique : "Ils préfèrent accepter

(1) Inhibition, symptôme et angoisse.

(2) Construction dans l'analyse P.280

que leur esprit (mémoire) n'est pas digne de confiance, plutôt que de croire que de telles choses avec cette sorte de personne peuvent réellement s'être passées (autosacrifice de l'intégrité de son propre esprit pour sauver les parents)¹. On voit bien ici le retour de FERENCZI à la théorie de la séduction abandonnée par FREUD 35 ans auparavant.

Ces différences fondamentales entre les deux auteurs ont marqué l'histoire de la psychanalyse en France, de façon extrêmement importante, et ce par rapport à l'importante question du poids de la réalité événementielle dans la cure analytique. Ainsi, en 1970, un livre de S. VIDERMAN² ouvrit sur ce sujet un extraordinaire débat d'idées. Ce livre dont il est hors de question de rendre compte dans son intégrité, proposait en fait 4 thèses :

1ère thèse : Malgré son renoncement à la neurotica, FREUD est resté, tout au long de son oeuvre, hanté par "les sources du Nil", c'est-à-dire par la recherche de l'événement originaire, datable, refoulé, et qui rendrait compte des symptômes du patient.

2ème thèse : Cet événement est à jamais inconnaissable, compte tenu du refoulement originaire, et toute construction de sa propre histoire est donc une construction *mythique*.

Cette nécessité *d'invention de l'origine*, VIDERMAN l'explicite formellement à partir de son commentaire de "**Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci**". Dans son ouvrage, FREUD rapporte le souvenir de Léonard : "Etant encore au berceau, un vautour vint à moi, m'ouvrit la bouche avec la queue, et plusieurs fois me frappa avec la queue entre les lèvres". A partir de ce souvenir FREUD se livre à une ingénieuse analyse, fondée sur des éléments mythologiques : il fait appel à une divinité adorée par les anciens Egyptiens, à tête de vautour, nommée Mut. De plus FREUD fait appel à un autre élément mythologique : les Grecs et les Romains croyaient que l'espèce des vautours ne comportait que des femelles, et que c'était le vent qui en assurait la fécondation.

Dès lors, et hardiment, FREUD glisse de Mut à..... Mutter - la mère - et peut alors interpréter le fantasme de Léonard de Vinci : être le fils d'une femelle sans mâle, d'une mère vautour, et d'être - dans son homosexualité - identifié à cette mère. L'interprétation, dans son imagination et sa créativité est géniale, mais il s'avère - en 1952 - qu'elle repose sur une erreur de traduction : le vautour est, dans le texte original, un milan. Voici le commentaire qu'en fait VIDERMAN :

"Le point le plus faible de l'argumentation de FREUD, ce n'est pas une erreur de traduction, mais d'avoir voulu donner la construction d'un fantasme sur des éléments de réalité,..."

"FREUD n'aura vu un vautour, qui était en réalité un milan, qu'en mettant son génie à rêver pour Léonard une vérité inconsciente imaginaire" ..

"Peu importe ce qu'a vu Léonard (rêve ou souvenir) ; peu importe ce qu'a dit Léonard (vautour ou milan) ; ce qui importe, c'est que l'analyste, *sans égard pour la réalité*³, ajuste et assemble ces matériaux pour construire un tout cohérent qui ne reproduit pas un fantasme préexistant dans l'inconscient du sujet, mais le fait exister en le disant".

(1) "Psychanalyse 4 p.307 "La répétition en analyse pire que le traumatisme original"

(2) La construction de l'espace analytique.

(3) C'est moi qui souligne

la troisième découle de cette appréciation, par VIDERMAN, de la réalité : puisque la réalité événementielle n'a pas d'importance, puisqu'elle est inconnaissable, il faut l'inventer, comme FREUD avec Léonard de Vinci. C'est à partir de la lecture de "L'homme aux loups", que VIDERMAN formule cette thèse :

"Entre la scène primitive, vécue ou fantasmée, conservée dans l'inconscient, et le rêve des loups il n'y a aucun point commun - sauf la parole de l'Analyste - et c'est bien sur parole qu'il faudra le croire, sinon y renoncer".

Et ceci encore : "Que l'histoire (racontée au patient) ne soit pas vraie nous importe peu ; il suffit qu'elle soit (vrai)semblable".

Ainsi les trois thèses de Viderman semblent s'articuler en une sorte de logique - à allure de syllogisme - qui pourrait s'énoncer ainsi :

- L'analyste est hanté par la recherche de l'origine.
- Or l'origine est à jamais inaccessible.
- Donc il faut l'inventer.
- Et l'énoncer pour la faire exister.

On notera à quel point nous sommes ici éloignés des thèses développées par FREUD dans "Construction en analyse", et que je rappelais plus haut : la référence aux morceaux de réalité déniés, mais aussi l'importance accordée, dans ce même texte, à la "vérité historique".

Il me semble d'ailleurs que, près de trente ans après la parution du livre du Viderman, les débats sur l'histoire et les risques de sa falsification, obligent l'analyste à se reposer les rapports conflictuels qu'il entretient avec elle. C'est d'ailleurs autour de cette question qu'un débat très important s'était engagé au sein de la SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS autour du livre de VIDERMAN. C'est ainsi que Francis PACHE¹, écrivait :

"L'homme, au début de sa vie, rencontre la réalité, il ne l'apporte pas ici ou là, après l'avoir intentée, pour la trouver ensuite. Elle l'attire, l'abreuve, le prive, le terrorise, non seulement telle qu'il la fait, mais telle qu'elle est". Pour Pasche, d'ailleurs, la compulsion de répétition concerne non seulement la pulsion, le désir, ou les fantasmes originaires ; elle concerne aussi les premières impressions de l'enfance.

Il me semble en fait que VIDERMAN, dans son ouvrage avait mal apprécié les avancées décisives de l'historiographie moderne, voire qu'il les avait ignorées. L'école française des ANNALES, fondée par Marc BLOCH, a montré qu'

"Un personnage, un événement, tel aspect du passé humain ne sont "historiques" que dans la mesure où l'historien les qualifie comme tels, les jugeant dignes de mémoire parce qu'ils lui apparaissent à quelques titres importants, actifs, féconds, intéressants, utiles à connaître..."² Ainsi, l'histoire est à la fois une restitution et une création : MARROU écrit ainsi que : "L'histoire est le résultat de l'effort, au sens créateur, que fait l'historien pour unir le passé qu'il ignore au présent qui est le sien"³

(1) Le passé recomposé, R.F.P., Juin 1974

(2) MARROU "Le métier d'historien" in l'histoire et ses méthodes, La Pléiade p.1471

(3) MARROU : Apologie pour l'histoire ou métier d'historien

On peut voir ainsi, me semble-t-il, combien les conceptions de l'historien et du psychanalyste se rencontrent ici. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler les termes dans lesquels FREUD traite de la question du délire dans **"Construction en analyse"** : "ce qui importe, c'est l'affirmation que la folie, non seulement procède avec méthode,...mais qu'elle contient un morceau de vérité historique... (le travail analytique) consisterait à débarrasser le morceau de vérité historique de ses déformations et de ses appuis sur la réalité actuelle et de le ramener au point du passé auquel il appartient"... De même que l'effet de notre construction n'est dû qu'au fait qu'elle nous rend un morceau perdu de l'histoire vécue, de même le délire doit sa force convaincante à la part de vérité historique qu'il met à la place de la réalité repoussée"⁽¹⁾.

VIDERMAN, après avoir évalué la justesse des critiques qui lui avaient été adressées après la parution de son livre en écrivit un second, **Le céleste et le sublunaire**, dans lequel il revint sur la problématique de l'histoire, et ce en quoi elle pouvait intéresser le psychanalyste ; à certains égards les théories contemporaines de l'histoire avaient de quoi séduire VIDERMAN. Ainsi CROCE avance² que :

"Les faits n'existent pas, c'est l'esprit qui pense et construit les faits",
tandis que paul VEYNE soutient qu'

"Il n'existe pas d'objets naturels en histoire... L'objet historique est ce qu'on le fait être et peut être redécoupé selon mille critères qui se valent tous".

Tout ceci permet à VIDERMAN de développer l'idée selon laquelle :

"C'est l'imagination qui va nous permettre de combler les manques, remplir les vides, jeter les ponts, et faire d'une histoire discontinue un récit cohérent et suivi, mais c'est l'esprit qui en fait la cohérence. La révolution copernicienne en épistémologie historique, c'est que l'imagination est devenue le centre qui organise la poussière des faits, l'aimante et l'ordonne".

Ainsi, l'historien comme le psychanalyste doivent faire le deuil d'une illusion positiviste dans laquelle la construction serait une simple restitution ; au contraire, tout indique que c'est par un acte subjectif que peut se construire la représentation de ce qu'a été le passé. Dès lors, une question fondamentale doit être posée : si la construction historique est à ce point subjective, comment choisir les faits de telle sorte que ma construction, en temps qu'analyste, ne soit pas simplement délirante ? VIDERMAN par un retournement spectaculaire, par rapport à sa position antérieure - cf. "être sans égard pour la réalité" - essaye dans **"Le céleste et le sublunaire"**, de répondre à cette question ; voici ce qu'il écrit :

"Il ne m'est pas possible d'opter à mon gré, dans la reconstruction de l'histoire de mon malade, pour un enchaînement d'événements plutôt que pour un autre. Il faut que la séduction par tel ou tel agent historique ait eu lieu en un moment historiquement datable et repérable, par la mémoire si possible, par la reconstruction sinon. Il faut que la "castration" ou la scène primitive, dans la mesure où nous les tenons pour des événements réels, auxquels nous attribuons

(1) Construction....p381-382

(2) Théorie et histoire de l'historiographie

des effets d'ébranlement psychique à longue portée, aient eu lieu, pour que, retrouvés, reconstruits, replacés exactement à la place où les mailles rompues de la mémoire avaient été raccommodées avec des symptômes substitués aux souvenirs, l'ordre subverti soit rétabli".... En somme : "Le champ historique est indéterminé, aléatoire, et pourtant, tout en nous y appuyant, nous sommes dans l'obligation - si nous voulons être efficaces - qu'il y ait une coïncidence entre ce que nous disons que l'histoire du patient a été et ce qu'elle a été réellement". Il ne faudrait pas croire pour autant que l'analyse est une simple reconstruction de l'histoire événementielle du patient, encore que cet aspect ait quelque importance : le psychanalyste a, en outre, à se préoccuper de comprendre comment, autour de l'événement, viennent se greffer des fantasmes, des mécanismes de défense, des symptômes.

VIDERMAN emploie une métaphore extrêmement intéressante, celle de la perle, formée à partir d'un grain de sable. Selon lui, le grain de sable, en psychanalyse, c'est l'événement - ou sa trace - à partir duquel, et autour duquel, les fantasmes vont se développer, comme les concrétions perlières le font autour du grain de sable réel. Je suis assez d'accord avec ce point de vue, mais c'est à partir de lui que les choses doivent être repensées sur le plan analytique. En effet, chacun sait que, pour un grain de sable, le "devenir perle" est un destin pour le moins incertain : il y a, dans le monde, plus de sable sur les plages que de colliers au cou des femmes ; on peut légitimement se demander si cette remarque n'est pas également valable pour les événements que l'être humain est amené à traverser au cours de son existence : combien feront l'objet d'une inscription, analogue à l'introduction du grain de sable ? Combien, au contraire, seront roulés par les vagues de la vie, voire iront s'inscrire chez quelqu'un d'autre ? En tout cas il faut, me semble-t-il, admettre, du moins si nous aimons les perles, que ce grain de sable de l'événement - ou de son souvenir - n'est pas du tout insignifiant, qu'il devienne perle - et pour nous cela signifie symbolisable - soit qu'il reste simple grain de sable - et cela signifie pour nous non symbolisé, non-inscrit, ou perdu : de toutes les façons, ce grain de sable de l'événement a pour l'analyste un rôle capital ; il est ce que j'appelle le **Noyau traumatique** de tout processus psychique.

La question qui vaut alors d'être posée est la suivante : qu'est-ce qui, dans le développement de l'infans permet l'inscription de ce "grain" de sable que j'évoquais plus haut, inscription qui le conduira à investir son mode d'existence selon ce rapport subjectif si particulier entre le monde interne et l'extérieur, puisque FREUD, postule que "l'objet naît dans la haine", tandis qu'André GREEN a mis en évidence le rôle organisateur, fondateur même, de l'hallucination négative de la mère, permettant à cette dernière d'être constituée en "structure encadrante" ayant un "rôle de contenant de l'espace représentatif"². De son côté, René ROUSSILLON, en commettant les points de vue de WINNICOTT sur l'objet transitionnel a apporté un éclairage tout à fait convaincant.

(1) in "Le Céleste et le Sublunaire" P.U.F

(2) Cf "Narcissisme de vie ; narcissisme de mort" p246 et 247

La réalité de l'objet, pour pouvoir être "trouvée" (découverte, investie, doit pouvoir être détruite/trouvée. Explicitons ce "paradoxe". L'objet est trouvé comme objet externe s'il est détruit dans le (fantasme) mais survit à cette destructivité, c'est-à-dire que, s'il est atteint par celle-ci, il reste néanmoins permanent et stable, ce qui se manifeste par le fait qu'il n'exerce pas de représailles sur le sujet, ni du côté de la rétorsion, ni du côté du retrait. L'objet doit donc être à la fois atteint (détruit) et non détruit : atteint, pour donner valeur et réalité à la destructivité - la reconnaître - et non détruit pour la localiser dans le domaine de la vie psychique. C'est là le sens de survivre¹.

Si l'on admet que cette métaphore du grain de sable proposée par VIDERMAN a quelque pertinence, un certain nombre de conséquences doivent en être tirées, et parmi celles-ci cette idée du noyau traumatique des processus psychiques ; lorsqu'il dit que : "l'objet naît dans la haine", FREUD signifie ainsi que la constitution du premier objet interne ne peut se faire que parce que l'objet réel est absent et donc frustrant : inversement et il s'agit là des thèses de FREUD, que Jean LAPLANCHE a repris dans ses **"nouveaux fondements pour la psychanalyse"**, lorsqu'une mère s'occupe "normalement de son bébé, elle adresse à celui-ci des messages chargés de sens sexuel dont il ignore le sens. Il s'agit là de la séduction originaire, par laquelle le sexuel est, en somme, "implanté" dans le psychisme humain. Là encore, c'est bien à partir du réel, puisque nous sommes dans le domaine du besoin vital élémentaire, que cet implant, ce "corps psychique étranger", bref, ce traumatisme originaire, qui est un "bon traumatisme", va se développer. Ces deux formes de noyau traumatique du Moi sont placées sous le signe de l'excès, du trop : trop d'absence de l'objet ; à l'inverse trop de présence du même objet a en fait la même conséquence : un afflux d'excitation interne que le sujet va lier - ou tenter de lier - au moyen de concrétisations fantasmatiques, pour parler dans les termes de la métaphore de VIDERMAN. C'est à partir de cette observation que j'ai développé, il y a quelques années, l'idée des logiques du traumatisme, autour de ce que j'avais alors appelé **"le chaud et le froid"**. L'idée m'en était venue à l'occasion de deux analyses qui se déroulaient dans le même temps : une patiente, qui montrait dans sa vie une excitation psychique intense, conduisant à des actings à caractère "don juanesque" nombreux, et qui se présentait cliniquement comme une patiente souffrant d'une névrose hystérique apporta dans sa cure tout un matériel infantile dans lequel sa mère, très phobique ne lui donnait pas les soins corporels habituellement donnés à un jeune enfant : cet évitement phobique des zones érogènes, et l'absence d'excitation sexuelle directe, par les soins corporels, de ses dernières, les avaient désignées, pour ainsi dire en creux, négativement, comme éminemment excitantes et dangereuses. A l'inverse, une patiente cliniquement déprimée retrouva, en analyse une scène de séduction infantile, dont tout porte à croire qu'elle fut réelle, et vécue sur le mode d'un triomphe maniaque, la dépression de l'âge adulte étant en partie due au fait que la patiente n'arrivait pas à faire le deuil de cette position de toute puissance infantile.

(1) In "Paradoxes et situations limites de l'analyse", P.121

J'ai suggéré, à partir de ces deux observations, une métaphore psychophysiologique qui rende compte de la complexité de ces situations traumatiques différentes ; en effet, puisque la métaphore du pare-excitation dont l'effraction est caractéristique de la situation traumatique est celle de la couche protectrice de la vésicule vivante, ou, comme l'a suggéré D. ANZIEU, de la peau, il me semble qu'on peut ici utilement rappeler une expérience élémentaire : notre épiderme contient des récepteurs périphériques qui discriminaient les sensations de chaud et de froid ; on sait que si l'on bande les yeux d'un sujet et qu'on le soumet en un point de la surface cutanée à un chaud ou à un froid intense, celui-ci ne pourra qualifier la nature de l'excitation subie ; en d'autres termes - et je reprends là une métaphore psychanalytique - le "trop d'excitation" ou le "pas assez d'excitation" sont vécus de la même manière, sous le mode de l'excès d'excitation. Il va cependant de soi que ce qui, "in fine" se traduit de la même façon, est survenu dans des contextes historiques radicalement différents ; c'est pourquoi il me semble tout à fait essentiel de *reconstruire* très soigneusement *ce qui s'est passé historiquement pour nos patients, et que l'excès d'excitation a rendu inintelligible et inintégrable par le Moi*, du moins jusqu'à ce que la cure permette de l'élaborer ; en ce sens je pense que l'analyste, en reconstruisant de telles scènes fait oeuvre d'historien, en permettant de qualifier, à partir des indices qui lui restent accessibles, ce qui sans cet acte de construction demeurerait incompréhensible. En ce sens, il me semble possible de faire mienne cette recommandation de Jules MICHELET : "Il faut faire parler les silences de l'histoire, ces terribles moments où elle ne dit plus rien et qui sont justement ses instants les plus tragiques."

Je viens donc de décrire une des formes principales du traumatisme psychique qui est la *non qualification des vécus psychiques internes* ; il existe à côté de cette première forme, une autre figure du traumatisme.

Pour introduire cette deuxième figure du traumatisme, il faut faire un détour rapide par WINNICOTT dans "**Objets et phénomènes transitionnels**", WINNICOTT écrit ceci : "On peut dire, à propos de l'objet transitionnel, qu'il y a un accord entre nous et le bébé comme quoi nous ne poserons jamais la question : "cette chose, l'as-tu conçue ou t'a-t-elle été présentée du dehors ?" L'important est qu'aucune prise de décision n'est attendue sur ce point. La question elle-même n'a pas à être formulée". Ce que WINNICOTT définit ainsi pour un objet particulier, - l'objet transitionnel -, je pense que nous, analystes, avons des enseignements à en tirer en ce qui concerne notre théorie de la réalité : même si nous sommes toujours en train d'attribuer, à ce qui nous est dit, un indice de réalité, même si nous sommes toujours en train de distinguer fantasme et événement, il me semble qu'en même temps, nous considérons que la réalité évoquée par le patient est de nature transitionnelle : la question de la *topique de la réalité* évoquée en Analyse ne se pose habituellement pas ; il va de soi qu'elle est à la limite de l'intérieur et de l'extérieur. Entre l'Analyste et son patient, il y a un pacte tacite selon lequel l'objet dont on parle est toujours un "entre-deux", c'est-à-dire qu'il est à la fois :

- un objet réel, modifié par les "opérateurs" du travail psychique que sont introjection, projection, mise en représentation par le biais des rêves et des fantasmes.

- un objet psychique construit en étayage sur les caractéristiques "réelles" de l'objet et de l'environnement.

Notre rapport au réel est entièrement construit à partir de cette double caractéristique de la réalité, que je désignerai sous le terme de : *"transitionnalité de la réalité"*, et qui est au fond assez proche du caractère composite suggéré par la métaphore des concrétions perlées du grain de sable de VIDERMAN. Il me semble qu'une des figures majeures du traumatisme se constitue dans la "détransitionnalisation de la Réalité" : par exemple, lorsqu'un sujet se trouve confronté à un événement qui vient redupliquer un fantasme ; ainsi l'enfant confronté à une séduction réelle, reduplication, dans la réalité du fantasme originaire de Séduction ; ou bien encore l'enfant qui voit, avec la disparition d'un proche, la réalisation de certains fantasmes agressifs inconscients : dans ces "malheureuses rencontres" (A. GREEN), entre fantasmes et événement, l'espace psychique et l'espace externe communiquent de telle sorte que l'appareil psychique ne peut plus remplir son rôle de contenant du monde interne ; c'est ce que j'ai appelé le collapsus de la topique interne. Dans de telles circonstances, le sujet ne sait plus quelle est la source de son excitation, si elle est d'origine interne ou externe.

Evidemment, c'est le propre de toute expérience traumatique, puisque FREUD que - je cite - "Le traumatisme est une expérience d'absence de secours (la fameuse "hilflosigkeit") dans les parties du Moi, devant l'excitation que cette dernière soit d'origine externe ou interne. Lorsque surviennent ces situations de collapsus topique, le sujet n'a alors plus la possibilité de constituer quelque chose d'extrêmement important sur le plan psychique, à savoir "l'épreuve de réalité" que FREUD définit dans un texte de 1917¹ et ce toujours en référence à la détresse :

"L'organisme en détresse a la capacité de se procurer, grâce à ses perceptions, une première orientation dans le monde en différenciant "à l'intérieur" et "à l'extérieur" selon la relation à une action musculaire. Une perception dont une action entraîne la disparition est reconnue comme une perception extérieure, comme réalité ; là où une telle action ne change rien, la perception vient de l'intérieur du corps propre, elle n'est pas réelle. Il est précieux pour l'individu de posséder un tel signe caractéristique de la réalité, qui en même temps signifie un recours contre elle".

Ainsi, ces situations de collapsus sont génératrices d'une perte du sens de la réalité ; elles peuvent être d'ailleurs, pour cette raison, rapprochées de ce que FREUD a admirablement décrit autour des phénomènes d'inquiétante étrangeté.

Il écrit que "D'après (ses) observations, il est indubitable que le facteur de répétition du même... , à certaines conditions, et combiné avec des circonstances précises (est une des) sources du sentiment d'inquiétante étrangeté".

Il met ce facteur de répétition en relation avec le "modèle du motif du double", et ajoute :

(1) Complément métapsychologie à la doctrine du rêve

"Il s'agit... d'une régression à des époques où le Moi ne s'était pas nettement déterminé par rapport au monde extérieur et à autrui". Ces états de collapsus topique sont ainsi, cliniquement rattachables aux phénomènes de dépersonnalisation. Nous avons affaire, dans ces situations décrites par FREUD à un collapsus topique normal, de courte durée, produit par la rencontre entre fantasme et événement, mais dont l'effet d'ébranlement est bien perceptible ; ces situations sont souvent vécues comme de brefs moments de dépersonnalisation, ce qui souligne bien une des défenses les plus efficaces contre l'effet dévastateur du collapsus topique : tenter de séparer, de cliver, l'une des facettes de la réalité brusquement "détransitionnalisée" ; en d'autres termes, il s'agit de séparer, de "décoller", l'Événement et le Fantasme "collabés" dans leur rencontre. Si l'on tient ce point de vue pour vrai, nous devons donc admettre que le clivage peut être, comme l'a proposé Gérard BAYLE¹ quelque chose de "fonctionnel", et se rencontrer ainsi dans des organisations psychiques qui ne sont pas structurellement clivées ; il s'agit alors pour le sujet d'une tentative de reconstituer l'**enveloppe de son psychisme**², en se mettant "à l'abri" de ce que la réalité extérieure peut avoir de destructurant. Je pense d'ailleurs que notre capacité à dormir et à rêver, notre capacité à désinvestir le Monde momentanément au profit de notre Moi, n'est pas sans rapport avec ces phénomènes. Certains patients - et je ne parle pas uniquement ici de patients d'analyse - qui se présentent à nous comme s'ils étaient en retrait du monde, comme s'ils avaient désinvesti ce dernier, sont en train, en réalité de tenter de reconstituer l'enveloppe de leur psychisme effractée un collapsus topique ; c'est peut-être de cette façon que l'on peut comprendre, par exemple, les descriptions faites par BETTELHEIM des comportements de retrait autistique de certains prisonniers des camps de concentration ; inversement certains patients qui nous paraissent être constamment "en prise" sur la Réalité, y répondant toujours de façon adaptée, sont en fait en plein collapsus topique, et leur fonctionnement mental alors réduit à ce que les psychosomaticiens ont appelé la **pensée opératoire** ; je veux ainsi souligner que la pensée opératoire peut se rencontrer, comme le clivage, sans préjuger d'organisations structurales, en fonction de circonstances événementielles plus ou moins dramatiques, et génératrices éventuelles de collapsus topique. Enfin, on peut essayer de comprendre ce que l'on désigne habituellement sous le terme de traumatophilie en référence à cette clinique du collapsus topique : **la répétition**, pour tenter de lier l'excitation du premier traumatisme est en effet un destin classique des situations traumatiques cependant, l'appétence pour le traumatisme me paraît, dans certains cas, aller au-delà de cette tentative de liaison, je dirai que la visée en est plus radicale : il s'agit pour le sujet, au moyen d'un traumatisme, de tenter de reconstituer l'enveloppe effractée. J'ai suggéré ailleurs que dans une situation banale, qui nous paraît en même temps psychiquement incroyable, une réaction banale est de dire à l'interlocuteur : "pince moi, je rêve" ; je propose l'idée qu'il s'agit là d'un texte manifeste, paradigmatique d'une situation de collapsus topique et dont le sens latent est : "pince moi pour que je rêve" ; il s'agirait alors de provoquer une

(1) R.F.P.N. 6 1988

(2) Cf. sur ces différents points : C. JANIN: L'empiétement psychique in : "La psychanalyse : questions pour demain. Monographies de la R.F.P."

excitation traumatique de la barrière de contact susceptible de mobiliser les contre investissements, de refermer ainsi la béance qui fait communiquer l'intérieur et l'extérieur, et de reconstituer, sous couvert de ce traumatisme demandé à l'autre, une enveloppe psychique : la visée poursuivie par la recherche du traumatisme serait ainsi anti-traumatique. Ces quelques brèves remarques ont pour but d'insister sur la valeur signifiante, historicisable, des formations traumatiques rencontrées chez les patients, et donc de la nécessité de les intégrer dans la rencontre analytique, en les tissant avec l'histoire du sujet.

Il me paraît toutefois nécessaire de préciser un peu plus cette question de l'historicisation ; certes, je pense l'avoir montré, la plupart des historiens et la plupart des psychanalystes travaillent avec un même présupposé épistémologique, qui est que leurs constructions - construction d'un passé individuel pour les uns, construction d'un passé collectif pour les autres - sont des *représentations du Réel et non le Réel lui-même* ; les uns et les autres travaillant à partir d'indices ; mais ceux sur lesquels travaille l'historien sont toujours des *indices matériels* : même si l'indice en question est un texte, même si celui-ci est apocryphe, cet indice a une *matérialité* dont ne dispose pas le psychanalyste : le seul texte auquel il a affaire est la parole du patient, et cela n'est pas sans conséquences ; la conséquence la plus importante, c'est l'emprise de l'idéologie historiciste sur la psychanalyse, celle là même qui animait FREUD lorsqu'il recherchait, chez "l'homme aux loups", par exemple les indices de la réalité de la Scène Primitive, en étant soucieux de fonder la scientificité de sa jeune science, et qui lui faisaient écrire : "ou bien l'analyse basée sur sa névrose infantile n'est qu'un tissu d'absurdités, ou bien tout s'est passé exactement comme je l'ai décrit plus haut" ; c'est à cette idéologie historiciste qu'échappe, me semble-t-il, WINNICOTT, avec la transitionnalité de la réalité, mais c'est aussi ce à quoi échappent aussi à mon sens les analystes qui se sont penchés sur la théorie de l'interprétation ; ainsi Christian DAVID note que le travail de l'analyse ne se propose "pas seulement de déchiffrer les sédimentations déposées par la mémoire, de recomposer l'ordonnance rompue des traces historiques... mais **d'interpréter**, pour faire surgir dans le procès de la cure et dans l'espace qui le spécifie, des vérités qui n'étaient nulle part ailleurs avant qu'elles ne fussent découvertes dans la situation analytique par le travail qui les constitue, et qu'ainsi "l'oreille de l'analyste n'est pas un organe d'audition mais de transformation".

Je pense que ces considérations sur la nature de la réalité psychique telle que l'analyse permet de la construire dans le procès de la cure et sur la nature du traumatisme, nous permettent maintenant de risquer quelques considérations sur cette question des rapports entre les âges de la vie et les traumatismes. En effet, tout ce que je viens de vous indiquer doit nous inciter à ne pas trop infiltrer notre écoute du sujet vieillissant d'une illusion réaliste d'autant plus tentante que le sujet âgé met justement souvent en avant la réalité. Au contraire, je pense qu'il est tout à fait nécessaire d'essayer de mettre en forme d'histoire, au sens où je l'ai définie tout à l'heure, ce que la personne âgée nous raconte. J'en donnerai tout à l'heure un exemple.

D'abord une constatation : l'observation nous permet de constater que les êtres humains sont très inégaux, psychologiquement, devant les phénomènes de vieillissement ; chacun de nous a observé des hommes ou des femmes âgés qui paraissent avoir désinvesti le monde, leur entourage et eux-mêmes, au point de paraître ne plus rien attendre de la vie que la mort, tandis que d'autres, au même âge montrent un irréductible appétit pour la vie ; en vous disant cela, je pense particulièrement à un patient, âgé de 70 ans, qui fait actuellement avec moi sa troisième tranche d'analyse : je suis souvent frappé, en l'écoutant, par la fraîcheur de ses souvenirs d'enfance et d'adolescence, lorsqu'il évoque, par exemple ses premiers émois et déceptions oedipiennes, ses premières relations amoureuses ; je suis également frappé par ses capacités intactes à tomber amoureux, à désirer et à aimer ; on a l'impression que sur lui le temps, dans ce qu'il peut impliquer comme effet d'abrasion de l'intensité de la vie mentale, n'a pas eu trop de prise. Car si l'on admet généralement que l'inconscient ignore le temps, force est de reconnaître que la libido, elle, ne l'ignore pas : FREUD, en 1914, dans **Pour introduire le narcissisme**, postule ainsi l'existence d'une différenciation de la libido en libido narcissique et libido d'objet, selon laquelle la libido peut investir soit les objets extérieurs (libido d'objet), soit le moi lui-même (libido narcissique). Dans ce même texte, FREUD évoque la constatation que l'homme vieillissant a tendance à "retirer la libido des objets de son amour". Si l'on ajoute à cela les considérations ouvertes par FREUD dans sa dernière théorie des pulsions, le tableau est pire encore : la pulsion de mort postulée par FREUD dans ce cadre est en effet, comme l'a fortement montré Jean LAPLANCHE, une "pulsion à mourir" ; elle est, dans le psychisme, liée par la libido, ce qui permet de l'utiliser dans le registre des activités faisant appel à l'agressivité ; mais si cette liaison devient inopérante, alors cette pulsion de mort est délivrée, et c'est souvent la mort psychique voire la mort somatique qui constituent alors l'horizon de l'existence. Dans ce contexte, mon patient constituerait, sinon une exception, du moins un démenti apporté par le réel à ce sombre tableau ; en réfléchissant à ce qu'il m'a souvent dit, je me suis aperçu qu'il n'avait jamais renoncé au désir d'aimer et d'être aimé et à l'accomplissement de ce désir que constitue l'union sexuelle avec le partenaire. On peut se demander pourquoi. L'hypothèse que je puis aujourd'hui formuler est la suivante : cet homme a pu, au cours de ces deux précédentes analyses élaborer suffisamment ses désirs oedipiens et sa culpabilité oedipienne, ses traumatismes, qui ont été à vrai dire très impressionnants, pour que les investissements d'objets nouveaux ne soient pas menacés par une régression qui entraînerait à son tour désinvestissement et retrait libidinal, ou dans le meilleur des cas, une régression à des positions antérieures plus stables, avec des solutions de type auto-érotiques, par exemple. C'est pourquoi il me semble important de souligner qu'Oedipe est toujours le maître du jeu de la vie psychique d'un individu, quel que soit son âge ; à cet égard, je considère que les bouleversements de la sénescence constituent, pour tout sujet, une irruption du traumatique au moins aussi importante que celle constituée par la survenue de la puberté chez l'adolescent. Je me permets de vous renvoyer à l'excellent livre de Raymond CAHN, *adolescence et psychose*, qui, de ce point de vue, me paraît très bien poser le problème. Chez l'adolescent, la poussée pulsionnelle de la puberté, si elle n'est pas suffisamment inscrite et encadrée dans la triangulation oedipienne,

risque de précipiter le sujet, à travers la reviviscence de ses vœux incestueux, et suite à la fuite devant ceux-là, à des régressions narcissiques considérables, ouvrant la voie à des mouvements psychotiques extrêmement intenses. Je dirais volontiers qu'il est possible d'assister, chez le sujet vieillissant, à des phénomènes du même ordre. On peut postuler en effet que la perte des étayages sociaux et objectaux qu'implique parfois le vieillissement, peut conduire le sujet à un retrait provisoire de la libido sur le Moi ; lorsque de nouveaux investissements d'objets seront possibles, si ceux-ci sont trop infiltrés de valences oedipiennes, parce qu'investis, par exemple comme l'étaient les parents de l'adolescence, alors la voie sera ouverte à une régression plus importante ; là encore, les solutions recherchées ne seront pas sans rapport avec celles que trouve l'adolescent : retrait, idéalisation forcenée, ascétisme, ou au contraire, repli auto-érotique.

Il est donc certain, selon moi, que le traumatisme majeur que rencontre tout sujet vieillissant est le même que celui que rencontre tout sujet à l'aube de sa vie adulte : il est constitué par la question de l'Autre, de son altérité, de la position de Sujet différent et distinct qu'il faut acquérir par rapport à lui ; c'est un traumatisme pour le narcissisme. Mais alors que l'objet à investir hors du champ familial s'offre, à l'adolescence, comme promesse d'amour, et possible promesse, via la paternité ou la maternité, d'un sentiment d'éternité, l'objet investi dans le temps de la sénescence est surtout présent comme objet à perdre, objet qui peut mourir ou que l'on peut perdre en mourant. Dès lors, l'apport narcissique que constitue, pour tout sujet, l'investissement d'un objet non oedipien ne peut jouer de la même façon : l'illusion d'éternité ne peut tenir, et c'est donc vers d'autres apports narcissiques que le sujet aura à se tourner.

Vous pourrez penser que je suis pessimiste, en évoquant le destin des investissements du sujet vieillissant ; pourtant, il me semble que cette conception n'est pas étrangère à FREUD, qui de ce point de vue, va encore plus loin. C'est ainsi que je comprends son petit écrit de 1913 : *Le motif des trois coffrets*. Dans cet essai, FREUD évoque les contes et légendes qui ont pour thèmes communs de mettre un homme en face de trois femmes, avec un choix à faire ; je vous livre simplement la conclusion de cet essai : on pourrait dire que ce sont les trois relations inévitables de l'homme à la femme qui sont ici représentées : la génitrice, la compagne et la destructrice. Ou bien les trois formes par lesquelles passe pour lui l'image de sa mère au cours de sa vie : la mère elle-même ; l'amante qu'il choisit à l'image de la première ; et pour terminer, la terre mère, qui l'accueille à nouveau en son sein. Mais c'est en vain que le vieil homme cherche à ressaisir l'amour de la femme tel qu'il l'a reçu d'abord de la mère ; c'est seulement la troisième des femmes du destin, la silencieuse déesse de la mort, qui le prendra dans ses bras⁽¹⁾. Ainsi, pour tout homme, le premier objet investi sera, tout au long de la vie recherché, à travers les avatars des investissements d'objet, et finalement retrouvé, dans la mort. Je vous suggérerais donc ici que le modèle FREUD est implicitement un modèle mélancolique, puisque c'est la mort qui permet les retrouvailles avec l'objet perdu.

(1) In l'inquiétante étrangeté, P. 81

Même si l'on n'est pas tout à fait d'accord avec cette vision des choses, il convient de partager le pessimisme freudien sur un point : si chacun des renoncements auxquels l'être humain est condamné, au long de son développement, peut avoir pour lui valeur de promesse future "Pas maintenant, mais plus tard" est une des antennes de l'homme, la vieillesse ne rend plus guère possible une telle illusion. Dans ces conditions, les renoncements deviennent douloureux, et peuvent entraîner un désinvestissement des relations, et il n'est pas rare que dans de tels tableaux, la mort se profile comme dernier horizon.

Avançons encore un peu ; je vous propose l'idée qu'une des situations traumatiques essentielles à laquelle tout sujet peut se trouver confronté au cours de son vieillissement est constitué par un conflit interne entre les forces qui le poussent à l'établissement ou au maintien de ses investissements, et celles qui le pousseraient à renoncer, à désinvestir. Un exemple clinique récent va me permettre d'évoquer cette question. Blanche me téléphone il y a environ un mois pour prendre un rendez-vous. Au téléphone, elle s'enquiert de savoir si c'est bien à la bonne porte qu'elle vient frapper ; "Vous comprenez, me dit-elle, je ne veux pas de médicaments ; je veux parler". La semaine dernière, je vois donc arriver une femme de 75 ans, qui me demande où elle doit s'asseoir, et... se met, effectivement à parler. Ce qu'elle me dit la désole : elle n'a aucun souci, ni financier ni avec ses enfants ; la vie l'intéresse au plus haut point depuis toujours, aussi ne comprend-elle pas pourquoi, depuis quelques mois, elle ressent comme un ennui, comme une envie de tout arrêter. Une pause : "En fait, poursuit-elle, je sais très bien ce qui se passe". Une autre pause, puis un peu gênée : "Voilà, je suis veuve depuis très longtemps ; j'ai été très heureuse avec mon mari, mais lui n'aimait pas la vie ; je pense qu'il s'est laissé mourir, juste après avoir pris sa retraite ; moi je ne suis pas comme cela. J'ai un ami depuis plusieurs années. On était bien ensemble, et puis l'an dernier, il s'est passé quelque chose, et ce n'est plus comme avant". Elle poursuit "Il y a un an, il a perdu sa mère, et il a été très affecté. Moi j'ai décidé d'aller au cimetière, pour l'enterrement ; c'était normal, pour moi, d'être auprès de lui. Mais lui, il a sans doute été gêné vis-à-vis de sa famille que je sois là, et il est parti avec les siens ; il a quitté le cimetière sans me dire un mot, me laissant seule (une pause) : je me suis sentie trahie ; eh bien, depuis, nous continuons à nous voir comme avant, parce que c'est dur d'être seule, mais pour moi, à l'intérieur, c'est fini Blanche évoque alors, sur une question de ma part, son enfance ; j'y repère en fait la même structure dramatique que celle qu'elle vient d'évoquer : un père à qui elle était très attachée, mais qui l'a énormément déçue en méconnaissant une demande qu'elle lui avait faite. C'est comme si elle était aujourd'hui ramenée à sa déception d'enfant : il serait sans doute possible de lui montrer les ponts associatifs entre les deux histoires, et de lui permettre ainsi de se dégager de sa culpabilité oedipienne vis-à-vis de ce père qu'elle a brutalement désinvesti, et sans doute, comme l'ami actuel, beaucoup aimé. Mais l'essentiel se situe dans une petite phrase qu'elle va me dire maintenant : "Je crois aussi que quand on vieillit, on s'intéresse moins, comme si les choses devenaient plus difficiles". On voit pointer ici la question du désinvestissement ; c'est l'autre facette de l'histoire de Blanche : la façon dont elle s'est sentie désinvestie par son ami, comme elle

s'est sentie, autrefois, désinvestie par son père, la conduit à se désinvestir comme objet "investissable", désirable, bref à se déprimer ; mais cette dépression est aussitôt prise dans une appréciation normative : c'est le vieillissement qui en est la cause ; et pourtant... Blanche me dit qu'elle est contente de cet entretien, que ça va lui permettre de repartir. Au moment où elle me remet son chèque, je remarque à haute voix son adresse, et très maladroitement très bêtement, je lui dis : "J'ai un très bon collègue qui habite la même rue que vous". Alors elle : "mais c'est ici que je voudrais revenir ; je suis déjà accrochée!!". Vous voyez je pense comment l'investissement, prompt à se mobiliser, vient s'opposer au traumatisme. Et quand j'y pense, je me dis que ma remarque maladroite aurait pu être interprétée par Blanche, comme une répétition des désinvestissements dont elle était venue me parler, et que c'est l'investissement de la relation avec moi qui a permis que cela ne soit pas traumatique. Donc, pour conclure, je dirais volontiers que l'anti-traumatisme, à tous les âges, c'est la capacité de pouvoir rencontrer un objet à investir ; cela suppose une croyance minimale, une illusion minimale : que l'objet peut apporter quelque chose de bon. L'histoire suivante, empruntée à un collègue¹, en témoigne : Il y a bien des années, M. X, approchant de la cinquantaine, marié et assez volage, tomba amoureux d'une jeune femme de 35 ans ; l'aventure tourna mal ; la jeune femme le quitta et bientôt M. X fit une bouffée délirante, et fut hospitalisé. Bien qu'il l'eût demandée, la psychanalyse fut contre-indiquée, mais une psychothérapie analytique fut entreprise par un analyste, et menée avec succès. Il put notamment mettre en rapport sa bouffée délirante et un événement dramatique de deux ans antérieur : la mort accidentelle de sa mère, qu'il avait niée, très profondément et comprenant que sa flambée amoureuse était à mettre sur le compte de ce déni.

A l'approche de la soixantaine, il eut à nouveau une aventure, avec une jeune femme de 25 ans, qui se termina comme la première. Il reprit une psychothérapie, avec un autre analyste, regrettant que la psychanalyse lui fût interdite, compte tenu de son âge et de sa fragilité. Cette nouvelle psychothérapie dura six ans. Pendant ce temps, il put reconstruire une partie de son histoire infantile : lorsqu'il était âgé de 4 ans, sa mère tomba gravement malade et fut hospitalisée : lui fut un temps confié à l'Assistance Publique, petit à petit, M. X comprit que derrière ce deuil impossible de sa mère, se cachaient des sentiments ambivalents par rapport à celle qui l'avait ainsi abandonné, abandon traumatique qu'il répétait, pour le maîtriser dans ses conquêtes féminines.

Dix ans plus tard, il revint voir son analyste, désespéré : il a maintenant 70 ans, et vient d'être plaqué, après une brève liaison, par une jeune fille de 18 ans. "Cette fois-ci, dit-il, il faut que je fasse vraiment une analyse, sur le divan". L'analyse, acceptée pour l'analyste un peu à son corps défendant, provoqua un torrent d'affects : pleurs, sanglots : Voici ce qu'en dit son analyste : "Les séances furent débordantes d'affects, enfin libéré M. X ne m'apprenait rien de nouveau : tous les épisodes dont il parlait, il les avait déjà décrits en face à face, mais le ton avait maintenant radicalement changé. Les souvenirs ne s'ordonnaient plus en un récit contrôlé, ils jaillissaient comme un chant en détresse".

(1) Il s'agit de Jean Cournut in *L'ordinaire de la passion*

Il comprit, en analyse, qu'il avait rejoué un sentiment d'abandon par sa mère avec la jeune fille, et qu'il le répétait maintenant avec son analyste silencieux derrière lui.

Progressivement, M. X put se dégager de ce drame, et put s'identifier à une "bonne mère", notamment en prenant en charge une parente infirme. L'analyse, à travers d'autres péripéties qui nous intéressent peu ici, alla à son terme.

J'ai terminé par cette histoire, riche de traumatismes pour soutenir ce que je pense profondément : l'élaboration psychique du traumatisme, même dans la douleur et la souffrance est, à tout âge, antitraumatique.



TRAUMATISME ET TEMOIGNAGE

CHEZ LES SURVIVANTS AGES DE LA SHOAH

Régine WAINTRATER, psychanalyste,
Paris

Vieillir est un traumatisme en soi.

Comment un sujet qui a déjà subi un traumatisme massif peut-il aborder le traumatisme supplémentaire que constitue la vieillesse ?

La question se pose évidemment pour les personnes qui ont subi il y a un demi-siècle, l'épreuve de ce que l'on a appelé le génocide, puis l'holocauste, et que l'on appelle aujourd'hui la Shoah. Peut-on repérer chez eux des modalités particulières du vieillir, nécessitant une réflexion qui prenne en compte la spécificité de leur expérience ? Y a-t-il des moyens d'adoucir ce dernier tournant, et la société a-t-elle développé des stratégies compensatoires pour ces personnes que la vie a gravement blessées ?

C'est ce à quoi je vais essayer de répondre ici, en esquissant les grandes lignes d'un travail mené auprès de témoins de la Shoah. Une réserve : la généralisation, inévitable, va à l'encontre des données cliniques, qui montrent que les survivants ont fait preuve d'une grande diversité de réponses, affirmant par là qu'ils étaient des personnes différentes avant la Shoah, et que la catastrophe psychique n'a pas effacé ces différences.

▫ La Shoah : bref rappel

La Shoah est le terme qui désigne la tentative nazie d'extermination du peuple juif. Le terme de survivant est pris ici dans son acception anglo-saxonne, qui s'applique à toute personne juive ayant vécu dans les territoires placés sous la domination de l'Allemagne nazie, et dont la vie, de ce seul fait, a été affectée à des degrés divers. Après la guerre, les survivants ont dû affronter une suite de traumatismes, perte de familles entières, culpabilité d'avoir survécu, souvenirs

des traitements déshumanisants, tout en faisant face aux tâches d'adaptation dans un pays nouveau, en général avec succès.

▫ Le syndrome du survivant

Le survivant de la Shoah, a dû, sa vie durant, développer des stratégies qui lui permettent de vivre avec le traumatisme massif. Les troubles relevés chez les survivants ont été regroupés par Nederland en 1964 sous le nom de "Syndrome du survivant"¹.

Outre les innombrables séquelles physiques, les survivants souffrent de troubles psychiques, caractérisés par un engourdissement affectif, que Lifton définit comme "la mort dans la vie"². La répression des affects est couramment répandue chez ces sujets, les survivants qui présentent notamment des symptômes d'anhédonie et d'alexithymie, mêlés à une dépression chronique, très bien décrits par Krystal³. On constate aussi un recours fréquent au déni et au clivage, comme moyens de maintenir à l'écart les affects dangereux. Il s'agit là de stratégies de survie déployées par les survivants pendant les persécutions, et qui ont persisté après la Shoah, créant ainsi une pathologie particulière, le plus souvent résistante à l'analyse.

Mais, ce qui a pu servir à maintenir la personne en vie est précisément ce qui vient entraver, par la suite, l'indispensable travail de la vieillesse.

Une remarque : le survivant de la Shoah est aujourd'hui un survivant âgé. Or, la majorité des travaux sur le traumatisme de la Shoah s'attache à définir les caractéristiques d'un survivant immuable, figé dans le temps par des manifestations plus ou moins pathologiques. Est-ce à dire qu'après avoir survécu à la catastrophe, le survivant serait devenu éternel ?

Ou son éternité ne consisterait-elle pas plutôt en une difficulté à s'affranchir de ces mécanismes de survie qui continuent à marquer sa vie, cinquante ans après la catastrophe ?

Prenons la notion de déni : ce mécanisme est défini comme le moins élaboré des mécanismes de défense, au bas de l'échelle, bien en dessous même de la projection. Pourtant, le recours au déni a constitué pour les Juifs sous l'occupation nazie un refuge puissant contre l'incohérence du monde d'alors.

Une fois revenu à la vie normale, beaucoup d'entre eux ont continué à utiliser le déni, cette fois-ci comme protection contre la difficulté à se reconnaître dans leur moi d'alors, un moi qui a été avili par la honte et la soumission.

Nombreux sont ceux qui ont buté sur la tâche de liaison et d'intégration identitaire, continuant à vivre une identité clivée, où coexistent le moi d'alors et un moi d'après, dans une cohabitation fragile et constamment menacée. Aujourd'hui, les survivants ont vieilli, et posent une nouvelle série de questions qui touchent à l'étendue du traumatisme extrême.

▫ La vieillesse normale :

La vieillesse est une période du cycle de vie qui requiert certaines tâches. La personne vieillissante doit faire un bilan de sa vie, pour effectuer un travail d'intégration des diverses périodes qui la constituent. Ce travail présente beaucoup de points communs avec le travail de l'analyse, notamment dans la faculté de renoncement et dans l'acquisition d'une capacité à faire la paix avec les aspects de soi jusque là inacceptables. Comme l'analyse, ce travail du vieillir ne va pas sans une quantité inévitable de souffrances, dont la nécessité, pour apparaître au sujet, implique déjà une capacité de maturation et d'élaboration antérieure, ainsi qu'une certaine mobilité psychique.

Confronté à toute une série de pertes - travail, puissance économique, disparition ou éloignement de proches, maladies et handicaps physiques -, le sujet âgé a le choix entre "l'intégration ou le désespoir", pour reprendre la formule d'Erikson. Or, ce qui constitue le lot habituel de la vieillesse pèse d'un poids redoublé sur le survivant qui se trouve en quelque sorte retraumatisé, dans un rappel angoissant et souvent insupportable du traumatisme massif de la Shoah. Les pertes répétées constituent alors un traumatisme cumulatif au sens où E. Kris et à sa suite M. Khan le définissent : selon ces deux auteurs, l'accumulation des stress rend la tension ingérable pour le sujet (en l'occurrence, le nourrisson, mais le modèle reste pertinent pour la compréhension de l'adulte, si l'on pose que chez lui, la fonction de pare-excitation remplie par la mère est intériorisée). L'exigence d'une capacité à élaborer de nouvelles positions psychiques et à se porter vers de nouveaux objets peut sembler paradoxale à un âge couramment défini en termes de déperdition et de raidissement. Pourtant, c'est le développement et le maintien de cette capacité qui définit le "vieillir suffisamment bon", par opposition au vieillir pathologique.

Yael Danieli⁴ (1981) a constaté chez les survivants l'existence de deux tendances majoritaires, dans leur façon de vivre cette retraumatisation que constitue pour eux la vieillesse :

- 1) Les survivants abordent la vieillesse en faisant usage des mêmes stratégies adaptatives dont ils ont usé à leur retour à la normale.
- 2) Ils ont tendance à vivre les phénomènes habituels de la vieillesse comme le rappel de traumatismes passés, non surmontés.

Ainsi, le départ ou l'éloignement d'enfants, la mort de conjoints ou d'amis, l'entrée dans une maison de retraite constituent un traumatisme qui ramène avec lui toute la douleur de la perte de familles entières. Les deuils "actuels" ravivent les deuils qui n'ont pu se faire. Le survivant vit alors les sentiments habituels éprouvés par la personne âgée comme la répétition des sentiments d'abandon, d'isolement et de solitude éprouvés alors.

Je ne citerai ici que deux exemples mais ils sont innombrables :

Pendant la guerre du Golfe en Israël, une vieille dame refuse de se laisser mener à l'abri, et s'échappe dans la rue en criant : "La Gestapo, la Gestapo !". Ou cette autre femme, pensionnaire d'une maison de retraite aux Etats-Unis, qui refuse obstinément d'aller prendre sa douche, et ne cesse de demander : "C'est vraiment une douche ?".

Dans le premier cas, il s'agit de la reviviscence d'une scène de rafle sous l'occupation nazie.

Dans le second cas, on aura reconnu la peur des chambres à gaz d'Auschwitz, qui étaient camouflées en salles de douche.

Quiconque connaît un tant soit peu les récits des ghettos ou des camps sait que les nazis raflaient les Juifs dans la rue, pour les déporter, et qu'à leur arrivée, la majorité était directement envoyée à la chambre à gaz, qui devaient avoir l'air de salle de douche, pour que les détenus, ignorants du sort qui les attendait, se laissent mener à la mort sans panique superflue, difficile à gérer pour leurs bourreaux. Point n'est besoin d'imaginer que ces deux femmes ont été personnellement raflées ou déportées ; il suffit qu'elles soient des survivantes au sens où nous l'avons décrit au début pour que les associations traumatisantes refassent surface, à une période où elles se sentent à nouveau impuissantes, et devant obéir à des ordres, même formulés avec douceur.

▫ **La vieillesse impossible :**

Pour réussir sa vieillesse, le sujet doit opérer des remaniements : de l'action à la réflexion, du regard vers l'avenir à un retour vers le passé, en revoyant et en repensant toute sa vie.

Le survivant âgé se trouve face à un paradoxe douloureux : ce dont il a le plus besoin - dresser un bilan de sa vie - est précisément ce qu'il n'est pas en mesure de faire.

Pour parvenir à dresser un bilan de sa vie, le survivant doit tout d'abord accepter de se souvenir, ce qui représente pour lui une tâche effrayante, dans ce qu'elle ramène des affects refoulés. Pour le survivant, ressentir est un danger, car tous ses affects sont entachés des expériences de la Shoah. Tenter la réaffectation, c'est courir le risque grave d'éprouver à nouveau la honte, la culpabilité, et l'effroi, dans des proportions insoutenables. La plupart des survivants ont passé leur vie à "combattre leurs souvenirs", dans la crainte de l'irruption d'émotions insupportables, en développant une stratégie particulière faite de déni et de répression des affects.

Le survivant ne peut pas davantage "faire la paix" avec sa vie passée : en effet, admettre que les péripéties de sa vie ont été des épisodes nécessaires équivaldraient pour lui à justifier Hitler et les persécutions. C'est aussi accepter de renoncer à la haine et à la rage, qui constituent pour le survivant un contre-

poids au traumatisme de la soumission absolue d'alors. Notons à ce propos qu'il existe chez certains survivants des formes d'addiction à la haine ou à la souffrance, qui sont autant de tentatives tragiques de maîtriser le traumatisme.

Quant à accepter ses choix, le survivant ne le peut pas non plus, dans la mesure où c'est ce dont il a été totalement privé. La persécution nazie se caractérise en effet par une absence totale de choix, et une perversion de toutes les valeurs qui rendent celui-ci possible pour le sujet. On constate alors, comme conséquence de cette absence de choix, l'existence d'une blessure narcissique telle qu'elle interdit tout recours à l'Idéal du moi, et porte gravement atteinte à l'estime de soi.

Il semble qu'en cas de traumatisme massif, il n'existe pas d'expérience correctrice.

▫ Témoigner, une expérience correctrice ?

Pourtant, depuis une dizaine d'années, certains survivants ont accepté de se souvenir, en témoignant de ce qu'ils ont vécu, dans le cadre d'organismes de recueil, dont les principaux et les plus connus sont les archives Fortunoff de Yale et la fondation Spielberg. Le témoignage tel qu'il est pratiqué dans les groupes de recueil auxquels j'ai participé se déroule suivant le protocole suivant, à quelques variantes près.

Un survivant de la Shoah, le témoin, rencontre une personne qui se charge de recueillir son témoignage et que j'appelle le témoinsaire. Après une interview téléphonique qui a pour but d'esquisser les principales lignes biographiques du témoin, a lieu la rencontre.

Celle-ci se déroule soit dans un studio soit au domicile du témoin, et est filmée sur cassette-vidéo. L'entretien d'une durée variable, est réalisé en une fois.

Il s'agit d'un entretien semi-directif et la consigne donnée au témoin lui enjoint de suivre un fil chronologique pour dérouler sa vie en commençant avant les persécutions et en terminant son récit après le retour à la vie normale.

Outre le témoin et le témoinsaire, assistent à l'entretien le cameraman, et un co-témoinsaire, qui peut ou non intervenir, suivant les cas. La règle est que le témoin témoigne seul, et sauf exception, les conjoints ne sont pas admis à assister au témoignage.

Dans la tradition juive, chacun se doit de témoigner non seulement de ce qui lui est arrivé, mais aussi de ce dont il a été témoin, et même, de ce qu'on lui a rapporté. Celui qui s'impose le témoigne le fait tout d'abord au nom d'un idéal, voire d'une idéologie, celle de la mémoire. Ce militantisme de la mémoire, s'il peut parfois agacer, comporte cependant des aspects réparateurs : partagé par les témoins et une partie des témoinsaires, il garantit au témoin un peu de la sécurité de base indispensable au témoignage. Jusqu'à récemment, les témoins ne s'autorisaient à prendre la parole qu'au nom des autres, c'est-à-dire ceux qui ne sont plus là pour témoigner : le silence sur la personne était la règle. Ces dernières années, on assiste à l'éclosion d'une parole plus individuelle, où le témoin produit un récit qui s'apparente au récit de vie. "Personne ne peut

témoigner pour le témoin", a écrit P. Celan ; personne non plus ne peut le relever de son mandat, de ce qui l'a constitué témoin malgré lui, par le simple fait d'avoir été là.

Dans ce voyage de mémoire, le témoin va devoir se souvenir, et donc ressentir des émotions qu'il s'est efforcé de maintenir refoulées. C'est pourquoi, avant de donner son témoignage, il est souvent rempli d'appréhension, pris entre la peur de se souvenir et la peur d'oublier. Le rôle du témoignage est ici crucial. Il fournit au sujet une possibilité de compenser un peu la passivité forcée d'alors en la transformant en une activité volontaire, socialement reconnue.

Il lui offre aussi une forme idéale, qui peut servir de support à l'Idéal du moi, et renforcer ainsi l'estime de soi fortement entamée par les persécutions.

Sur la route du souvenir, le témoinsaire est aux côtés du témoin, dans un travail de soutien et d'écoute. Pendant un moment délimité dans le temps, le témoinsaire va tenter de restituer au témoin ce qui lui a cruellement manqué, un environnement emphatique ; au moment des persécutions, une des choses les plus difficiles à supporter, a été l'impression d'être abandonné par le monde entier, impression dont nombre d'entre eux n'a jamais pu se défaire. Pour les survivants, les rapports interpersonnels sont restés marqués d'un manque de confiance fondamental dans toute possibilité de lien avec l'autre.

La valeur psychique du travail de témoignage peut se résumer à deux axes essentiels.

Le premier est l'axe intrapsychique, avec la tentative de liaison qu'opère le témoin en construisant son récit de vie : la narration constitue pour lui un essai de rétablir une continuité entre sa vie d'avant, le traumatisme et sa vie d'après.

On mesure bien ici le côté périlleux d'une telle entreprise où le sujet va retrouver des aspects inacceptables de lui-même, ceux de l'homme humilié et privé de choix. En se confrontant, dans la limite de ses forces, à des pans de sa vie qu'il a maintenus sous bonne garde, le témoin peut parfois, en présence d'un autre, tenter des retrouvailles avec ces aspects de lui-même, et avec les objets infantiles qui subsistent en lui. Car c'est aussi de son enfance que le témoin va parler, de sa famille, et de tout ce qui a été anéanti dans la catastrophe.

On rejoint ici le second axe qui est un axe interpersonnel : la Shoah est une catastrophe psychique, mais aussi une catastrophe sociale au sens où elle a détruit l'individu et tout son environnement humain. Outre sa tâche d'accompagnateur, le témoinsaire a pour fonction de représenter le groupe, celui auquel le témoin adresse son témoignage, et celui de tous les autres témoins ; la référence constante au groupe imaginaire est l'expression de la recherche du semblable dont le survivant a été entièrement privé, isolé qu'il était par son expérience. Tous les totalitarismes s'en sont pris au groupement et au groupe qui menaçaient leur hégémonie : les nazis n'ont pas manqué à la règle ; dans les camps, on risquait sa vie à vouloir communiquer.

Le processus testimonial est aussi le rétablissement d'une transmission transgénérationnelle, qui reste un problème douloureux pour ceux qui ont survécu.

L'anéantissement de familles entières fait que les familles de survivants sont restreintes ; sans entrer ici dans la problématique de la seconde génération, je rappellerai seulement que l'anéantissement d'une génération et le télescopage qui s'en est ensuivi ont laissé des marques à tous les niveaux de fonctionnement familial, et en particulier dans la communication entre les parents et les enfants.

Les thèmes qui reviennent sont ceux du silence des parents et de la peur des enfants de poser des questions. On se reportera pour cela à l'article désormais classique de Nadine Fresco⁵, "La diaspora des cendres", paru en 1981.

A leur retour, la plupart des survivants ont choisi le silence, prenant très vite le parti d'apparaître "intacts aux yeux du monde", selon l'expression de Pierre Francès-Rousseau⁶. Ce parti-pris n'a fait qu'accroître le sentiment d'étrangeté à eux-mêmes et au monde, à la compréhension duquel ils renonçaient ainsi.

Pour toutes ces raisons, le témoignaire peut jouer un rôle essentiel, en ce qu'il représente aussi le groupe des enfants et petits enfants, ne serait-ce que parce qu'il est de leur génération : nombre de témoins disent d'ailleurs vouloir donner leur cassette vidéo à leurs petits enfants, quand ils en ont (il semble que la communication soit plus facile avec cette génération, pour des raisons évidentes de plus grande distance au traumatisme des parents).

On peut s'interroger sur l'intérêt pour le sujet de rouvrir une boîte de Pandore qu'il a mis des années à clore. La question de la retraumatisation par le récit est une question à laquelle il n'y a pas de réponse univoque.

Après bien des doutes, je dirais que le témoignage est utilisé par le sujet dans la continuité des défenses qu'il a pu ériger après le traumatisme.

Je m'explique.

Certains survivants ont choisi le déni : ils ont ainsi bâti un territoire où le souvenir est l'ennemi, et où rien ne doit venir évoquer la catastrophe. Ceux qui ont ainsi choisi le silence ne témoigneront pas (rappelons que le témoignage n'est jamais sollicité, c'est le témoin qui s'adresse aux organismes de recueil).

D'autres, au contraire, font preuve de l'excès inverse : ce sont les "témoins professionnels", ceux qui n'arrêtent pas de parler de la Shoah, et vivent dans la commémoration permanente, qui est la marque d'une tentative vaine de surmonter le traumatisme. Pour eux, les morts ont pris le pas sur les vivants, dans une inversion mortifère des générations.

Pour une troisième catégorie, ceux qui témoignent pour la première fois, le témoignage peut être l'occasion à la fois de tenter une mise en représentation du traumatique, et aussi de recréer une communauté affective, support d'identité et de la continuité psychique du sujet.

A travers le récit qu'il fait, le survivant partage avec le témoignage et le groupe des expériences cruciales de peine, d'humiliation, mais aussi de force et de solidarité.

Le récit testimonial peut alors être défini comme une formation intermédiaire, qui vient prendre la place de celles qui ont été détruites dans la catastrophe ; j'emprunte à René Kaës l'usage qu'il fait du terme de "formations intermédiaires", et la définition qu'il donne de la catastrophe sociale comme l'événement qui détruit ces formations, indispensables pour gérer les rapports entre l'individu et le groupe⁷, et comme supports de l'Idéal du moi (il s'agit entre autres de toutes les institutions sociales, l'école, l'armée, le groupe, qui ont été détruites par le nouvel ordre nazi).

Ne nous leurrions pas : la prise de parole n'est pas en soi garante de la réparation il nous suffit pour cela de penser à Primo Levi, le grand écrivain, qui n'a cessé de témoigner dans son oeuvre et dans des conférences, mais a fini par se suicider. Sur les raisons de ce suicide, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses, mais il semble que pour lui, comme pour d'autres comme Bettelheim, Améry, Rawicz, Borowski, ou Celan, la vieillesse se soit profilée comme un nouveau traumatisme, le coup supplémentaire qu'ils ne se sont pas senti la force d'affronter. Rappelons que pour Primo Levi, le spectre de la vieillesse avait pris les traits de sa mère, vieille femme sénile et acariâtre, qui n'en finissait pas de l'accabler, du fond de l'appartement familial où elle avait ses quartiers.

Cependant, sans céder à un angélisme réparateur, on peut dire que si le témoin s'inflige de témoigner, ce n'est pas en vain : au-delà du militantisme de la mémoire, on peut voir dans son effort, la preuve qu'il n'a pas renoncé à défendre, dans une parole adressée à l'autre, son appartenance à la communauté humaine dont les nazis ont tenté si violemment de l'exclure. C'est peut-être là sa vraie revanche.



- ¹ Niederland, W.C (1964), "Psychiatric disorders among persecution victims. A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after-effects" in *J. Nerv. Ment. Dis.*, 139, 458-474.
- ² Lifton, R.J. (1967) *Death in Life, Survivors of Hiroshima*, New York, Random House.
- ³ Krystal, H. (1988), *Integration and Self-healing, Affect, trauma, Alexithymia*, Hillsdale, New Jersey, The Analytic Press.
- ⁴ Danieli, Y. (1981) "The aging survivor of the Holocaust : On the achievement of integration in aging survivors of the Nazi Holocaust" in *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 191-210.
- ⁵ Fresco, N. (1981), "la Diaspora des cendres" in *Nouv. Rev. Psych.* 24.
- ⁶ Francès-Rousseau, P. (1987), *Intact aux yeux du monde*, Paris, Hachette
- ⁷ Puget J. Kaës R. et collab. (1989), *Violence d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod. Voir notamment les ch. 1 et 8.

LE TRAUMATISME FAMILIAL DE LA DÉMENCE

Dr Pierre-Marie CHARAZAC, psychiatre des hôpitaux
Lyon

Un événement tire son caractère traumatique de sa nature et de la manière dont il survient dans une histoire donnée. L'effet traumatique de la démence se définit par la difficulté ou l'impossibilité pour la famille de l'inscrire dans son histoire, se trouvant prise entre l'actualité de la maladie, les traumatismes passés qu'elle réactive et la pensée de la mort à venir du parent.

L'effet désorganisateur et traumatique du syndrome démentiel se joue aux deux niveaux complémentaires de l'économie et de la topique familiale. Le premier concerne l'énergie mobilisée et bientôt immobilisée par les symptômes du parent, l'appauvrissement corrélatif des investissements extra-familiaux et le surinvestissement dont la famille devient l'objet, d'abord en appui puis en opposition avec l'investissement du parent. Chacun se trouve en effet gagné par une inquiétude pour le devenir du groupe, comme si l'atteinte du parent menaçait l'identité et la continuité de la famille toute entière.

Le point de vue topique concerne les effets du syndrome démentiel sur la structure et les enveloppes du corps familial. Il explore des lieux et des frontières psychiques qui ne se superposent pas avec l'espace réel dans lequel se joue le placement du parent, son éloignement physique n'étant pas toujours synonyme d'un travail psychique de la séparation. Par des chemins différents, ces deux points de vue nous montreront comment la question de la mort individuelle et de la conservation du groupe se pose pour le dément et sa famille.

I - LES IMPLICATIONS ECONOMIQUES DU SYMPTOME DEMENTIEL

Pour l'entourage du dément, les étapes de la maladie sont autant de contraintes et de privations supplémentaires auxquelles s'ajoute l'excitation entretenue par le comportement du parent et les appels des voisins, si bien que quand la famille consultera, ce sera d'abord en termes d'énergie investie et d'excitation déplaisante qu'elle exprimera sa souffrance.

Nous avons toutefois relevé l'écart qui sépare habituellement l'installation des troubles et le moment où la famille demande l'intervention d'un tiers. C'est qu'en contrepartie des investissements objectaux qu'elle abandonne pour concentrer toute son énergie sur le parent, elle commence par retirer de ce repli une prime narcissique considérable. La surestimation de sa capacité d'assumer seule les soins du parent abaisse son sens critique et fausse parfois sa perception de la réalité : les vacances des enfants ne comptent plus et ils sont insensibles aux objections des conjoints comme des soignants.

La position du symptôme démentiel dans l'économie familiale peut donc se définir en première lecture selon le principe de plaisir qui repose sur l'extinction ou la réduction de l'excitation désagréable. Il paraît aussi s'appliquer à l'investissement masochiste qui accompagne parfois la position de "tuteur privilégié" du parent. L'entrée en crise manifesterait alors l'incapacité de la famille à conserver plus longtemps l'autonomie de la régulation du plaisir, indispensable à l'auto-érotisme du groupe, et de la décharge de ses tensions internes.

Mais au moins deux données cliniques échappent à cette conception. La première est qu'au stade des troubles du comportement, la famille est souvent incapable de répondre au parent autrement que dans le même registre, en s'efforçant à son tour de maîtriser ses symptômes par des agirs. La seconde est la répétition de ce cycle d'agirs et de contre-agirs et la difficulté de le désamorcer, même lorsque l'hospitalisation sépare le parent de son entourage habituel. Cette difficulté est particulièrement nette chez le conjoint du dément qui supporte mal de se voir privé des interactions dont il était pourtant venu se plaindre, et qui n'aura de cesse de les reproduire jusqu'au sein de l'hôpital.

L'investissement très important de ces mesures et de ces gestes (fermeture des portes, mise à l'abri des clés et du porte-monnaie, habillage et déshabillage, change des couches-culottes...) ne peut s'expliquer seulement par une dynamique identificatoire faisant du dément un enfant et du conjoint un parent aussi puissant qu'ambivalent, ni par l'érotisation des soins corporels qui est loin d'être propre à la relation avec le dément. Cette répétition des symptômes comportementaux du parent et des contre-agirs de l'entourage caractérise une économie indépendante du principe de plaisir.

Cette forme particulière de maîtrise de l'excitation s'explique d'abord par la nature des symptômes en question. Si les troubles du comportement sont toujours au premier plan de la crise et de la demande familiale, c'est parce qu'ils ont un caractère spécifiquement traumatique. Les troubles mnésiques du parent permettent encore à la famille de les inscrire dans un sens : celui d'un passé commun que les enfants investissent, à défaut de le vivre comme lui au présent, et dont le rappel amorce en eux des chaînes associatives. On dira encore que s'il perd la mémoire, c'est de manière sélective, "exprès pour oublier les mauvais souvenirs". Par opposition à ces troubles qui ne sont que tardivement reconnus comme symptômes, il en est d'autres auxquels la famille ne peut donner sens : l'agitation nocturne, les fugues, les idées de préjudice ou de persécution et les

gestes violents. Ce sont aussi ces symptômes qui feront le plus paraître le dément Unheimlich.

"On ne le reconnaît plus, on ne le comprend plus, on ne sait plus quoi faire..." On souffre surtout de ne plus pouvoir penser. L'impossibilité de mettre en représentations et en paroles l'excitation et l'angoisse qu'entretennent ces comportements répond à la définition psychanalytique du traumatisme. Elle est encore aggravée par les atteintes symboliques et verbales touchant à ce stade le parent. Or, seule la mise en représentations pourrait alors permettre à la famille d'échapper à l'emprise de la répétition et d'inscrire cette expérience dans son histoire.

En décrivant la compulsion de répétition dans la névrose traumatique et dans la cure, FREUD (1920) lui donne pour origine des contenus psychiques irreprésentables et pour moteur des pulsions conservatrices dirigées vers le rétablissement d'un état antérieur. Considérant le but de ces pulsions particulières, il les nommera pulsions de mort. Les mesures de surveillance répétitives et contraignantes dont le dément devient l'objet comportent toujours à l'arrière-plan des pensées de catastrophe. Quand elles sont mises en images, c'est dans le fantasme du parent faisant exploser son immeuble (ou sa famille ?) en laissant le gaz ouvert. Or, cette crainte revient d'une famille à l'autre de manière trop stéréotypée pour qu'elle désigne le danger véritablement actif. Ce dernier est de l'ordre de la réalité interne et la famille se concentrera d'autant plus sur les mesures de protection extérieures que cette menace interne restera irreprésentable.

Au moment de la crise, on constate en effet que la famille ne peut plus ni continuer de vivre ainsi avec son parent malade, ni se représenter ce dernier vivant séparé d'elle : elle est certaine qu'il ne survivra pas longtemps à l'hospitalisation, soit parce qu'il s'y laissera mourir, soit parce que son nouvel environnement ne saura pas lui apporter les soins et la sécurité nécessaires. "Ça serait bien s'il pouvait rester comme il est maintenant" nous disent ces familles incapables de mettre des mots ou des images sur ce pire qui les angoisse tant. Un des effets traumatiques de la démence est aussi cette impossibilité pour la famille de penser le maintien à domicile ou la séparation autrement que comme l'anéantissement de l'un et/ou de l'autre, plutôt que sur le mode de l'absence ou de la perte.

II - TOPIQUES FAMILIALES ET SYMPTOME DEMENTIEL

Le point de vue topique saisit les phénomènes psychiques à travers une représentation spatiale comportant au moins deux niveaux : celui des enveloppes créant l'intériorité nécessaire à la constitution du moi individuel et au sentiment d'appartenance au groupe familial. Et celui de l'organisation interne de cet espace, en y différenciant des systèmes ou des instances conçues comme des lieux. C'est ainsi que FREUD a successivement construit deux topiques pour

rendre compte de la manière dont l'appareil psychique individuel traite l'excitation : les trois systèmes perception-conscience, préconscient et inconscient puis les trois instances du ça, du moi et du surmoi.

Le modèle topique n'est pas seulement descriptif : il vise des espaces qui ne sont pas donnés une fois pour toutes mais qui sont susceptibles, selon la qualité de leur construction ou la nature des excitations qu'ils reçoivent, de se restructurer comme de s'effondrer. C'est de ce point de vue d'une topique familiale non pas statique mais vivante qu'il convient de se placer pour analyser l'effet traumatique du symptôme démentiel. Lorsque les enfants parlent des changements du comportement et de la personnalité de leur parent, allant jusqu'à refuser d'identifier le dément à l'être qu'ils ont connu et aimé, ils observent fréquemment qu'il est devenu pour eux un étranger. Est-il encore de la famille (Heimlich, c'est-à-dire familier), ce parent qui ne les reconnaît plus ou qui les attaque ? En outre, le désir de retourner dans la maison des aïeux et l'appel des enfants du nom d'un disparu qu'ils n'ont parfois même pas connu, bouleversent les limites réelles et symboliques du groupe. Mais par les séparations qu'il agit (fugues, violences, non-reconnaissances) ou les contre-attitudes de rejet qu'il induit, le symptôme démentiel menace aussi l'enveloppe du corps imaginaire dans lequel la famille se représente comme une unité de personnes et de psychés. Cette atteinte retentit aussi sur les fonctions de rétention et d'expulsion de ce corps commun fantasmatique dont la construction est appelée à se poursuivre tout au long de l'histoire familiale, de naissances en séparations et en deuils.

Dans sa 31^{ème} Conférence d'introduction à la psychanalyse, FREUD (1933) écrit que le symptôme est "la chose la plus étrangère au moi qui se trouve dans le psychisme. Le symptôme provient du refoulé, il en est, en quelque sorte, le représentant devant le moi ; le refoulé est toutefois pour le moi une terre étrangère, une terre étrangère interne, tout comme la réalité est - permettez-moi cette expression inhabituelle - une terre étrangère externe". Cette formulation soulève une question : le symptôme démentiel est-il seulement le représentant de cette terre étrangère interne, c'est-à-dire inconsciente, non reconnue comme soi par le soi familial conscient ? Ou son effet traumatique marque-t-il au contraire l'insuffisance des mécanismes organisateurs de l'inconscient familial et en premier lieu du refoulement ?

Le rapprochement de l'angoisse suscitée par le symptôme démentiel avec l'inquiétante étrangeté (Das Unheimlich) doit donc dépasser l'analogie descriptive pour interroger la structure et le fonctionnement de la topique familiale. On sait que pour FREUD (1919) l'inquiétante étrangeté naît de ce que quelque chose qui aurait dû demeurer caché reparaît et qu'il place à l'origine de ce sentiment la projection hors du moi d'un contenu psychique désormais conçu comme étranger à soi. Cette opposition entre le moi conscient et le moi-non moi (représenté ici par les contenus refoulés ou projetés) peut s'étendre au soi familial dont la construction en même temps que l'unité imaginaire reposeraient sur la méconnaissance ou le rejet par chacun de ses membres d'une partie de leur moi qui leur serait pourtant commune.

FREUD écrit "Ce qui paraît au plus haut point étrangement inquiétant à beaucoup de personnes est ce qui se rattache à la mort, aux cadavres et au retour des morts, aux esprits et aux fantômes (...) Il est peu de domaines où notre manière de penser et de sentir se soit si peu transformée depuis l'aube des temps, où l'ancien se soit si bien conservé sous une mince pellicule, que celui de notre relation à la mort".

Dans la séparation agie ou induite par le symptôme démentiel entre aussi un rejet touchant à la mort. L'excitation qu'il entretient de part et d'autre, dans un registre parfois proche de la défense maniaque, paraît en effet avoir pour fonction de lutter contre une angoisse de vide et d'abandon. Il arrive d'ailleurs souvent de constater que la décompensation symptomatique du parent succède à une séparation ou à un deuil touchant une autre génération, ou encore que l'entourage se refuse à lui révéler le décès d'un proche, parfois même de son conjoint, de crainte que cette nouvelle n'aggrave son état. Tout aussi remarquable est le nombre de familles qui lors de la première consultation (c'est-à-dire au moment où elles se décident en fait à sortir de leur crise interne) nous apportent, en même temps que le problème de leur parent, la souffrance narcissique encore actuelle d'un deuil ancien non résolu : enfant perdu ou disparu, décès considéré comme suspect ou attribué à une faute médicale, brouille tenant depuis des années un parent séparé du reste de la famille...

L'idée que la maladie démentielle véhicule quelque chose de l'ordre de la mort n'est pas nouvelle. Mais la représentation de la mort ne fait-elle pas a priori pareillement retour dans la famille de tout vieillard atteint d'une affection grave quelconque ? Ce qui nous semble déterminant n'est donc pas ce contenu proprement dit mais la manière dont il fait retour dans la psyché familiale et les moyens qu'a cette dernière de le traiter, c'est-à-dire en définitive de l'intégrer dans son histoire. Le caractère traumatique particulier de la pathologie démentielle répond à une double détermination, l'effet propre au symptôme étant indissociable de la qualité de l'organisation topique familiale. Or, lorsque surviennent les troubles comportementaux qui vont provoquer la crise, la topique familiale se trouve depuis déjà longtemps fragilisée par les atteintes symboliques du parent.

Pour la famille, ce n'est pas seulement le symptôme démentiel qui est en soi traumatique mais l'impossibilité où elle se trouve de mettre en représentation les contenus qui font avec lui irruption ou retour dans son espace interne. La famille a ici rendez-vous avec ses objets perdus mais son ébranlement topique est tel qu'elle ne peut faire circuler leur représentation sans risquer une désorganisation encore plus grande.

Ainsi, à la représentation de la mort individuelle du parent se substituera le fantasme d'anéantissement de la famille toute entière. Et à l'issue de la crise, la séparation réelle portera au dehors, sur la terre étrangère externe, le processus de séparation interne qui n'aura pu s'accomplir dans la topique.

En se plaçant du même point de vue topique, LE GOUES (1990) écrit que l'exhibition des fantasmes personnels du dément ne bouscule pas seulement la censure mais des frontières psychiques : "Finalement, les enfants qui accompagnent leur parent malade se plaignent moins d'un excès verbal ou d'un écart de conduite que de la souffrance infligée par la perte d'un espace privé (...). Devant une telle situation, il ne peut être question de soigner la famille. Au

besoin, on l'oriente vers un autre thérapeute afin de garder l'esprit libre pour juger de sa capacité à faire alliance avec nous".

Ce point de vue par ailleurs tout-à-fait défendable ne nous semble pas s'adapter au cas particulier de la crise familiale. On ne peut alors, comme le propose LE GOUES, "travailler dans un premier temps à restaurer l'espace psychique de chacun" sans s'être au préalable assuré de l'état de l'espace psychique de la famille, mis lui aussi à mal par les troubles du parent. Dans la crise, le rétablissement du narcissisme individuel passe d'abord par celui des assises narcissiques et topiques de la famille.

Références

- | | |
|--------------------|---|
| FREUD S. (1919) | <u>L'inquiétante étrangeté sur l'inquiétante étrangeté et autres essais</u>
Nouvelles traductions GALLIMARD 19 |
| FREUD S. (1920) | <u>Au-delà du principe de plaisir, essai de psychanalyse</u>
PAYOT 1983 |
| FREUD S. (1933) | <u>Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse</u>
NRF GALLIMARD |
| LE GOUES G. (1990) | Le sujet âgé dépendant et sa famille 2,5 : 15-18
<u>Psychogériatrie.</u> |

"UN APRES-COUP DE VIEUX" ***Le Traumatisme : Du concept à la pratique***

Caroline GORLERO, psychologue clinicienne,
Lyon

"Avec une belle plaie je suis venue au monde ; voilà tout mon bagage".

KAFKA - Le médecin de campagne.

Traumatisme et vieillissement : la rencontre de deux concepts très larges qui renvoient aux questions de l'origine, de la temporalité mais qui nous renvoient peut-être aussi aux confins des questions existentielles de l'humanité.

La théorie du traumatisme est complexe et demeure au coeur des préoccupations de la pensée psychanalytique car la rigueur nécessaire dans le diagnostic des pathologies du vieillissement, l'allongement des temps de prise en charge obligent les cliniciens à reprendre en permanence cette question.

L'expérience traumatique n'épargne personne mais elle frappe nos patients de manière inégale : Comment l'entendre ?

Comment la clinique témoigne de la place du traumatisme et

Comment sur le terrain du vieillir le ressenti (réel ou fantasmé) rencontre du déjà vu ?

La métaphore de l'effraction est la plus compréhensible, elle nous parle d'autant plus que ce sens métaphorique se perd dans la réalité somatique de l'âge qui voit sa mobilité, sa souplesse se réduire. Les expressions couramment employées par nos patients nous livrent ces images traumatiques : "J'ai tout perdu", "Je ne me reconnais pas", "Je suis tombé au fond", "Je ne me relèverai pas", "Je ne me souviens pas", "Je ne comprends plus", autant d'expressions que l'on reconnaît aussi dans la parole des traumatisés plus jeunes (à la suite d'accident, d'agression...).

Mais l'accident somatique, l'opération et la chute résonnent à un certain âge (âge certain) comme le coup de vieux irrémédiable celui dont on ne se relèvera pas.

Dans ce moment l'être, certain de son âge, voit sa propre histoire rencontrer une réalité qui n'est plus déniée.

Lorsqu'une personne nous dit après une chute "Je ne m'en relèverai pas" de quoi ne se relève-t-elle pas ? De sa chute ou de la prise de conscience soudaine (donc traumatique) du poids de la répétition. "C'est lorsque la pulsion a accompli son cycle qu'on peut entendre le sens" (Jacques CAIN)*. C'est cette femme qui après avoir perdu au cours de sa vie ses trois enfants perd brutalement son compagnon "C'est un coup de trop" dit-elle.

La difficulté de confronter le concept de vieillissement à celui de traumatisme réside dans la difficulté clinique de pouvoir échapper à l'impact du réel, du biologique ou de l'événementiel.

La place même du traumatisme réel dans la clinique gériatrique reste centrale et difficile à articuler avec l'ensemble des théories sur le traumatisme tout comme, loin d'être résolue, la clinique du vieillissement nous rappelle qu'au-delà d'une réalité de la séduction la place du traumatisme initial dans le traumatisme réel est toujours à reposer.

Dans le vieillissement ce que l'on observe c'est du traumatique au présent qui d'une part fait écran et d'autre part permet d'élaborer ou de ne pas élaborer.

Cette redite permet de rappeler qu'un écueil à éviter lorsque l'on associe ce concept à celui de l'âge est de ne pas penser trop vite que c'est le vieillissement qui ferait traumatisme. Le traumatisme n'a pas d'âge, il résonne probablement de manière différente à des âges différents.

Donc aborder la question du traumatisme ne nous permettra probablement pas de comprendre la vieillesse de l'homme mais nous permettra d'approcher ce qui nous questionne sur les répercussions ou les effets dans le temps des chocs successifs et au-delà dégager ce qui nous paraît être la spécificité du traumatisme du grand âge à savoir la place et la dynamique de l'après-coup.



Madame A. est une petite dame énergique de 85 ans, veuve depuis 10 ans, qui vivait seule à son domicile. Organisée sur un registre très caractériel, elle est décrite comme hyperactive, dominatrice, toujours dans l'action et portant des jugements moraux défensifs sur son entourage. Elle a un fils unique. Mme A. présente depuis cinq ans de légers troubles de la mémoire. Celle-ci a brutalement décompensé sur un mode dépressif et a été hospitalisée à la suite d'un épisode d'agitation avec délire de persécution, agressivité et confusion.

Ces quelques éléments précisent le contexte de l'hospitalisation dans le service de gériopsychiatrie où nous la rencontrons en compagnie de son fils pendant six mois. A distance, il nous semble pouvoir distinguer trois périodes dans la présentation et dans l'évolution du travail que nous avons effectué ensemble :

*"Après-coup, répétition, transfert" in 15 études sur le temps"

▫ Une première période : "Mise en place du décor".

Chaque rencontre est le théâtre de nouvelles scènes de reproches entre la mère et le fils. Il est question d'argent, de dettes, de possession, de dépossession, de rancune accumulée comme autant de revendications affectives impossibles à formuler.

Mme A. ne connaît pas de situation relationnelle harmonieuse, elle paraît se complaire dans les conflits. La relation entre le fils et la mère est très tendue voire même violente. Sur trois générations se reproduisent des relations affectives impossibles, des conflits ouverts, des ruptures comme si, à jamais pour Mme A., le poids de la faute originelle de sa mère se perpétuait, se réactivait dans le conflit ou plutôt dans l'expression d'un amour torturé.

En effet, Mme A. est la cadette ; sa mère a eu une première fille avec un homme qu'elle n'a pas pu épouser. Le père de Mme A. a accepté d'épouser cette femme et a reconnu l'enfant. Mme A. a grandi sur la croyance inébranlable que sa soeur avait été plus aimée, plus choyée "Elle était l'enfant de l'amour" alors qu'elle se considérait comme "L'enfant de la réparation". Renversement narcissique qui marque probablement la force des identifications primaires à une mère envahie par la culpabilité et le sentiment dépressif.

▫ Une seconde période : "Historicisation".

Mme A. se déprime, les défenses s'abaissent, le fils et la mère ont l'un et l'autre utilisé l'espace triangulant des entretiens pour (re)trouver une relation non conflictuelle. Les souvenirs s'associent et se lient au présent, les sentiments s'expriment dans ce qui fait évoquer un bilan de vie, une mise à plat d'une vie affective bien attaquée.

Frustration/désir, réparation/répétition, peuvent se parler, s'articuler dans une histoire de vie. Les chemins oedipiens réapparaissent. Dès lors le fils peut parler de l'avenir de ses relations avec ses propres enfants (il est lui-même en conflit avec son fils) à travers le plaisir ressenti et partagé d'être avec ses petits-enfants. Mme A. raconte son histoire, y intègre son fils. C'est une histoire de femme très idéalisée, héroïque, sous le prima de la toute puissance. Cette reconstruction paraît venir colmater un effondrement narcissique majeur. Le fils est lui-même pris dans ce mouvement car il semble ne pas pouvoir supporter cette mère vieillissante, abîmée ; celle-ci ne pourrait être sauvegardée qu'idéalisée.

Les souvenirs envahissent la relation, ils prennent alors la valeur d'une présence.

A travers le remaniement de ses souvenirs Mme A. paraît faire un travail du vieillir en accéléré car remanier un souvenir c'est peut-être rattacher celui-ci au présent et percevoir ainsi l'écart qui la sépare du temps de l'origine.

Mme A. parle de sa mort, se centrant essentiellement sur un travail d'intériorisation de ses sentiments "Je ressens des choses" dit-elle sur le ton de la découverte.

▫ **Dès lors apparaît un troisième temps : "Fixation au traumatisme".**

Mme A. fait une chute, dont elle gardera une trace sur la joue gauche pendant très longtemps (un temps qui nous a paru étrangement long).

Mme A. parle beaucoup de sa mère (son fils l'encourage dans un mouvement très projectif), elle se rappelle les brimades, les coups "Un jour ma mère m'a donné une gifle si forte que je suis allée à l'école avec un bleu sur la joue". (Elle touche alors son hématome). Une phrase de FREUD raisonne "Le patient n'a aucun souvenir de ce qu'il a oublié et ne peut que le traduire en acte, on finit par comprendre que c'est là sa manière de se souvenir".

Cette expérience (qu'elle a touchée du doigt) paraît avoir été terrifiante. Elle a été submergée. Qu'est-ce que Mme A. a rencontré dans l'après-coup de sa chute que le travail sur les souvenirs a permis ?

Depuis lors, Mme A. a régressé, nous avons constaté un rétrécissement de son champ de conscience (rabâchage, obsession du passé), ses pensées et ses attitudes sont devenues inflexibles comme si elles étaient dans l'impossibilité de lier représentativement sur le mode symbolique l'afflux d'excitation traumatique (répétition) dû à l'affaiblissement de ses relations, de sa maîtrise d'elle-même et des autres. Elle parvient néanmoins à dire qu'elle ne veut plus parler de ce qui fait mal "C'est fini" dit-elle, "Je ne parlerai plus de ma mère".

En attaquant narcissiquement son Moi (par la somatisation, la chute, l'hématome) c'est l'image de cette mère interne qu'elle tente désespérément de protéger.

En travaillant sur sa propre identité de mère, à travers la relation à son fils, Mme A. a retrouvé une relation primaire à l'objet et a rencontré à nouveau l'incomplétude. Il y a donc à nouveau retournement de la haine vis-à-vis de l'objet : Mme A. ne peut pas haïr une mère dont elle n'a pas pu élaborer le deuil car plus que la question du traumatisme, la question du lien agit comme une façon de réinterroger, de symboliser la question du lien à l'objet originaire.

Au travers de ses réminiscences et à travers le transfert, derrière la mise en scène des images maternelles surgit la mère de sa toute petite enfance, une mère dépressive, tyrannisée et aliénée elle-même dans le désir de sa propre mère (le fils rapportera cette répétition générationnelle). Lorsqu'elle dit ne plus vouloir parler de cette mère, ne plus toucher à cette mère, c'est dire l'amour qu'elle voue à une mère frustrante mais idéalisée. Amour qui recouvre une rage et une agressivité qui s'adresse à l'objet mère manquante des tout premiers temps de la vie. Toucher du doigt sa propre haine (la sienne en miroir de celle attribuée à la mère) s'accompagne à l'évidence d'une grande douleur. C'est là que l'événement traumatique fait irruption en elle provoquant une effraction violente de son système de défense.

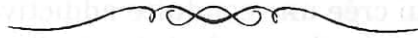
Mme A. est alitée à la suite d'un grave accident vasculaire cérébral avec un programme de réanimation. Son fils me dit "Ma grand-mère est restée trois ans dans cet état avant de mourir et ma mère allait tous les jours lui rendre visite alors que sa soeur n'y est jamais allée". Tout se joue et se rejoue dans un destin sans fin. Quel est ce contenu suspendu qui serait de l'ordre de la répétition d'un lien à jamais traumatique celui de l'origine, celui du désir (?)

Comme si Mme A. avait eu besoin de vivre l'identique pour permettre un second temps de deuil des images maternelles gardées en elle.

Mme A. ne meure pas et cet état de régression ou plutôt de somatisation apparaît comme une butée à une échéance plus profonde et plus destructurante qui accompagne la douleur de la séparation.

L'attribution d'un sens dans le travail de remise en lien que fait le fils pour lui-même constitue probablement les prémisses d'un travail de deuil pour Mme A.

L'espace thérapeutique qu'elle a créé et utilisé dans nos rencontres a permis au fils de ne plus être dans la même répétition. Si Mme A. rejoue quelque chose, comme pour mieux comprendre, son fils semble quant à lui sortir du jeu. Permettant ainsi de confirmer à sa mère qu'elle ne meure pas comme sa mère mais avec sa mère en elle car probablement rassurée par la qualité des images qu'elle porte en elle. "Ma mère est tranquille, elle ne souffre plus, elle est en paix, moi aussi" dit son fils.



Monsieur B. est un homme "non âgé" de 61 ans. Admis dans l'unité de gériopsychiatrie avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer et après un parcours médical remarquable : hospitalisé quatre mois à l'hôpital Neurologique, un mois dans une maison de convalescence, puis un mois dans une autre maison de repos, une autre mutation aux services des urgences pour arriver alors dans notre unité, autant de lieux autant de diagnostics et de synthèses cliniques différentes. D'emblée, la présentation polymorphe et la répétition quasi mortifère d'un scénario d'exclusion de chaque lieu de soin qu'il a fréquenté, interrogent. L'anamnèse reconstituée auprès des médecins et de la famille explique qu'un syndrome mélancoliforme aurait débuté il y a trois ans à la suite d'une opération de la prostate, événement qui coïnciderait avec son divorce.

M. B a trois enfants : deux garçons et une petite fille de 10 ans. Cette fillette a été conçue tardivement et aurait dû être "l'enfant de la réconciliation" (dit l'ancienne femme de M. B.).

Il y a 10 ans, M. B. a perdu sa mère, à ce propos son ex-épouse dit "Lorsque sa mère est morte il a tout perdu".

M. B. avait 13 ans lorsque son père s'est suicidé par pendaison. M. B. a toujours travaillé malgré une mise à la préretraite à 59 ans. Il est décrit comme un homme taciturne, assez froid et absent affectivement mais très adapté et bien intégré socialement.

A son entrée dans le service, M. B. se présentait mutique, catatonique, son état somatique à l'image du désastre psychique qu'il laissait entrevoir, faisait craindre la mort. Sa présentation nous évoquait celle des grands traumatisés crâniens, M. B. était en état de choc.

Puis, il a très vite récupéré, miraculeusement ont pensé certains ; très vite il a remarché, mangé seul, son discours peut s'avérer le plus souvent structuré, cohérent et adapté à la réalité, seule persévèrent des hallucinations et des moments de confusion qui apparaissent comme des résidus d'une conscience perdue. En effet, M. B. décrit sortir d'un état de non conscience ce qu'il nomme "un cauchemar" et qui évoque littéralement l'état traumatique.

M. B. accepte de rencontrer la psychologue chaque semaine. Les entretiens se déroulent toujours sur le même mode et leur contenu reste "traumatiquement" identique (répétition, fixation).

Dans le premier temps de ces rencontres, le vide envahit la relation, l'espace et fige nos pensées. Le temps et l'histoire paraissent englués ou engloutis dans le trou du trauma laissé béant. M. B. n'a aucun souvenir d'enfance, il parle peu de sa vie professionnelle, affective et relationnelle ; comme débarqué d'un autre monde il crée ainsi un espace de non représentation qui est à l'évidence ici, l'espace même du traumatisme, où l'oubli, le repli, l'isolement, les contradictions de son dossier et de sa présentation clinique nous font penser que nous ne rencontrerons peut-être jamais M. B. sur le terrain de la mentalisation.

Véritable "casse-tête" clinique, M. B. bénéficie d'un investissement important de l'équipe soignante. Il donne l'impression que l'unité soignante joue pleinement un rôle maternant. M. B. recherche le regard et le désir du soignant, quête une confirmation narcissique qui crée une conduite addictive. L'équipe a été en miroir de ce mouvement car elle a été très revalorisée par l'évolution de M. B. quelques jours après son arrivée dans l'unité.

Les paroles de son ex-femme (très présente à ses côtés) raisonnent encore : "Lorsque sa mère est morte, il a tout perdu".

Image du chaos mais aussi image de l'univers clos de la fusion unique qui semble avoir entretenu "le mirage narcissique" où le manque est nié et le tiers exclu.

La mise à l'épreuve de la qualité du Holding donne la mesure de la peur vécue par M. B. d'être laissé tombé ce que nous pouvons probablement (c'est une hypothèse) mettre en relation avec des ruptures d'étayages dans l'enfance.

M. B. ne ressent pas le sentiment de manque, il ne pense pas l'absence, il l'habite (totalement identifié à l'absence) d'où cet extraordinaire sentiment de vide à son contact.

Peut-on alors parler d'état traumatique permanent, sans avant ni après coup. La détresse paraît permanente, M. B. ne décrit pas un autre temps possible. Et pourtant, M. B. vieillit, vieillit même très vite, il se dit vieux, il se comporte comme un patient très âgé, dos vouté, marche lente, gestes calculés, désorienté, confus, il peut faire évoquer, nous l'avons dit, une évolution déficitaire.

Alors, comment à travers les quelques éléments de sa biographie que nous connaissons et l'idée de ce vieillissement prématuré ne pas penser à la question de la castration ?

Les faits marquants de son histoire apparaissent dans une série d'expériences traumatisantes où interviennent des éléments de perte, de séparation : le suicide de son père, la mort de sa mère (qui coïncide avec la naissance de sa fille), son divorce, une opération de la prostate (qui précède une mise à la préretraite). Comme une trajectoire inéluctable ces repères paraissent venir mettre en scène à chaque fois la menace de la castration. Cette réactivation traumatique de l'angoisse de castration contient, rassemble, en elle-même toutes les angoisses de séparation.

Même si cette présentation clinique laisse peu de place à l'interprétation, ce que l'on repère c'est que la réalité est venue donner corps au fantasme, la castration est advenue et elle continue fantasmatiquement à produire ses effets, il en résulte un état de sidération traumatique avec une inhibition massive.

La décompensation pourrait apparaître alors comme une tentative de gérer l'expérience traumatique, tout comme le vieillissement accéléré de M. B. est probablement une voie élaborative par laquelle il met en oeuvre une nouvelle fois la menace de castration radicale qu'implique la mort.

Il faudra laisser du temps au temps ; l'accompagner dans un travail du vieillir lui permettra peut-être de faire ce travail d'intériorisation du passage d'un vécu à la représentation et à l'idée de l'absence (décoller le fantasme de la réalité).

Le destin psychique tout entier de M. B. paraît être régi par le traumatique qui de ce fait nous pose des questions qui restent sans réponse. Sortir de cet état traumatique dans lequel il nous entraîne c'est aussi peut-être accepter de ne pas trouver de réponse, de rester sur l'énigme.



Monsieur C. a 70 ans. Il est l'avant dernier d'une fratrie de six enfants, il a perdu sa mère d'un arrêt cardiaque à huit ans et son père un an après des suites de la guerre de 1914.

Il est alors placé en institution jusqu'à 15 ans, puis hébergé chez son frère aîné où il sera maltraité. Il s'engage à 17 ans dans l'armée et part au Vietnam pendant trois ans. Il se mariera à son retour et aura à 8 ans d'intervalle 2 filles. M. C. a rencontré les témoins de Jéhovah à 15 ans chez son frère et il a reçu le baptême à trente ans.

M. C. exerçait la profession de dépanneur radio lorsqu'il a eu un accident de voiture (accident de travail), il dit avoir reçu le "coup du lapin". Il a porté une minerve pendant plusieurs mois et a dû changer de fonction au sein de l'entreprise (il est devenu sédentaire). M. C. décompensera brutalement sur un mode dépressif un an plus tard.

M. C. bénéficie de soins en psychiatrie depuis 1972 avec le diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Il y a quelques mois M. C. a été admis dans l'unité de gériopsychiatrie pour un épisode confusionnel au décours d'une chute au domicile.

M. C. est très triste, très ralenti, il se plaint de troubles de mémoire et de pertes d'équilibre.

Nous avons assez rapidement pu proposer un cadre thérapeutique sous la forme d'entretiens hebdomadaires à M. C. accompagné de sa femme et de sa fille cadette (l'aînée vit dans le sud de la France), entretiens qui se sont poursuivis au-delà du temps de l'hospitalisation.

Lors de nos premières rencontres la femme de M. C. se montrait très envahissante, coupant la parole en permanence à son mari, le maintenant par ses attitudes dans une position à la fois infantilisante et disqualifiante ("mouche toi, remonte ton col...") Elle met en avant son besoin de s'occuper des autres, de prendre soin de son entourage. Sa fille reprendra : "Plus on est malade, plus elle s'intéresse à nous".

L'allure pouponne de M. C. accentue l'ambiguïté de cette relation maternante et fusionnelle. M. C. semble rechercher un contact très proximal avec son entourage.

Le couple se sépare et connaît des périodes de respiration lors des hospitalisations rituelles de M. C.

Cette prise en charge peut, elle aussi, se découper en trois périodes.

▫ **La première période** de nos rencontres a permis de décrypter le mode de communication utilisé par cette famille. La parole a pour chacun d'entre eux une valeur anxiogène "ne rien dire, c'est éviter à l'autre de souffrir", le fantasme sous-tendu est que la parole détruit et surtout que l'on risque d'être détruit par ce contact, par la mise en sens d'un ressenti. Alors la parole ne circule pas, elle ne peut que s'agir, se mettre en actes (à l'image des somatisations de la fille, de la mère et du père). "On se fait des idées... mais on ne veut inquiéter personne" disent-ils.

La solitude des êtres est alors accrue par la difficulté à se rencontrer, la proximité ou plutôt le contact devient fusionnel et étouffant mais ne soutient pas un narcissisme groupal défaillant.

Au fil de nos entretiens quelque chose s'est constitué. Lentement M. C. est sorti de son mutisme, a abandonné le discours plaqué qu'il tirait des textes étudiés chez les témoins de Jéhovah. Il a commencé à s'intéresser à son histoire (**seconde période l'historicisation**).

L'accident marque pour lui et sa famille un avant et un après. Avant il ne reste que l'enfance malheureuse, les mauvais traitements et surtout l'absence de la mère, après il y a la maladie. Cet accident l'a situé dans une logique traumatique, celle de la répétition pathologique de la non abréaction psychique.

Dans la réalité, cela marque le début d'un long parcours médical à l'image du premier parcours de sa vie après la mort de ses parents.

L'accident de voiture, le handicap à l'image de la minerve pourrait apparaître comme une tentative de lier à jamais les temps du traumatisme dans un après coup sans fin.

Les rencontres familiales ont permis une historicisation. Se resituer dans une filiation et donc dans une temporalité a permis de restituer l'histoire individuelle en tant qu'elle appartient au passé et de sortir pour M. C. du toujours malade. La présence de la famille souligne et accentue cette possibilité d'historicisation, chacun se place comme marqueur ou repère temporel. M. C. a mesuré l'effet de ses souvenirs à travers le vécu et le ressenti de sa fille. Le souvenir a pris alors une valeur qui a permis à M. C. de s'y étayer narcissiquement comme si ce souvenir prenait un sens nouveau. Sa fille parlait de son enfance, de son adolescence puis de sa vie de femme et de mère - le temps s'est remis en mouvement !

Elle pouvait avec beaucoup de détails et d'émotions décrire la première décompensation de son père "J'avais sept ans lorsqu'il a eu sa première crise, ça m'a marqué, j'ai eu peur, très peur, maintenant j'en ai 30, je ne vois plus les choses de la même manière".

M. C. a pu sortir du temps circulaire répétitif ; la différence des générations a pu s'élaborer.

Aujourd'hui M. C. parle de son enfance, fait des liens, prend la parole. Il évoque son vieillissement, il clame haut et fort son statut de retraité et occupe

pleinement le rôle et la place de grand-père (et donc de père) qu'il avait peu investi jusqu'à présent.

Par le jeu des associations, de la mobilité psychique, l'après-coup devient organisateur, le traumatisme écran de l'accident s'intègre dans une histoire de vie tout comme l'idée même du vieillissement.



A l'évidence, la complexité de ces trois rencontres cliniques prouve encore une fois que la clinique ne décide pas de ce qu'il convient ou non de garder sur le plan théorique.

Néanmoins, à ce propos, une remarque de C. JANIN renvoie à cette clinique du quotidien auprès des personnes âgées : "Dès qu'il y a nécessité d'un recours à une reconstruction plutôt qu'à une interprétation c'est que l'on est en présence d'un fonctionnement mental où il y a du traumatique".

Les patients se reportent à des temps anciens (la mémoire des faits anciens est toujours, nous le remarquons, la mieux conservée) dans une perspective souvent idéale ; ils nous emmènent avec eux sur le chemin de la reconstitution, de la reconstruction active.

Nous nous trouvons en permanence dans une forme de secondarisation temporelle de l'événement confirmant ainsi la valeur diachronique de l'après-coup.

Mais, la question qui demeure est de vivre jusqu'au bout avec ce qui ne cesse depuis le début, d'arriver mais aussi de revenir.

Les trois cas cliniques présentés paraissent illustrer trois modalités d'expériences traumatiques dans l'après-coup du vieillir.

✧ La première modalité que l'on rencontre dans le sentiment d'être dans un après-coup sans fin, dans une répétition à jamais mortifère. Ceci renforcé dans le vieillir par ce qui caractérise l'ultime traumatisme à savoir l'impossibilité de l'élaborer dans le temps de l'après-coup et ainsi de pouvoir rendre conscient cet événement comme traumatisant.

Comme si le vieillissement maintenait et fixait le traumatisme sans possibilité de l'intégrer comme événement traumatique.

✧ La deuxième modalité que l'on pourrait qualifier de "traumatisme sans après-coup possible", il n'y a que l'idée du traumatisme qui demeure sans pouvoir parvenir à situer l'événement. Ici le terme de traumatisme qualifie, objective, nomme, mais ne représente pas.

Toujours du point de vue du traumatisme, le travail du vieillir au seuil de la fin de vie, consisterait à élaborer un retournement négatif des énergies psychiques vers l'origine, vers l'originel. Peut-être une autre façon de parler de la pulsion de mort (fonction négative du traumatisme).

✚ La troisième modalité apparaît dans la mesure où l'on accepte l'hypothèse que les forces psychiques ne s'épuisent pas en vieillissant et permettent que s'élabore encore une théorie intime organisatrice et positive. Il résulte par le jeu de l'historicisation, de la symbolisation une possibilité de réappropriation de l'événement traumatique. Le traumatisme va alors être capable d'accomplir un certain travail (qui s'apparente au travail du vieillir), lorsqu'il met en après-coup successif remémoration, répétition et élaboration.

Nous pouvons imaginer que ce sont des patients qui au terme de ce travail d'intériorisation peuvent peut-être aborder le terme de leur vie "dans un mourir tranquille".

Si le traumatisme fait le lit de l'histoire, ces trois remarques pourraient se lier dans une ultime paraphrase : l'après-coup ferait le lit de la vieillesse.

UNE CHUTE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

Catherine ROOS, psychologue clinicienne

Lyon

I - DES CHUTES

"Je marchais sur le trottoir, je crois que j'ai été bousculée par quelqu'un... C'était vers la sortie du métro, j'avais même un parapluie, je me souviens... Je n'ai pas pu me retenir, je suis tombée.

Les gens se sont précipités pour me relever, ils n'ont pas pu, ma jambe était sur le côté.

Je me disais : "Ce n'est pas possible, ce n'est pas possible". Je mesurais le drame que cela amenait dans ma vie..."

"J'ai voulu monter sur une chaise... j'avais même mis un coussin... la chaise est partie d'un côté, moi de l'autre, je suis tombée violemment en arrière... Le galandage m'a retenue, je n'ai pas tapé la tête mais la hanche gauche... Tout vous passe par la tête : l'idée de mourir, d'être abandonnée, d'être perdue... Je me demande comment je ne suis pas devenue folle, je suis solide de la tête".

Elles ont **entre 75 et 85 ans**, raidies ou chiffonnées par les années, pleurant ou se ressaisissant, en quelques phrases laconiques ou dans une reconstruction plus détaillée, elles mettent en mots la brutalité d'un accident ou plutôt d'un "déjà-événement" qu'elles ont en commun d'avoir vécu : **une chute**.

Au fil des années, psychologue clinicienne appelée à accompagner cette "population chuteuse" dans sa convalescence, au sein d'un établissement hospitalier, je découvris que dans cet événement "**extraordinaire**" et dans ses "retombées" se joue bruyamment ou en sourdine une partition existentielle majeure.

II - CHUTE ET GERIATRIE

L'Organisation Mondiale de la Santé a donné sa définition du phénomène :

"La chute est la conséquence de tout événement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté".

Introduisant par là la notion d'événement-causalité et la notion de non-désir du sujet.

Depuis quelques années les recherches et publications se multiplient à propos de la chute du vieillard essentiellement dans une perspective médicale.

La chute du sujet âgé est un événement "fréquent" et sa gravité dépasse bien souvent les conséquences traumatiques initiales.

La chute chez le sujet vieillissant est un des **symptômes gériatriques les plus fréquents**.

Près de 40 % des sujets de plus de 65 ans font tous les ans **au moins une chute** (annuellement en France près de deux millions de chutes dans cette tranche d'âge).

Les personnes de 80 ans et plus présentent un risque accru de chuter.

Les chutes sont responsables de 10 % des décès entre 70 et 80 ans.

Les fractures et contusions graves ne sont pas en pourcentage très élevées par rapport aux contusions légères (ecchymoses, hématomes), très représentées.

Et pourtant 25 % des chuteurs décèdent dans l'année contre 6 % de non chuteurs.

Comment expliquer alors la **surmortalité** ?

La fréquente **répétition** de la chute pose aussi question.

En gériatrie trois éléments cliniques ont une valeur pronostique essentielle :

- ♦ Le sujet a-t-il pu se relever seul ?
- ♦ Est-il resté à terre plus d'une heure ?
- ♦ A-t-il présenté plusieurs chutes ?

La chute résonne profondément dans le psychisme, marque et effondre le sujet au-delà de ce que l'impact physique aurait laissé supposer. La personne présente de grandes difficultés pour "s'en relever". L'existence d'un authentique "syndrome de l'après-chute" où coexistent chutes à répétition, restriction de l'activité, troubles psychiques et une peur de rechuter, représente un facteur important de morbidité et de perte d'autonomie.

Bien classé dans les motifs d'hospitalisation, (30 % des motifs d'hospitalisation), cet accident est pourtant (trop) souvent banalisé comme si chute et vieillesse étaient l'écho l'une de l'autre. Le vieillissement se confondrait-il avec une lente et inexorable chute ? Vieillesse déclin, descente, "re-tombée" quelque part en enfance... ou ailleurs !

La chute n'est-elle à comprendre que comme un corps qui tombe, usé, cassé par les ans ?

Révélation biologique de la marque du temps ?

Les **facteurs de risque extrinsèques** (obstacle, thérapeutiques, environnement) et **intrinsèques** (liés à une pathologie, au vieillissement et à ses déficits possibles auditifs, visuels, de l'équilibre, de la force musculaire, cognitifs...) sont fréquemment repérés.

Cependant, les mécanismes générant la chute sont mal connus. Un nombre respectable de chutes ("chute symptôme") échappe à la compréhension immédiate.

Un grand nombre de chutes et ce sont celles qui font l'objet de notre recherche **surviennent sans "cause chutogène" repérable** (maladie ou atteinte neurologique, médicaments déstabilisants, hypotension orthostatique...).

"La cause ?... L'ostéoporose, la minéralisation des os"... affirme le corps médical, explication triomphante dans la mesure où elle clôt en une phrase, les chutes, les cassures... et le féminin majoritairement représenté dans les chutes, tout comme dans la vieillesse, durée de vie oblige...

Est-ce le prix à payer pour vivre plus loin ?

C'est une très vieille histoire qui se rappelle à la mémoire : le mythe de La Genèse ne contenait-il pas déjà une chute dans laquelle la femme tenait une place de choix ? Vers **quelle Connaissance**, vers **quelle Origine** nous entraîne le thème de la chute ?

Peu importe le risque encouru... Restreindre la chute du sujet vieillissant à une stricte explication biologique toute pertinente soit-elle, ou à l'explication technique de tapis ou de marches d'escaliers toute primordiale soit l'interrogation sur l'obstacle, n'est pas satisfaisant.

III - CHUTE EN DEFINITION

Le mot "chute" vient de l'ancien français "cheute" et constitue le participe passé du verbe choir.

Il désigne avant tout **"le fait de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol"**. Notion de perte, de mouvement acte, de subi passif.

Un sens proche immédiat : **s'écrouler, s'effondrer**, apparaît là le réfléchissement le **retournement sur soi-même**. Les équivalents du mot chute en font ressortir **la violence et le saisissement**.

Le mot chute peut signifier **"tomber plus bas"**, baisser, diminuer de valeur. Le sens glisse là vers **décadence** avec la forte connotation morale qui s'attache alors à la chute (déchéance, faute, péché).

Une autre acception éclairante est celle de **l'action de se détacher** de son support naturel de devenir caduque (cado, cadere, caducte), chute de feuilles, de cheveux....

Enfin, une autre signification est à retenir avec l'idée de **partie qui termine, de fin** (chute d'une phrase, d'un tour...) ce sens peut aller jusqu'à celui de **la mort** entendu dans le mot "tomber" et sa résonnance avec la tombe lieu d'ensevelissement des morts.

Ces différents sens marquent combien la chute est au coeur d'une sémantique riche. Elle condense mouvements et forces antagonistes attirance-détachement, agir = subir, mouvement "vi(e)olent" - mouvement de mort.

Elle se déploie dans l'espace et le révèle dans ses multiples dimensions : physiques, corporelles, psychiques, relationnelles, (espace externe-espace interne).

Elle renvoie le sujet sur lui-même, **retournement**. Elle est "saisissement" et perte tout à la fois. Elle interrompt, **fait rupture**.

La chute, "c'est passer" brutalement de la position debout à la position allongée. **La chute est un passage**. Ce passage se fait en "un clin d'oeil", dans un bouleversement, un mélange de sensations, "sens dessus dessous", le sujet se perd, **l'espace d'un instant**, un instant seulement : **il n'y a pas de présent** de la chute. Le choc et la douleur corporels vont redonner un contour, une limite au moi et, après, le sujet se demande "que m'est-il arrivé ?". La chute, en elle-même, **est insaisissable**, même si la personne affirme (comme dans les entretiens) avoir gardé à ce moment-là *"toute sa connaissance"*.

IV - DIFFERENTES APPROCHES

Après du sujet chuteur et blessé, **deux cliniques** viennent se télescoper et/ou s'articuler :

- ♦ Celle qui prend en compte le **corps fonctionnel**, celui de la santé où les symptômes sont des signes qui présupposent des causes et permettent d'identifier telle ou telle maladie.
- ♦ Celle qui prend en compte le **corps comme lieu de jouissance et de souffrance** et où les symptômes sont des signes linguistiques, c'est-à-dire pour un individu dit "malade" une manière de dire à quelqu'un quelque chose de cette souffrance ou cette jouissance.

L'objectif est de maintenir un espace où se porte l'intérêt pour **l'historicité** et le **récit des patients âgés** (qu'au-delà de l'impact corporel, des maux du corps, se retrouvent les mots), de soutenir l'effort des patients pour intégrer dans l'histoire singulière de leur vie l'épreuve bouleversante, **désorganisante et même désobjectivante** qu'ils ont souvent traversée.

Comment comprendre les **mécanismes psychiques** qui contribuent à déséquilibrer et à **faire chuter** certains sujets vieillissants (impliquant de façon spectaculaire le corporel) ?

Que comprendre de **la place** de la chute dans la trajectoire de vie du sujet vieillissant, quels symptômes, fantasmes, mécanismes de défense viennent se greffer autour de cet événement ?

Histoire sans parole mais avec maux, quel sens peut prendre la chute après "le" coup ?

V - CHUTE ET TRAUMATISME AU FIL DU RECIT

"Que vous est-il arrivé ?".

Cette question invite le sujet au **récit** de "**l'accident**" chute et à la construction "après (le) coup" de ce qui peut alors peut-être devenir "**événement**" reconnu, désigné, inscrit dans une temporalité, dans une histoire :

- ♦ le récit,

- ♦ les grands thèmes qui s'y associent immédiatement,
- ♦ les affects et les fantasmes qui infiltrent le discours,
- ♦ les postures, attitudes et mouvements qui sous-tendent les paroles,
- ♦ le vécu actuel ici et maintenant,
- ♦ la prise de sens ou non de l'événement au fil des jours en fonction d'un avenir possible...

Autant d'éléments qui, au fil de la clinique, nous amènent à croiser **chute et traumatisme** de manière plurielle et singulière.

A - Chute et perte traumatique

Dans les discours autour de la chute sont mises en abîme aspirantes toutes les pertes physiques et psychologiques. Le récit autour de certaines chutes est essentiellement évocation et recherche de liens.

S'impose massive **la perte** plus ou moins récente d'un lien à travers le décès d'une personne particulièrement investie (personne, lieu, animal...).

S'impose l'évocation d'un espace relationnel vidé, d'un **déséquilibre brutal**.

Derrière ou même avant la violence et le saisissement de la chute physique, est mise en avant la soudaineté de l'autre choc, l'autre coup qui a frappé avant.

S'expriment la **passivité** et la **non préparation** face à cet événement qui revêt les caractéristiques **du traumatisme**.

Nous retenons ici le traumatisme comme "effraction étendue du pare-excitation". En référence avec les conceptions freudiennes d'après 1920 selon lesquelles le traumatisme est l'incapacité de l'appareil psychique à liquider une surcharge pulsionnelle, le principe de plaisir dont le rôle serait d'évacuer cet excès de tension est mis hors jeu par la violence et la soudaineté d'un traumatisme. Le trop plein d'excitation libéré est d'autant plus traumatisant que les systèmes ne sont pas préparés à faire face au danger. L'angoisse n'a pu remplir sa mission de signal d'alarme. Nous retenons qu'en 1926, FREUD dans sa nouvelle théorie de l'angoisse, insiste surtout sur la condition déterminante du traumatisme. : **la perte de l'objet**.

Tant et si bien que le terme de traumatisme est utilisé beaucoup plus de nos jours dans le sens d'une perte objectale ou narcissique dont le deuil n'a pas été possible : de par sa fragilité ou sa non préparation, le moi a été débordé dans ses fonctions de liaisons mettant en faillite toute possibilité de symbolisation.

Au fil des entretiens cette perte traumatique insiste, revient, nous amenant à penser la chute comme **décharge** dans un agir.

Comme si l'excitation débordant les liaisons représentatives était canalisée vers des fonctionnements archaïques préverbaux.

La décharge dans l'agir suit un modèle peut dépendant du langage donc une solution plus primaire : solution de l'enfance, de l'être qui n'a pas encore accès aux mots. La chute est passage **par le corps** par l'inscription somatique.

Cette décharge peut, peut-être, se comprendre comme un "acte-symptôme" qui témoigne d'une **rupture dans la réalité**.

B - Chute et mise en scène corporelle

La chute en elle-même, histoire corporelle, **met en scène, donne à voir, à ressentir**, pour le sujet et l'entourage tout à la fois :

- ♦ **un temps de dé cramponnement, de dessaisie.**
- ♦ **une perte de verticalité**, témoin d'un corps-support qui lâche, qui trahit, qui rencontre sa **dépendance**, son **impuissance**, sa **détresse**, sa **petitesse** ; "n'être que ça" : la chute en l'exposant suscite la honte ;
- ♦ les **marques du choc et du coup**, hématomes, plaies à peine cicatrisées, marques qui se localisent souvent dans les articulations attaquant leur souplesse. Certaines deviennent métalliques et peuvent même se "débricoller" (cf. prothèse totale de hanche). Comme si se marquait dans le corps la **vulnérabilité des liens d'attachement**, leur réduction, leur cassure, leur rigidification (Cf.G. HAAG et son travail de rapprochement entre la souplesse articulaire et la souplesse des liens) ;
- ♦ la fragilité corporelle, la **vulnérabilité** : la **vieillesse** incontournable s'impose. Le corps que révèle la chute est **celui des limites** ; la défaillance rappelle la symbolique castration ; la **mortalité de ce corps périssable travaillé par le temps**.
- ♦ la **douleur physique** qui renvoie à la solitude incommunicable de l'éprouvé corporel. Cette douleur prend souvent toute la place et ramène le sujet sur la partie atteinte et sur lui-même.

La douleur physique entraîne réinvestissement de soi-même, sidération et anesthésie de la pensée.

La blessure douloureuse réelle (par la limite ainsi circonscrite) fait fonction de **pare-excitation** par rapport à une effraction plus grave.

La chute dans sa douleur "tombe bien" et sépare de pire encore.

"Cette chute m'a coupé de ma peine". Le passage de la **douleur corporelle** (traduisant un **investissement narcissique** du corps et de la partie lésée) à la **douleur psychique** (traduisant un **investissement objectal** d'un sujet "aux prises" avec ses objets et à leur absence), marque le discours autour de la chute : oscillations d'une douleur à l'autre.

C - Résonnance corporelle de la chute : le traumatique

La chute corporelle va interroger le sujet dans son rapport au corps, corps travaillé par le temps de l'enfance et par ceux qui y ont été rencontrés ; corps que le sujet reconnaît comme sien parce que rencontré dans des miroirs successifs et en tout premier dans le regard et l'attention de la mère. Un corps qui tombe c'est un être touché dans son narcissisme.

1 - La chute est blessure narcissique.

Tomber comme un enfant, ne pas pouvoir se relever seul touche l'estime de soi, la confiance en sa valeur, en ses capacités.

L'image de soi se déchire brutalement. Tomber et rester à terre **propulse le sujet dans des temps anciens et oubliés, des tout premiers pas**, temps d'avant les mots, temps du **narcissisme primaire** ; ce narcissisme qui ne se soutient que de la présence d'un objet bien particulier celui qui satisfait tous les besoins.

Temps plus précisément ou ce narcissisme **prend fin** quand le développement, les poussées maturatives amènent l'enfant à élargir son monde au-delà de sa mère, **à se décoller de l'arrière fond maternel**... quelque part entre originaire et infantile.

Tomber et rester à terre propulse paradoxalement le sujet âgé vers un **temps futur** proche et menaçant inconnaissable, **lieu du non savoir**, chute ultime, **la mort** : comme une **pré-figuration** de la bascule finale.

La chute est un événement qui a la même fonction **qu'une interprétation sauvage**. Il apporte au sujet, qui n'est pas totalement étranger à sa survenue, une présentation ou plutôt une **représentation sur la scène du réel** d'une problématique voilée ou ignorée à l'intérieur de sa psyché. Cette problématique est celle de la **temporalité** qui se révèle à travers la chute dans l'espace physique et psychique.

2 - La chute traduit une perte de support externe et interne

Dans l'ajustement du corps à l'environnement se rencontre **l'expérience de la chute**, dans l'ajustement du Moi par rapport aux personnes se rencontre **l'expérience du vide**.

La chute s'apparente à un **raté dans l'ajustement** à l'environnement ; tout se passe comme si la distance, le rapport aux objets devenaient problématiques.

La chute interroge violemment le sujet sur ce qui le fait tenir debout physiquement et psychiquement.

La chute, profond désétayage, questionne sur **l'étayage**, l'étai, le soutien progressivement intériorisé, sur la constitution et la fiabilité du support interne construit sur l'étayage maternel (premier porter, holding...)

Etayage en trop, en pas assez, en "suffisamment bon" ?

Le désétayage contenu dans la chute interroge "du coup" l'appui que représentait l'objet disparu récemment, le lien, l'investissement "ce qui attachait", "tenait"...

Et plus profondément se réinterroge là la relation au corps et au psychisme maternel.

"Chacun le sait la vie (...) jusqu'à sa fin est cette sorte d'histoire sinon de geste, d'un désir à la fois singulier et multiple au travers de laquelle un sujet se révèle attaché à des objets premiers puis leur en substitue d'autres sans cesser pour autant de viser ceux-ci" (H. BIANCHI).

Lâcher l'objet, être lâché par lui, les temps de décamponnement sont nécessaires car fondateurs de l'individualité.

Quelle capacité a le sujet à se porter seul et jusqu'où ?

D - Chute et achoppement du travail de deuil

La chute est **passage par l'acte**, agi qui montre le détachement brutal de l'objet réel, qui traduit la **difficulté élaborative**, **l'achoppement du travail de deuil** et le caractère traumatique de celui-ci.

La chute en tant "qu'accident" est **révélatrice de la pulsion de mort**, force de déliaison et de destruction.

"Certains accidents peuvent apparaître comme les révélateurs de la présence chez un patient d'une force destructrice dont il n'avait pas conscience. Comme tout révélateur, il opère un effet de surprise car justement le révélateur sert à

rendre manifeste ce qui était irreprésenté, c'est-à-dire dans le cas de l'accident les désirs destructeurs" (D. QUINODOZ).

D. QUINODOZ dans un article "(L'accident en tant que révélateur de la pulsion de mort)", rappelle le lien **entre pulsion de mort et haine** ; elle insiste sur le fait que la **découverte de l'ambivalence amour et haine envers l'objet d'attachement est un temps favorisant l'acte destructeur vis-à-vis du sujet lui-même.**

L'incapacité d'accepter l'ambivalence à l'égard de l'objet disparu, le désir si violent de rompre ("de laisser tomber") avec cet objet est parfois impossible à **représenter** (par des pensées) et de ce fait à verbaliser. Cette force poussant à détruire un objet, en même temps si précieux, est si invraisemblable que le sujet la dénie. Mais cette force semble se manifester par une décharge, un acte, la chute : **il tombe en même temps qu'il fait tomber l'objet.**

Cette chute en corps à corps et l'identification au défunt s'entend dans les entretiens. Laisser tomber l'objet est insupportable et entraîne immédiatement un "se laisser tomber soi-même".

On peut relever à la suite de FREUD le rôle joué par la culpabilité inconsciente favorisant la désintringation pulsionnelle et la transformation du sadisme en masochisme.

D. QUINODOZ souligne que quand le sujet voit apparaître la haine "au plus proche de la position dépressive" et qu'il ne peut encore intriquer amour-haine, il fait un **mouvement régressif** essayant d'éliminer la haine en ne la représentant plus. **Seule la représentation est éliminée pas la force destructrice.**

E - Chute et perte de trop, dernière perte

L'événement traumatique repris montré par la chute fait figure d'une **perte de plus, d'une perte de trop** et rend le travail de deuil particulièrement difficile.

La vieillesse déjà là fait de surcroît apparaître cette perte comme **la toute dernière.**

Une impossibilité de **réinvestissement objectal** se montre.

L'objet perdu se présente alors comme toute dernière histoire d'amour à laquelle il faudrait renoncer.

Travail de deuil ultime ? Toute dernière occasion de reprendre les deuils en suspens, **perte en trop et dernière** qui va de manière spécifique réveiller les tout premiers investissements et leur perte, notamment la perte de l'objet maternel.

La perte de ce qui apparaît le dernier objet, la proximité de la mort perçue par le sujet à travers la chute, lui imposent de faire le deuil en lui **de l'enfant merveilleux tout puissant omnipotent, immortel** et d'engager peut-être un **travail de deuil du Moi ?** Moi vieux et mortel, mais vivant, en appui sur son monde interne.

VI. CHUTE, REPETITION ET PREFIGURATION ?

Certaines chutes physiques apparaissent comme **tentative coûteuse** pour le moi de **colmater tout en la signalant la faille ainsi causée**.

La chute **reproduit le traumatisme, le réactualise** : répéter pour **tenter de lier**.

Du côté de la pulsion de vie **cette répétition peut offrir la possibilité de donner du sens, d'élaborer après coup** condition à laquelle elle ne se sera pas répétée compulsivement.

La chute présenterait-elle l'occasion pour le sujet **d'événementualiser un traumatisme ?**

L'inscription du traumatisme se fige dans l'indéchiffrable, l'écriture de l'événement est une écriture vivante.

A travers le récit s'imposent laborieusement l'appel à la mémoire, **le besoin de rassembler, de relier, de mettre du sens "après le coup"**, de donner forme à une énigme du passé.

"Dans la conception freudienne de l'après-coup et du traumatisme, l'expérience passée psychiquement non signifiée du sujet peut être reprise en compte à l'occasion d'expériences ultérieures qu'elle influence économiquement et dynamiquement, et qui lui confèrent en retour rétroactivement une signification qu'à l'origine elle n'avait pu trouver (...) effet des chocs, traumatismes désorganiseurs et inséparablement chances tardives jusqu'au bout maintenus de réarticuler et resignifier la vie entière" (J. GUILLAUMIN).

la chute peut être cette chance tardive même si périlleuse...

La chute nous apparaît dans sa double dimension complexe : elle ferait "coup double" en quelque sorte ?

Elle peut ouvrir le sujet à la reprise signifiante d'un traumatisme passé et à la tentative de donner du sens à ce qui va advenir : perte du moi, dernière hémorragie narcissique, désétayage final, sans après-coup possible. Entre répétition et anticipation.

Entre Origine et Terme.

Ce travail sur la chute nous mène vers **des limites insaisissables**.

Notre propre mort est "un événement" d'un type particulier : il possède un "avant" auquel il s'intègre mais il n'y a pas "d'arrière" à quoi l'accrocher : c'est une rupture et seulement une rupture.



QUELQUES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIANCHI H.

(1980) "Travail du vieillir et travail du trépas" Psychanalyse à l'université N° 5 p 613-619

(1987) "Le Moi et le temps", Paris, Dunod, 137 p

(1989) "La question du vieillissement", Paris, Dunod, 171 p

BOIFFIN A.

(1990) "Retentissement psychologique des chutes chez la personne âgée : la peur de tomber", Quotidien du médecin Février p11-15

BRETTE F.

(1988) "Le traumatisme et ses théories", Revue française de psychanalyse N°10, p 1259,1282

COUVREUR C.

(1988) "Le trauma : les trois temps d'une valse", Revue française de psychanalyse N°6 p 1431-1449

DEVOS R.

(1991) "La chute ascensionnelle" in Matière à rire, Paris, Plon p95-98

FREUD S.

(1920) "Au-delà du principe de plaisir" in Essais de psychanalyse, Paris, Payot p41-116

(1926) Inhibition, symptôme, angoisse, Paris, PUF 1978, 103p

GREEN A.

(1983) "Le moi mortel-immortel", in Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris Edition de minuit 1988 p 255-280

GUILLAUMIN J.

(1982) "Réflexion psychanalytique sur le vieillir" in Le temps et la vie, Lyon, Chronique Sociale, p 133-143

GUILLAUMIN J. et Al.

(1982) Quinze études psychanalytiques sur le Temps. Traumatisme et après-coup, Toulouse, Privat, 236 p.

GUYOTAT J. et FEDIDA P.

(1984) Événement et psychopathologie, Lyon, SIMEP, 275 p.

HAAG G.

(1988) "Réflexions sur quelques fonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie", Neuropsychiatrie de l'enfance, 36, p1-8

HANUS M.

(1995) Les deuils dans la vie, Paris, Maloine, 331 p.

KAES R.

(1984) "Etayages et structuration du psychisme", Connexions, 44, p 11-48

KUNTZMANN F.

(1986) "Réflexions à propos des implications psychologiques des chutes chez le vieillard", Médecine et Hygiène, p 3200-3202

PERRUCHON M.

(1991) "Travail de deuil du moi chez le sujet âgé", Communication XXVè journée de gériatrie d'IVRY.

QUINODOZ D.

(1984) "L'accident en tant que révélateur de la pulsion de mort", Bulletin de la société Suisse de psychanalyse, N° 17 p 4-8

(1994) Le vertige entre angoisse et plaisir, Paris, PUF, 238 p.