

UNIVERSITÉ PARIS 13, Sorbonne Paris Cité
UFR Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés
Ecole Doctorale ERASME
Unité Transversale de Recherches, Psychogénèse et Psychopathologie,
UTRPP - EA 4403 - UP13

N° attribué par la bibliothèque

□□□□□□□□□□

T H E S E
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13
Discipline : Psychologie
Présentée et soutenue publiquement
Par
Mayssa' EL-HUSSEINI

Le 27 janvier 2016

Titre :

EXPLORATION DU CONTRE-TRANSFERT DANS LA CLINIQUE DU
TRAUMA: UNE ETUDE QUALITATIVE

Directeur de thèse :
Monsieur le Professeur Thierry BAUBET
Co-directrice de thèse :
Madame le Professeur Marie Rose MORO

JURY

M. le Professeur DERIVOIS Daniel, Rapporteur
Mme le Professeur CHAARAOUI Khadija, Rapporteur
M. le Professeur MOUCHENIK Yoram
Mme le Professeur ROUSSEAU Cécile
Mme le Professeur SAHAB Layla

A khalilo.

Remerciements

Ce qui a pu paraître comme un long tunnel sans fin et sans visibilité par moments, se révèle être aujourd'hui un sentier parcouru non sans quelques difficultés, surmontées grâce à la bienveillance de mes compagnons de route.

Aux Professeurs Marie Rose Moro et Thierry Baubet, je me suis engagée dans cette recherche sans connaissance de ce que serait la vie d'une doctorante à Paris. Vous avez été là, une présence indéfectible à tous les moments. Je vous remercie.

A Madame le Professeur Khadija Chahraoui, je suis fière de cette belle rencontre dans le groupe Trauma à Avicenne où vous m'avez appris la subtilité d'une attention clinique juste et la confiance indispensable à avoir dans les ressources des patients traumatisés. Je vous remercie d'avoir eu la disponibilité de lire mon travail et en être le rapporteur. C'est un honneur.

A Monsieur le Professeur Yoram Mouchenik, de votre encouragement et votre confiance qui m'ont poussés à écrire.

A Madame le Professeur Cécile Rousseau et Monsieur le Professeur Daniel Derivois, d'avoir accepté de faire partie du jury. J'espère que vous trouverez dans ce travail une reconnaissance de tout ce que vous m'avez transmis par vos écrits, vos enseignements.

A tous les participants à cette recherche, je vous remercie de votre confiance, de votre générosité, vos retours et contributions à mes réflexions et mes analyses. J'espère qu'ensemble, nous aurions apporté un grain au vaste et tumultueux monde de la clinique du trauma.

Ce travail, ces trois années de thèse et quatre années à Paris n'auraient jamais pu être réalisables sans toutes les personnes qui ont été là, à divers horizons, professionnels et personnels, chacun à sa façon.

Pour les lectures inlassables, les corrections, les recorections, les discussions passionnantes, je remercie Marion Feldman, Malika Mansouri, Layla Sahab, Mouna Abu Rayan, Youmna Ghosn et Alice Lachan. Votre réactivité, vos contributions à la finalisation de ce travail, vos encouragements ont été d'un énorme soutien.

Les personnes de Beyrouth qui m'ont soutenue dans ma décision de départ et ont été là tout le long de mon parcours : M. Chamoun, C. Azouri, L. Sahab, M. Tyan, W. Naja.

Le premier accueil inconditionnel et généreux de Manou, Yacine, Ilyes, Aurélie, Akram, Geneviève et Dédé.

Mes précieuses rencontres à Paris :

Aurélie H., Sara S., Sabine L., Catherine L., Jordan S. : Je vous remercie de m'avoir proposé de faire partie de la consultation Adoption Internationale. Une clinique passionnante que j'ai eu la chance de découvrir avec une équipe contenante où l'expression des vécus contre-transférentiels particulièrement difficiles est possible et élaborable grâce à la solidité et la malléabilité du groupe.

Pendant le petit café et chocolat du mardi matin, il y a toujours un petit échange traversé par un petit mot d'encouragement : Jean-Pierre B., Antoine P., Nathalie P., Suzie, Anne-Gaëlle, Nelly M., Rahmeth R., Ghislaine P., Marie-José, Marie-Christine, Madeleine, Nurcan, Pascal, Frédérique, Thierry, Christelle, Delphine, Philippe.

Le groupe Trauma, le groupe ethnosystémie, le groupe transculturel du mercredi, et particulièrement : Nora B., Taher A., Charles D. les vieux piliers du temple. Ravie et honorée d'avoir fait votre connaissance et travaillé avec vous.

Les groupes des séminaires de doctorat et plus particulièrement : Sophia F., Gabriel B. et Digo.

Aux belles rencontres parisiennes : Aurélie H., Sara S., Myriam L., Jamila C., Ana M., Mathilde L., Jordan S., Davide G., Julia T., Sophia C., 'chez Momo', Qods. Vous avez été bien plus que des collègues pour certains, et bien plus que des amis de circonstances pour les autres. Votre présence au cours de ces années a adouci l'intégration à Paris. Grâce à ces rencontres, j'ai reconstruit un monde de travail comme je l'aime bien, qui allie le plaisir de la clinique toujours requestionnée, les défis des discussions théorico-cliniques, le rire et l'art de tourner en dérision les situations les plus embêtantes. Cette complicité a rendu possible le sentiment d'un « familial » à Paris.

Celles qui n'ont cessées de me relever à chaque fois que je désespérais: Shirin AC., Sophia M., Dima Z., Lamia AA. Soumaya B.

A ma famille. Ali C., Rémi B., Sahar M., Maya C., Yasmine H., Johanna, Sarah, Rami, samahat al-sitt Dunia, Barhoum (là où tu es), Yousra, Jana, Zein, Majida, Charbel. Vous étiez sûrs que je ne lâcherai pas en cours de route, et vous avez eu raison. Je vous remercie de tout.

A f. et k. Vous m'avez transmis le goût de l'aventure, toujours pensée et élaborée. Vous avez veillé, parfois de loin, à ce que je puisse dépasser les frontières et concrétiser ce qui a pu être à un moment de la vie, un rêve timide.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	9
2. ETAT DE LA QUESTION	14
2.1. Aperçu théorique du concept de contre-transfert	14
2.1.1. L'influence freudienne et le courant classique	16
2.1.2. L'influence de Ferenczi et le courant « totaliste »	17
2.1.3. Apports déterminant dans l'évolution du concept du contre-transfert	18
2.2. Aperçu théorique du concept de trauma	36
2.2.1. Le trauma et ses sources	37
2.2.2. Modalités d'expression du trauma	40
2.3. Contre-transfert dans la clinique du trauma	43
2.3.1. Contre-transfert et trauma dans la littérature européenne	43
2.3.2. La perspective anglo-saxonne : études sur le trauma vicariant et le stress traumatique secondaire	43
2.3.3. Les mécanismes psychologiques à l'œuvre chez les thérapeutes dans la clinique du trauma	45
2.3.4. Le scénario émergent	52
3. Méthodologie de la recherche	56
3.1. Choix de la méthodologie	56
3.2. L'approche qualitative	56
3.3. La recherche qualitative entre la description du spécifique et l'extrapolation à l'universel	57
3.4. « Comprendre » selon les différents cadres interprétatifs	58
3.4.1. L'interactionnisme	58
3.4.2. Le courant socio-constructiviste	59
3.4.3. Le courant herméneutique	59
3.4.4. L'idiographie	62
3.4.5. La réduction phénoménologique	64
3.4.6. L'approche psychanalytique	66

3.4.7. L'analyse phénoménologique interprétative (IPA)	67
3.5. Construction de l'échantillon	69
3.5.1. Critères de diversification interne	71
3.5.2. L'échantillon	73
3.5.3. Description de la population :	73
3.5.4. La grille d'entretien en IPA	74
3.5.5. Notre entretien de recherche	75
3.5.6. L'entretien semi-structuré de la recherche	76
3.5.7. Déroulement des entretiens	79
3.5.8. Situation de la problématique et mise entre parenthèse de nos conceptions théoriques	80
3.5.9. Traitement des données et analyse des entretiens	83
3.5.10. La validation des résultats	88
3.5.11. Organisation des données	91
4. Présentation des résultats	93
4.1. Présentation des participants à la recherche	93
4.2. Analyse longitudinale	103
4.2.1. T.1	103
4.2.2. T.8	122
4.2.3. T.9	147
4.2.4. T.10	159
4.2.5. T.11	171
4.2.6. T.12	188
4.2.7. T.13	202
4.2.8. T.14	214
4.2.9. T.16	232
4.3. Analyse transversale	243
4.3.1. Le corps	245
4.3.2. Contexte de travail	248
4.3.3. Traversée émotionnelle des thérapeutes	253

4.3.4. Mise à l'épreuve de l'espace thérapeutique	257
4.3.5. Scénario émergent	260
5. DISCUSSION	265
5.1. Le corps, lieu d'inscription transitoire de la transmission traumatique	265
5.2. Le contexte de travail et la fonction de « holding »	268
5.2.1. Les thérapeutes en contexte d'expatriation et en terrains sinistrés	268
5.2.2. Les thérapeutes en contexte de stabilité	270
5.3. Les destins des traversées émotionnelles des thérapeutes dans la négociation contre-transférentielle	274
5.3.1. Les <i>apriori</i> théoriques à l'épreuve de la clinique du trauma	274
5.3.2. Honte et culpabilité à l'œuvre dans le contre-transfert face au trauma	275
5.3.3. Les différents temps de la traversée émotionnelle dans le contre-transfert	277
5.3.4. Histoire personnelle de trauma chez les thérapeutes : obstacle ou levier dans la relation thérapeutique ?	278
5.4. Scénario émergent, « voie royale » vers l'exploration des points aveugles dans le contre-transfert ?	282
5.4.1. Scénario émergent en concordance focale	282
5.4.2. Scénario émergent en écart	283
5.4.3. Scénario émergent évitant	287
5.4.4. Absence de scénario émergent	288
5.5. Indices de transmission traumatique mettant à l'épreuve l'espace thérapeutique	289
5.6. Contre-transfert à l'épreuve de l'altérité du trauma et de la différence culturelle	291
6. Limites de la recherche	296
7. Conclusion	298
8. Bibliographie	304

1. INTRODUCTION

Mon intérêt pour la spécificité du contre-transfert dans la clinique du trauma remonte à mes premières années d'expériences cliniques. Plusieurs situations m'ont amenée à questionner la tension contre-transférentielle qui m'a souvent traversé en tant que thérapeute dans des contextes cliniques de trauma. Il s'agit d'ailleurs davantage de contexte clinique de trauma que de rencontre avec les patients traumatisés.

Ces questions ont également pu émerger dans le cadre d'échanges cliniques avec des collègues, dans le cadre des dynamiques institutionnelles au cours de projets de soin auprès de populations traumatisées. De plus, au cours de ma formation universitaire et des séminaires suivis, la transmission théorique et l'élaboration de situations cliniques manquaient de certains éclairages qui m'étaient alors difficile d'identifier précisément à l'époque.

En introduction à ce travail, je souhaite présenter une séquence clinique. Celle-ci se situe dans le cadre d'une intervention au sein d'une équipe ayant eu à faire face au suicide d'un de ses membres sur le lieu et pendant ses horaires de travail. L'incident survient un lundi à 19h. Le soir même, entre 21h et 23h, je reçois une série d'appels téléphoniques des responsables de l'entreprise, expatriés au Liban. Le lendemain, je suis à l'entreprise, sur le lieu de l'événement, à 7h et je consacre une journée entière, suivie d'une demie journée, à conduire d'abord une séance de groupe puis des entretiens individuels auprès des collègues du défunt qui en avaient fait la demande. La durée de ces séances variait entre une heure trente et trois heures. Elles étaient particulièrement éprouvantes. A la fin de la deuxième journée, j'étais soulagée de retrouver le cadre qui m'est familier, en cabinet. Lors du deuxième rendez-vous, je recevais, pour sa séance hebdomadaire, une patiente présentant une structure psychotique que j'accompagnais depuis trois ans. A peine assise, elle me regarde, anxieuse, et me demande *did someone die* ? Je cherche à savoir pourquoi elle pose la question. Elle me dit qu'elle a aperçu un bouquet de fleurs dans la salle d'attente. Elle s'appuyait sur un élément nouveau et inhabituel du cadre pour essayer de donner sens à ce que son inconscient avait brutalement perçu de la présence du suicidé. Et je portais en moi cette disparition, à mon insu, en dépit de mon sourire habituel. A ce

moment, je réalisais que j'avais repris le cadre habituel « à chaud », sans prendre le temps d'élaborer et de métaboliser les émotions et les affects déposés en moi par les collègues du défunt. Une rencontre que j'ai vécue comme éprouvante de par l'impossibilité d'énonciations était celle avec les parents du défunt, arrivés d'Europe suite à l'information sur le suicide de leur enfant.

Ces heures passées à troquer des tentatives de constructions de sens contre sidération, déception, culpabilité ou effroi, s'étaient à la fois écoulées trop lentement et trop vite ; j'avais sans en avoir conscience perdu le sens de la temporalité sous l'impact du trauma.

Par quels processus cette transmission avait-elle eu lieu ? L'objectif de notre travail est d'explorer les processus de transmission du trauma à travers les réactions contre-transférentielles des thérapeutes travaillant auprès de patients traumatisés.

Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus large, conduite par l'équipe Amsterdam¹, sur les questions de la transmission du trauma. Le groupe Amsterdam s'intéresse depuis plusieurs années aux questions de transmission du trauma de la mère au bébé. Plusieurs ouvrages issus de ce groupe en présentent les réflexions cliniques et théoriques².

Le trauma est fait pour être transmis, telle semble être une de ses caractéristiques majeures (Moro 2006 : 28). Cette citation illustre le fond de la recherche. Le trauma est transmissible et laisse émerger chez le sujet quelque chose de spécifique. Cette constatation clinique doit être enrichie du *quoi* et du *comment* de cette transmission. De nombreux travaux se sont intéressés à la transmission de la vie psychique et ses avatars entre les générations (Abraham & Torok 1978 ; Kaes & al. 1993 ; Tisseron 1995) soit avec un abord a posteriori, soit avec un thème spécifique touchant souvent les enfants de survivants de la Shoah (Feldman 2009), soit encore avec les apports de la théorie de l'attachement (Hess & al. 2003 ; Schechter 2003 ; Fonagy 1999). Une

¹ Sous la direction du Professeur Marie Rose Moro, Professeur Thierry Baubet et Dr Christian Lachal. Les membres de l'équipe de recherche: Hélène Asensi; Elisabetta Dozzio; Elise Drain; Mayssa' El Hussein; Marion Feldman; Mathilde Laroche-Joubert ; Malika Mansouri; Yoram Mouchenik; Rahmetnissah Radjak; Lisa Ouss-Ryngaert.

² Bébés et traumas (Baubet & al. 2006); Le partage du traumatisme (Lachal 2006); Manuel des psychotraumatismes (Mouchenik & al. 2012); Devenir des traumas d'enfance (Asensi & Al. 2014); Comment se transmettent les traumas (Lachal 2015)- Editions la pensée sauvage.

revue de la littérature répertorie les points principaux sur le sujet en 2006 (Ouss-Ryngaert).

Cette recherche propose deux axes d'étude. Tout d'abord, elle pose un postulat de départ : la relation mère-bébé serait analogue à la relation patient-thérapeute. Le vécu du bébé serait donc comparable au vécu du thérapeute. Nos interrogations autour des processus de la transmission du trauma au bébé peuvent donc être abordées par le contre-transfert des thérapeutes, en prenant comme critères d'inclusion la symptomatologie maternelle, celle du patient(e) (et non celle du bébé comme dans les recherches citées précédemment). Retrouve-t-on des éléments spécifiques au trauma dans le contre-transfert des thérapeutes travaillant avec des dyades mais avec des patients seuls ayant vécu un événement traumatique ?

Le deuxième axe porte sur l'observation directe des interactions. Pouvons-nous à l'aide d'un entretien filmé, repérer des comportements, des éléments de l'interaction nous permettant d'inférer sur les processus de transmission ?

Ce travail est consacré à l'axe relevant du contre-transfert dans la clinique du trauma. Nous avons effectué en Master 2 recherche une première étude exploratoire auprès de sept participants dans une démarche d'analyse qualitative. Cette première étude (El Hussein & al. 2014) nous a permis d'affiner notre approche d'analyse afin d'ouvrir la porte à des thèmes inattendus pouvant émerger du matériel.

Après cette introduction, nous exposerons une revue de la littérature faisant état de la question. Nous parcourons d'abord le concept de contre-transfert dans l'approche classique introduite par Freud, et l'approche *totalistic*. Nous avons choisi de nous attarder sur les notions les plus pertinentes pour notre question de fond, nous donnant des pistes de réflexions et de compréhension autour de la spécificité du contre-transfert dans la clinique du trauma. Il s'agit notamment des moments clés de la théorisation du contre-transfert incluant l'histoire du thérapeute, celle du patient, et la spécificité de la situation thérapeutique. Par ailleurs, la conceptualisation de De M'Uzan sur le système paradoxale et les pensées paradoxales nous éclaire dans la compréhension d'une part des mouvements contre-transférentiels et plus particulièrement du scénario émergent.

Ensuite, nous abordons les perspectives théoriques du trauma à partir desquelles nous abordons le psychotraumatisme. Nous traitons du trauma sous l'angle de l'économie psychique en se référant notamment à Freud (1920), Ferenczi (1932) ainsi qu'aux critères établis par le DSM V (2013). Ce dernier décrit l'événement vécu et la réaction du sujet comme étant indissociable.

Le traumatisme est envisagé comme une rencontre soudaine, inattendue et effroyable, qui plonge le sujet dans un blanc de pensée, une sidération psychique. Il s'agit d'une rencontre avec un réel non transformé qui fait effraction dans le psychisme et y demeure comme un corps étranger. L'impact de l'événement et de son interprétation subjective engendrent son caractère traumatique. Ainsi, nous ne pouvons dissocier le vécu traumatique du contexte culturel dans lequel il se produit.

Nous procéderons par lui suite à la méthodologie choisie, l'analyse phénoménologique interprétative (Smith & al. 2009), en approfondissant nos références théoriques d'analyse et nos cadres de compréhension. Pour procéder à l'analyse du matériel, nous nous sommes appuyés à la phénoménologie inspirée de Husserl (1927), notamment la suspension épochéale, la conversion réflexive et la variation eidétique. Les cadres de compréhension auxquels nous avons eu recours sont l'interactionnisme, le socioconstructivisme, l'idiographie pour élargir notre lecture psychanalytique. Le recours à ces différents cadres vise à étendre l'explication du contre-transfert dans la clinique du trauma en dégageant son essence pour s'approcher de sa dimension universelle.

L'explication approfondie de notre méthodologie cherche à permettre aux lecteurs et lectrices de suivre de près nos démarches dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Dans un premier temps, Nous présenterons une analyse longitudinale de neuf entretiens donnant un regard approfondie et une lecture globale du récit des neuf participants. Cette analyse permet l'accès à la réflexion du chercheur et à la critique de ses positions subjectives face au matériel. Dans un second temps, nous procéderons par une analyse transversale dégageant les thèmes émergents de la totalité des entretiens. Dans cette partie également, nous nous sommes efforcée de permettre une visibilité aux lecteurs et lectrices à travers l'illustration des thèmes par des citations des participants.

Dans la discussion, nous présenterons les croisements des différents résultats obtenus grâce aux analyses longitudinale et transversale tout en en dégageant les questions principales. Ainsi, nous soumettrons nos résultats à une discussion à la lumière des études sur la question et de nos postulats de base.

2. ETAT DE LA QUESTION

2.1. Aperçu théorique du concept de contre-transfert

La notion du contre transfert a fait l'objet de plusieurs conceptualisations et études qui ont élucidé, au fil des années, sa fonction comme outil de travail dans l'accompagnement psychothérapeutique ou dans les cures analytiques. Ces réflexions ouvrent la voie à deux courants théoriques qui vont enrichir le concept.

La première apparition de la notion de contre transfert remonte au 7 juin 1909 dans une lettre de Freud à Jung au sujet d'un rapport sexuel que ce dernier a eu avec une de ses patientes. Dans cette lettre, Freud énonce que ces expériences permettent aux analystes de se construire une *peau épaisse* nécessaire pour la domination du contre-transfert (Freud 1909). La première évocation du contre-transfert le place comme une expérience nécessitant une protection, un obstacle à surmonter.

D'abord défini par Freud en 1910 comme *l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste*, le contre-transfert exigeait de l'analyste une parfaite connaissance de son propre inconscient via à un travail de perlaboration. En outre, il est invité à garder à distance ce que le patient ou la relation analytique raviverait en lui, comparé à un chirurgien qui devrait *laisser de côté toute réaction affective*. Freud a recours à la métaphore du récepteur téléphonique qui *retransforme en ondes sonores les vibrations téléphoniques qui émanent des ondes sonores*. Sachant que ce récepteur n'est autre que l'inconscient qui devrait accepter de recevoir, pour les traduire et les transformer, les affects déliés d'un autre inconscient ; il pose ainsi les bases de la fonction du contre-transfert comme outil fondamental pour la traduction des affects déliés chez le patient. L'appareil psychique de l'analyste dans sa dimension inconsciente et consciente servirait donc le processus analytique de transformation de – ce que Bion appellera ultérieurement – les éléments Béta : sensations brutes, déliées, impensables, en éléments alpha : éléments métabolisables, représentables.

Freud préconise que les analystes aient une parfaite connaissance de leurs propres fonctionnements psychiques. *Aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le permettent* (Freud 1912 : 65). Ainsi se pose la question de l'analyse personnelle, la supervision, et des dispositions à l'auto-analyse du futur analyste et thérapeute. Il va encore plus loin en précisant que l'analyste/thérapeute devrait avoir bénéficié de *la purification psychanalytique* (p.67) permettant une totale maîtrise du contre-transfert. L'injonction d'une purification psychanalytique est une prémisses à l'implication du psychisme de l'analyste/thérapeute dans la dynamique de la relation thérapeutique avec le patient. L'analyste/thérapeute est invité à laisser se déployer son vécu contre-transférentiel pour le soumettre à une auto-analyse lui ouvrant la clé à la compréhension du vécu transférentiel du patient. Nous notons déjà une position nuancée chez Freud. Bien que le contre-transfert soit défini comme un des problèmes les plus complexes de l'analyse et de la thérapie, il reste soluble et garde une fonction dans la cure.

Ainsi le contre-transfert pose d'emblée des enjeux dialectiques multiples (Birot et Kamel 2006) dont nous soulignons deux points importants dans notre problématique: le choix de l'éradiquer ou de le recevoir pour s'en saisir et en faire un levier thérapeutique; l'équilibre nécessaire entre les résurgences émotionnelles spontanées et la maîtrise des sentiments, *l'affect semblant constituer pour Freud le représentant essentiel des manifestations contre-transférentielles* (Birot & Kamel 2006 p.327).

C'est Ferenczi (1928) qui accordera une place primordiale aux mouvances inconscientes de l'analyste en interaction avec son patient approfondira de manière substantielle des bases posées par Freud. Ce dernier souligne les deux phases extrêmes du contre-transfert, phases pièges que peut traverser un analyste avant d'arriver à une troisième phase constructive.

Lors d'une première phase, l'analyste n'est pas en mesure de dominer son contre-transfert, *se laisse émouvoir par les chagrins des patients et même par leurs fantasmes (...) on s'indigne contre tous ceux qui leur sont hostiles ou leur font du mal*. Le psychanalyste est émotionnellement sensible aux émois du patient, partage ses tristesses et ses colères.

La deuxième phase serait le contrôle laborieux du contre-transfert afin d'éviter toute complication affective, aboutissant à une autre extrême, encourageant le risque *de devenir trop dur et rejetant avec le patient; ce qui retarderait ou même rendrait*

impossible l'émergence du transfert, condition préalable à toute psychanalyse réussie.

En précisant, pour la première phase, l'écart de la prise en considération du contre-transfert ainsi que l'envahissement de l'analyste par l'état psychique du patient et, dans la deuxième phase, l'impossibilité de l'émergence du transfert, Ferenczi souligne l'échec thérapeutique d'une cure si l'analyste s'enlise dans l'une des deux phases.

Un recours thérapeutique au contre transfert se situe dans une troisième phase où l'analyste aurait dépassé les deux premières phases suite à un travail d'élaboration et d'analyse permettant la transformation de ces réactions ravivées par le discours du patient certes, mais réveillant des conflits intrapsychiques propres à l'analyste aussi bien qu'à la situation analysante, non abordés jusqu'à présent. Dans son article « Elasticité de la technique psychanalytique » de 1928, Ferenczi souligne les paradoxes qu'imposent le contre transfert et qui exigent de l'analyste un travail complexe d'élaboration. *On laisse agir sur soi les associations libres du patient et en même temps on laisse sa propre fantaisie jouer avec ce matériel associatif ; entre-temps on compare les connexions nouvelles avec les résultats antérieurs de l'analyse (...).*³

Ferenczi ouvre la voie à de nouveaux courants qui se sont développés et qui ont influencés certaines pratiques psychanalytiques actuelles. Notamment, Klein, Winnicott, Balint, Jones ont élaboré autour de l'engagement profond de l'analyste dans la cure.

2.1.1. L'influence freudienne et le courant classique

Un premier courant décrit comme « classique » s'inscrit dans la lignée de ce qui a été élaboré par Freud/médecin sur le sujet et qui a prédominé dans certains milieux psychanalytiques jusque dans les années soixante-dix, où le contre-transfert, bien que reconnu comme moyen de compréhension de la relation analytique et de l'inconscient de l'analysant, est à maîtriser, à assainir par un travail d'auto-analyse continu, et à taire par peur de perdre l'objectivité.

Ida Mac Alpine dans son article de 1950 « *The development of the transference* » reprend la position de Freud quant à la nécessité de maîtriser le contre-transfert.

³ Ferenczi, 1928. *Elasticité de la technique psychanalytique*. Conférence faite à la société hongroise de psychanalyse (cycle 1927/28). <http://psycha.ru/fr/ferenczi/1928/elasticite.html>

Paula Heimann dans son article de 1950 *On counter-transference* et malgré les réserves de M. Klein au regard de sa théorisation, ouvre sur la fonction de la *réponse émotionnelle de l'analyste* comme outil pour une meilleure connaissance de l'inconscient du patient. A. Reich, en 1951, dans un article également intitulé *on counter-transference* et publié dans le International Journal of Psychoanalysis, pousse plus loin la pensée de Heimann. Elle note le surgissement soudain de l'insight de l'analyste/thérapeute, semblant émaner d'une zone de l'appareil psychique de l'analyste. S'en suit le bon moment et la bonne formulation de l'interprétation qui advient à l'analyste/thérapeute, s'impose à lui. Heinrich Racker en 1952 dans son article *A contribution to the problem of counter-transference* indique que l'analyste doit se positionner également en objet d'observation et d'analyse pour parvenir à une certaine objectivité.

2.1.2. L'influence de Ferenczi et le courant « totaliste »

Un deuxième courant « totaliste » (*totalistic*) toujours inscrit dans le prolongement des élaborations de Freud autour du contre-transfert mais qui tiendrait mieux compte du concept de la communication entre inconscients dans la cure analytique, a pris son essor dans les années soixante-dix bien que le terrain ait été préparé depuis les controverses sur ce sujet entre Freud et Ferenczi.

Ce deuxième courant place le contre-transfert dans une dynamique plus active où l'interaction analyste-analysant et ses mouvances conscientes et inconscientes situe les deux protagonistes de la scène analytique dans deux temporalités simultanées : l'ici et le maintenant de la rencontre, ainsi que le passé et l'ailleurs de chacun réactualisés par la rencontre. Le contre transfert de l'analyste est exploré à la lumière de la rencontre analytique avec le patient, toutefois, ses enjeux ne peuvent se limiter à celle-là. Ce qui se réactive au moment de la rencontre analytique émanerait de l'histoire personnelle de l'analyste, sa formation, ses idéaux professionnels, etc., ce que Neyraut et Donnet ont appelé *le champ extérieur du contre transfert*. La notion d'extériorité renvoie à l'héritage institutionnel et théorique de la psychanalyse, bagage actif de l'analyste/thérapeute en œuvre dans sa rencontre avec le (la) patient(e).

2.1.3. Apports déterminant dans l'évolution du concept du contre-transfert

Les deux courants abordés précédemment sont scandés par des apports majeurs qui ont contribué à l'évolution de la théorisation autour du contre-transfert et de son utilisation dans la clinique.

a. La haine dans le contre-transfert : D.W Winnicott

Une conférence de Winnicott sur la haine dans le contre-transfert est prononcée en 1947 à la Société Britannique de Psychanalyse et publiée en 1949 dans le *International Journal of Psychoanalysis*. Cet article a constitué un tournant dans la théorie psychanalytique. Le contre-transfert selon l'acception winnicottienne comprend les conflits non-résolus des thérapeutes aussi bien que leurs expériences et réactions émotionnelles.

Une tâche majeure de l'analyste de n'importe quel malade c'est de rester objectif à l'égard de tout ce que le malade apporte, et le besoin de l'analyste de pouvoir haïr son malade objectivement en est un cas particulier (Winnicott 1949/1969, p.74). Haïr son patient « objectivement » est déterminé par le comportement du patient et non pas par les projections des analystes/thérapeutes. Ainsi, la difficulté réside dans la capacité à identifier la part projective dans ce mouvement contre-transférentiel.

La haine dans les émotions qui peuvent traverser l'analyste/thérapeute fut évoquée dans certains écrits mais jusqu'à lors absente comme objet de théorisation sur le contre-transfert (Denis 2010). Winnicott aborde la question de la haine à partir de son travail avec les patients psychotiques pour ensuite la généraliser à toute relation de cure, indépendamment de la spécificité du trouble présenté par le patient.

b. Le contre-transfert comme outil de compréhension du patient : P. Heimann

Les années 50 ont connu des contributions majeures au concept du contre-transfert. Comme évoqué précédemment, Paula Heimann prononce sa conférence au congrès de Zurich en 1949 *On counter-transference* qui sera publié en 1950 par le *International Journal of Psychoanalysis* *le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient* (Heimann 1950 : 24). Ainsi, avec cette approche, le contre-transfert de l'analyste/thérapeute comprend le transfert du patient, il est même *la création du patient* (p.27).

S'appuyant sur le concept de l'identification projective élaborée à l'époque par M. Klein, le contre-transfert est pour Heimann un outil d'exploration et de communication avec les parties refoulées, clivées et projetées de l'inconscient du patient.

c. Les mécanismes opérants dans le contre-transfert : H. Racker

Peu de temps après la conférence de Heimann à Zurich, Racker prononce dans une conférence à Buenos Aires en 1950, sa conférence sur le contre-transfert qui sera publiée en 1953 dans le *International Journal of Psychoanalysis*. Ce dernier pose une prédisposition affective de l'analyste/thérapeute avant même la rencontre avec le patient. A ce sujet, Denis (2010) souligne la gêne à aborder le caractère intime de cette relation par les analystes/thérapeutes et dans les études du contre-transfert suscitant une honte chez ces derniers. *L'une des difficultés dans l'étude du contre-transfert est que l'analyste est, d'une part, l'interprète des processus inconscients du patient et, d'autre part, le siège des mêmes processus* (p.16).

Racker approfondie plus loin sa réflexion sur le contre-transfert en abordant la place des émotions fortes chez l'analyste/thérapeute qui vont de pair avec le transfert du patient. Tout ce qui traverse l'analyste/thérapeute est en résonance avec ce qui traverse le patient. De plus, le transfert et le contre-transfert sont régis par des mécanismes identiques, ce qui amène Racker à parler de *névrose à deux*. A la névrose du transfert du patient, l'analyste traverse une névrose du contre-transfert. Il faut ainsi renoncer au *mythe de la situation analytique* où les protagonistes seraient *l'analyste sain* et le *patient malade*. La perspective Rackerienne du contre-transfert nous semble particulièrement éclairante dans la clinique du trauma, comme nous le verrons ultérieurement dans l'analyse des résultats.

Après les extrêmes des fonctionnements contre-transférentiels définis par Ferenczi, Racker pose deux pôles névrotiques des manifestations contre-transférentielles. *L'idéal névrotique (obsessionnel) de l'objectivité conduit au refoulement et au blocage de la subjectivité ; il serait la réalisation apparente du mythe de « l'analyste sans angoisse ni colère ».* *L'autre extrême névrotique est de se « noyer » dans le contre-transfert* (Racker 1997 : 173). Il préconise alors

un *dédoubllement interne* pour continuer à s'observer et à s'auto-analyser afin de garder une objectivité relative en ce concerne l'analysant.

L'approfondissement de son étude du contre-transfert l'amène à explorer les formes identificatoires en œuvre dans ce mécanisme. Il identifie deux formes d'identifications : l'identification concordante et l'identification complémentaire.

C.1- L'identification concordante

Une première forme d'identification partielle est celle du moi de l'analyste au moi du patient. La caractéristique de partialité permet à l'analyste de rester observateur de la dimension interrelationnelle dans la dynamique transféro-contre-transférentielle. *« L'identification concordante est basée sur l'introjection et la projection, ou, en d'autres termes, sur la résonance de l'externe sur l'interne, sur la reconnaissance de l'étranger, comme « je (toi) suis moi » et sur la confrontation de ce qui est propre à l'étranger (« tu (je) es toi ») »* (Racker 1997 : 176).

C.2- L'identification complémentaire

La deuxième forme d'identification contre-transférentielle est celle de l'analyste à l'un des objets internes du patient. *Les identifications complémentaires se produisent du fait que l'analysant traite l'analyste comme un objet interne, raison pour laquelle celui-ci se sent traité comme tel, c'est à dire s'identifie avec cet objet.* Racker souligne l'interrelation entre les deux formes d'identifications. L'intensification des identifications complémentaires est instiguée par le rejet et l'échec des identifications concordantes. *Il est évident que le rejet d'une partie ou d'une tendance propre à l'analyste, par exemple son agressivité, conduit à un rejet de l'agressivité de l'analysant* (Racker 1997 :176).

L'identification complémentaire constitue la manifestation d'une perturbation au niveau du contre-transfert. L'analyste/thérapeute s'écarte par ce processus de son empathie avec le patient.

Plusieurs facteurs contribuent de cette identification complémentaire. Notons la difficulté de l'analyste/thérapeute à tolérer l'incorporation transitoire de certaines

parties du moi du patient, de ses pulsions, ainsi que de l'action de ce que Racker a appelé le « sous-transfert ».

L'analyste/thérapeute projette sur le patient des aspects surmoïques qui exigent une certaine satisfaction narcissique s'exprimant par la réussite thérapeutique. Ces aspects surmoïques sont l'intériorisation de certaines figures représentantes de l'autorité professionnelle ou de l'idéal professionnel, telles que les analystes reconnus ou de référence pour l'analyste/thérapeute, son institution d'appartenance etc. Dans l'interprétation de notre matériel nous avons repéré des manifestations de ce que nous avons appelé le surmoi professionnel.

Pour Racker, il y aurait un fonctionnement « talionique » dans la relation transfert-contre-transfert émanant de la symbiose psychologique qui existe entre l'analyste/thérapeute et le patient « *à chaque situation transférentielle positive répond, sur un plan, un contre-transfert positif; à chaque transfert négatif répond un contre-transfert négatif* » (p.178). Il questionne ainsi fondamentalement l'approche du contre-transfert comme émanant strictement de la personne de l'analyste/thérapeute. Toujours est-il que ce fonctionnement talionique contribue à l'enlisement du lien thérapeutique dans un rapport en miroir obstruant le dénouement de la relation transféro-contre-transférentielle.

Cette interdépendance dans la dynamique transféro-contre-transférentielle est par ailleurs abordée par De Urtubey.

d. Le contre-transfert création des deux protagonistes de la situation analysante : Louise De Urtubey

Contre-transfert d'accueil

De Urtubey (2006) reprend le concept de contre-transfert de base de Parat (1991) qu'elle nomme *contre-transfert d'accueil*. Ce dernier s'appuierait sur les différents types d'identification du thérapeute au patient : *identifications primaires à l'être humain ; œdipiennes secondaires* alimentant le contre-transfert maternel ou paternel lié à sa propre relations aux images parentales; « *hystériques* », s'appropriant les problèmes du patient; *concordantes (avec le moi, le surmoi et/ou le ça du patient* ou encore *complémentaires avec les objets internes de celui-ci*. A ces types d'identification s'ajouteraient également les

traits de caractère de l'analyste et la qualité de résolution de ses propres conflits (De Urtubey 2006 : 372). Ainsi, De Urtubey inclut d'emblée dans le contre-transfert les éléments personnels de l'analyste/thérapeute. Elle complexifie les niveaux de compréhension des mouvements contre-transférentiels qui ne se limitent plus à la création du patient tel que P. Heimann l'avait préconisé. Soumettre le contre-transfert à l'auto-analyse ou encore à une analyse par un tiers est d'autant plus une exigence du travail analytique et thérapeutique. L'inconscient de l'analyste est fortement mobilisé et contribue à la création de la relation analytique.

L'inconscient de l'analyste

Cet inconscient, comme tout inconscient, renferme, selon Freud (1915) les traces de scènes réelles ou fantasmatiques refoulées, ayant un caractère traumatisant qui peut être aggravé par des facteurs de la réalité extérieure. Toutefois, la spécificité de l'inconscient de l'analyste/thérapeute consiste en sa capacité à *ne refouler ni les représentations ni les rejets pulsionnels correspondants, ni non plus de supprimer les affects. Tout cela à des degrés variables, selon l'analyste, le patient, la situation analytique tissée entre eux, le moment de la cure* (p.374). Elle poursuit dans son élaboration du contre-transfert, celui-là composé de parties inconscientes du moi, dont des représentations d'abord refoulées, des défenses et des signifiants énigmatiques (Laplanche 1987). Ces signifiants qu'elle appelle, en référence à Laplanche, *des objets internes inconscients transmissibles énigmatiques* (De Urtubey 2006 : 374). Ces derniers proviennent des parents internalisés mais aussi par l'ancien analyste de l'analyste/thérapeute.

La cartographie du contre-transfert est ainsi complexe, profonde, où différents niveaux chevauchent et s'entremêlent. Les productions de l'analyste sont au croisement entre le conscient et l'inconscient de son monde interne mais aussi de la rencontre et la fermentation de ce monde interne sous influence : dans l'ici et le maintenant de la séance, il subit la modification transitoire de l'entre deux, de ce tiers analytique.

L'interdépendance transfert-contre-transfert

La situation analytique (W. et M. Baranger 1960), l'espace analytique (S. Viderman 1970) ou encore le tiers analytique (T. Odgen 1994) est une création à deux, impliquant l'unicité du patient et de l'analyste/thérapeute, et par conséquent l'unicité de leur rencontre.

De Urtubey affirme une interdépendance incontournable du transfert et du contre-transfert dans la relation analytique (2000, 2006) *transfert et contre-transfert s'influencent l'un l'autre, se séparent et se rejoignent, en des moments de contenance et de rencontre, des laps d'incompréhension et d'inimitié, conscientes ou inconscientes* (p.373). Cette rencontre transféro-contre-transférentielle intime a pour fonction d'ouvrir l'accès à la communication des inconscients. Le cadre de l'analyse favorise la régression, réactualisant séduction et traumatismes consciemment inconnus. L'analyste/thérapeute est appelé à répondre de ces résurgences qui sont détectables dans le contre-transfert à travers les divers mécanismes d'identifications à l'œuvre.

Selon De Urtubey, la part inconsciente du contre-transfert contient les secrets sur la libido et sur la destructivité. C'est seulement en ayant lui-même atteint au cours de sa propre analyse *ses propres objets internes inconscients traumatisants et ses rejets pulsionnels érotiques et destructeurs, précédemment refoulés ou clivés*, que l'analyste parviendrait, dans certaines situations, à accéder à ce même type d'objets *installés par ses parents chez le patient* et ce, par *identification concordante et grâce à une levée importante du refoulé ou à une re-liaison du clivé, d'abord chez lui-même, puis chez l'analysant, au moyen d'une interprétation appropriée* (p.375). L'analyste/thérapeute devrait être capable de capter les fantasmes et affects inconscients de son patient, même ceux *étrangers* dans un premier temps, opérant tels des objets *bizarres*. Ces derniers produisent des *angoisses étranges* au niveau du contre-transfert. L'analyste/thérapeute a la fonction de relier ces objets pour les transformer en éléments de sens tel que le préconise Bion (1959). Cette fonction alpha reprise par le thérapeute, ressemble à la capacité de rêverie de la mère et permet la transformation de ce qui a été déposé en lui dans le phénomène transférentiel, et la métabolisation d'éléments préalablement dénués de sens pour les rendre au patient en éléments moins confus.

Dans certaines situations, l'analyste/thérapeute peut se retrouver envahi par les projections intenses des pulsions archaïques destructrices du patient, de ses objets internes. Ces cas de figures exigent de lui un renforcement de sa capacité de contenance et de transformation, nécessitant la mise en œuvre d'un travail d'auto-analyse dans l'immédiat ou dans l'après coup. L'auto-analyse évitera à

l'analyste/thérapeute une accumulation intoxicante dans le contre-transfert le mettant au risque de passage à l'acte.

Les résonnances inattendues de problématiques conscientes ou inconscientes non résolues de l'analyste/thérapeute avec celles du patient sont sources de contre-transferts que nous appellerons troublants (De Urtubey 2006). Dans ce cas de figure, notamment face au réveil de traces traumatiques, l'analyste/thérapeute risque de s'enliser dans une identification concordante excessive ou encore dans une identification complémentaire réactionnelle. Une issue rapide est nécessaire et peut être à portée si le contre-transfert est soumis à un travail d'auto-analyse approprié.

e. Contre-transfert et inconscient : curiosité, agressivité, culpabilité, honte et inhibition

Toujours dans une sorte de cartographie du contre-transfert, De Urtubey distingue plusieurs niveaux dont le niveau le plus profond et le plus actif, celui de l'inconscient. Celui-là est inconnaissable en dehors d'un travail d'auto-analyse et d'élaboration. Elle reprend les « ingrédients » de l'inconscient élaborés par H. Faimberg (1981) : *des représentations inconscientes de chose, des représentants - représentationnels des pulsions, des objets internes traumatisants transmis par les parents, les parties inconscientes du moi, les défenses, les objets introjectés ceux ré-introjectés, les objets internes inconnaissables parce qu'hérités, transgénérationnels*. Partageant une aire avec l'inconscient, le contre-transfert abrite ainsi *des désirs inconscients de savoir, de curiosité sexuelle, agressifs, dominateurs, libidinaux - au bon sens du terme, de l'éros, pulsion de vie émettant des rejets* (p.380). On y retrouve aussi les parties les plus archaïques du surmoi. Les désirs interdits connus de l'inconscient et en attente de réalisation ne lui sont pas méconnus. Cette connaissance active une culpabilité ou même une dépression. S'ajoute au surmoi, l'idéal du moi fonctionnant avec son mode narcissique à juger de l'image du sujet face à son idéal. Ainsi se produit le sentiment de honte et d'inhibition de l'analyste/thérapeute, et complexifiant son travail d'auto-analyse. Elle relève dans son article *le travail de l'interprétation, aboutissement du travail de contre-transfert de l'analyste* (1999) la possibilité de déploiement des pulsions sadiques de l'analyste/thérapeute auprès du patient : l'analyste peut *renforcer la toute-puissance et le narcissisme* comme il peut être un *partenaire sadique* et

renforcer le masochisme de l'analysant, ce dernier se plaisant dans *la souffrance d'être incompris*, ce qui entraînerait un *nouveau point de fixation des relations masochistes* (p.86). Dans ce même article, elle aborde également la question de culpabilité chez l'analyste/thérapeute. L'attitude d'indifférence et de neutralité n'est autre qu'une *conquête arrachée contre la pulsion* et dérive de la crainte de l'analyste/thérapeute de succomber à la passion amoureuse, selon ses propres termes, en figurant ainsi le père séducteur ou le père qui succombe à la séduction de sa fille. Son attitude de neutralité ne serait donc que *le contenu manifeste de craintes et de désirs inconscients* et de la culpabilité liés aux transferts et contre-transferts perçus comme *des circonstances de séduction traumatique*, l'analyste étant dans la situation de *l'adulte ayant séduit l'enfant*. *Cette séduction est le méfait qui se retrouve dans la culpabilité liée à l'interprétation* (p.94).

Searles (1966) consacre un article à la question de la culpabilité dans le contre-transfert. Dans *Sentiments de culpabilité chez le psychanalyste*, il souligne la contribution de la théorie dans la culpabilisation de l'analyste/thérapeute. Les sentiments dépassant la limite de la neutralité bienveillante furent pendant longtemps *rigoureusement tabou* (Searles 1966 : 268). La culpabilité de l'analyste/thérapeute a des fonctions de défense et de déni, qui laisse ce dernier aveugle sur certains points chez le patient. Searles soulève l'importance de préserver sa liberté de penser d'une manière critique, de juger, voire même de condamner et cela pour son hygiène mentale. Il va plus loin en précisant que la culpabilité exprime d'une part une condamnation de ce dernier, et d'autre part une part de sadisme à l'égard du patient qui se vit comme un poids. Elle dénote en plus un mépris pour le patient considéré uniquement comme un être blessé, sans défenses et sans ressources, qui peut être détruit par un mot de trop, par un sentiment déplacé.

La culpabilité, toujours pour Searles, indique un accrochage inconscient au passé représenté par la situation - source de la culpabilité. Ce mouvement de culpabilisation devient une défense contre des sentiments de perte chez l'analyste/thérapeute.

Ce sentiment peut devenir source d'intrusion et un obstacle à la croissance analytique du patient, manifestant de la part de l'analyste/thérapeute un cramponnement à ce dernier. L'auteur souligne que c'est le refoulement de ce sentiment qui est nocif pour le suivi. S'ajoute-t-il que le sentiment de culpabilité rend l'analyste/thérapeute aveugle au sadisme du patient ainsi qu'à son

ambivalence. Ne pas donner une « bonne réponse » met l'analyste/thérapeute devant un sentiment de culpabilité et parfois de défaillance. Cependant, ce sentiment peut être généré par l'ambivalence inhérente au conflit psychique du patient : *Nous ne voyons pas l'ambivalence profonde du patient – l'impossibilité de donner une « bonne réponse » qui satisferait simultanément les deux côtés de ses besoins conflictuels. Parce que les désirs du patient sont profondément ambivalents, nous sentons inévitablement que nous lui faisons toujours défaut, que nous sommes insatisfaisants, que nous ne lui donnons pas ce qu'il veut et ce dont il a besoin* (Searles 1966 : 274).

Le trouble sentiment de culpabilité dénote l'état d'omnipotence subjective de l'analyste/thérapeute. Il se vit comme responsable de tout ce qui se passe dans l'analyse/thérapie, dérobant au patient toute part active et subjective, cela dans une phase de symbiose transférentielle qui empêche de reconnaître un monde extérieur à soi. *Il n'y a pas d'autres personnes réelles, de chair et de sang. Toutes nos réponses érotiques et nos réactions de colère au patient, nous les ressentons comme folles car nous n'en voyons pas l'origine interpersonnelle ; nous y voyons à la place quelque chose d'effrayant qui surgit de nous, une folie qui menace de blesser irréparablement ou de détruire le patient, apparemment si fragile* (Searles 1966 : 272). Ce dialogue interne inconscient pousse à la répression de ces sentiments et par conséquent nourrit un sentiment de colère et de haine. Celle-là renforce l'action du surmoi et ses composantes en figures archaïques interdites, contraignantes et punitives. L'idéal de moi est également attaqué : l'image qu'a le patient de l'analyste/thérapeute, l'image que ce dernier a de lui-même risque d'être perdue. *La culpabilité qui repose sur l'omnipotence est alors, en réalité, un rapport à soi-même – c'est à dire aux aspects de soi-même qu'on a écartés – plutôt qu'une véritable relation interpersonnelle* (Searles 1966 : 274). Le patient en est donc exclu par une sous-estimation de son influence sur le thérapeute, celui-ci se cramponnant à son passé.

Constater la présence d'une telle forme de contre-transfert est une tâche ardue et douloureuse, qui s'ajoute aux autres volets du travail de l'analyste.

f. Le travail de l'analyste

De Urtubey décrit le travail de l'analyste en plusieurs étapes : la présence physique et psychique pendant le temps de la séance ; l'attention flottante ; les associations ; les représentations visuelles et auditives des dires du patient ; le fantasme (fantasme programme équivalent du rêve programme décrit par Freud) ; le décryptage du contenu manifeste ; l'identification aux divers aspects du patient et à ses objets internes (identification concordante et complémentaire). Ce travail aboutit à l'interprétation.

Le travail analytique requiert donc un travail psychique de l'analyste, ce qui a été soulevé par Freud (le travail du rêve en 1900 ; le travail de deuil en 1917), par Green (le travail du négatif en 1993), par Rosenberg (travail sur la mélancolie en 1991). Ce travail est ponctuel puisqu'il ne porte pas sur la globalité de la réponse inconsciente mais sur celle susceptible de permettre une prise de conscience et de mise en représentation de mot à un moment précis, dégageant le rejeton déguisé de l'inconscient.

Il y a toujours une part non analysée et non analysable, notamment ce qui est régit par le refoulement primaire, coïncidant avec, ce que F. Guignard (2002) a appelé, la tâche aveugle de l'analyste.

Ce travail psychique de l'analyste engage donc un travail du contre-transfert. Selon De Urtubey, qui se rapproche de Green (1979), ces mouvements contre-transférentiels comportent des aspects conscients, préconscients, et inconscients. Le contre-transfert recouvre, comme le rêve, un contenu manifeste et un contenu latent dont l'analyste est appelé à déchiffrer le sens.

Le niveau dynamique du contre-transfert est inconscient et apparaît à la conscience sous forme de fantasmes rejets (les images visuelles et auditives), d'affects déplacés (colère, tristesse, etc.) et de lapsus, rêves, rêveries. Le décryptage de ces éléments par auto-analyse constitue le travail de contre-transfert, qui permettra de rendre conscient l'inconscient de l'analyste et de là celui de l'analysant en passant par une interprétation correcte.

Le cheminement de ce travail de contre-transfert s'appuie/passe par les associations libres, la mémoire qui lie les séances et le présent au passé – la mémoire analytique -, les affects admis, l'auto-analyse, le désir de changement et de guérison pour le patient.

Il implique également la compréhension du contenu latent des associations libres, des éléments liés défensivement et un semblant de secondarisation, la remise en place des affects déplacés, la mise en représentations de mots les représentations de choses.

La mise en représentation de mots est plus accessible à l'analyste suite à l'analyse du contre-transfert qui ouvre l'accès au défendu/latent de l'analysant, de la relation et de lui même. L'analyste/thérapeute séparera donc, à partir du contre-transfert, la représentation transféro-contre-transférentielle – où il retrouve le fantasme inconscient du couple analytique –, et l'affect à ne plus déplacer, projeter.

De Urtubey pose une distinction technique entre le versant fantasmatique et le versant affectif : l'analyste donne libre cours à ses représentations et fantasmes, mais il maîtrise la manifestation extérieure de ses affects.

La préférence pour l'un ou l'autre versant dépendra de la structure de l'analyste et de sa propre analyse, du fonctionnement psychique du patient et de la relation analytique ainsi que du moment atteint. Ainsi, là aussi, il s'agit des trois pôles analyste/patient/l'entre deux de la relation analytique.

Cependant, ce qui est maîtrisé par l'analyste au niveau de l'affect apparaîtra sur le plan inconscient et sera communiqué à partir de sa qualité d'écoute, les souvenirs des dires et rêves du patient, les interprétations qui véhiculent forcément des rejets de son inconscient.

Selon De Urtubey, analyste et patient font au niveau de l'inconscient une « descente » régressive commune vers le refoulé. L'analyste en revient avec des représentations de choses qu'il va traduire en représentation de mot. Son psychisme sert de cet « appareil » à traduction. C. Bollas a également théorisé la fonction transformationnelle du contre transfert qui permet de relier/articuler les éléments non articulés du psychisme du patient. Il attribue au contre-transfert la fonction d'objet transformationnel (1989). Dans l'espace de la relation transféro-contre-transférentielle, la situation analytique invoque l'impensé connu (*the unthought known*) qui peut être pensé par l'analyste. Ce dernier, de par la situation analytique régressive, invoque le refoulé et occupe le rôle du moi du dormeur. A l'image du moi du dormeur, l'analyste/thérapeute est réceptif et secourable.

Par ailleurs, Arlow (1979) considère que le préconscient de l'analyste atteint des expériences fantasmatiques proches du rêve où il est difficile de différencier ce

qui vient du patient et ce qui vient de lui. Il préconise ainsi de laisser glisser ses expériences et attendre la synthèse. Cette comparaison avec le matériel onirique et la situation de dormeur nous semble d'autant plus intéressante en situation de trauma où le rêve est atteint. Les patients traumatisés perdent la fonctionnalité réparatrice du rêve qui devient à son tour un rêve traumatique. L'analyste/thérapeute est amené à « rêver » pour le patient en puisant dans ses propres capacités les ressources psychiques nécessaires pour réactiver la vitalité psychique du patient.

g. L'incontournable analyse personnelle et auto-analyse

L'évolution de la théorisation autour du contre-transfert, comme nous avons pu le voir avec les différents auteurs évoqués, implique la personne de l'analyste, son appareil psychique, conscient et inconscient. Le recours au contre-transfert comme source d'information sur l'inconscient de l'analysant et la relation analytique nécessitent le travail d'auto-analyse qui éclairera le contre-transfert.

L'exigence d'analyse de formation prononcée par Ferenczi lors du congrès de Nuremberg en 1910, et la mise au jour de la notion de contre-transfert naissent ensemble sur les plans chronologique et clinique (De Urtubey 1999).

L'auto-analyse et la mémoire analytique sont les principaux instruments de la liaison analytique, dimension essentielle du contre-transfert, dont la représentation - but est l'interprétation.

La liaison peut s'appuyer sur la mémoire analytique tant qu'il n'y a pas conflit. En cas de conflit, c'est l'auto-analyse de l'analyste/thérapeute qui permettra de retrouver le rejeton refoulé ou exclu, et par conséquent de renouer le lien. Le refoulé du patient se loge dans l'inconscient de l'analyste/thérapeute.

L'auto-analyse est ainsi au service de l'interprétation. Elle se déroule en séance ou dans l'après coup pour comprendre une parole, un rêve ou un acte du patient.

M. Little (1988) propose que chez le praticien il y aurait une sorte de clivage entre une partie analyste et une partie patient. L'auto-analyse se déroule entre ces deux parties avec l'analyste qui observe et le patient, partie qui retrouve l'état infantile originel d'absence de savoir. La partie qui observe permet à ce qui survient d'exister. La régression s'intensifie et les tensions sont vécues sur un mode

somatique avec des manifestations psychique pouvant atteindre le délire. Il y a ensuite réintégration des deux parties pour retrouver un état unifié.

De Urtubey reconnaît cet aspect de l'auto-analyse auprès de patients psychotiques et limites mais considère que ce processus peut, dans d'autres situations, porter le soin sur l'analyste/thérapeute lui-même. Face à des transferts massifs ou fragiles, l'auto-analyse reste liée toujours à l'analyste, au patient et à la relation analytique. Cependant, elle varie en intensité et en fréquence et peut s'intensifier, ce qui permet de limiter les risques d'échec de la relation thérapeutique et de focalisation de l'auto-analyse sur l'analyste/thérapeute.

Dans les cures avec les névrosés, les situations triangulaires sont plus habituelles. Le tiers est toujours présent : l'ancien analyste intériorisé, les superviseurs, les maîtres, les patients eux-mêmes tiennent lieu de tiers quand l'analyste/thérapeute transfère sur eux ses objets infantiles. L'ancien analyste comme le transfert ne se liquident jamais totalement.

Laplanche (1987) considère que le transfert se fait sur des personnes ou des objets culturels. Pour De Urtubey, le transfert se dilue en reportant des fragments sur des personnes, des auteurs ainsi que sur l'ancien analyste perdue comme objet internalisé et interlocuteur dans l'auto-analyse. Ainsi, il est important qu'il soit un bon objet ayant survécu aux attaques et aux séductions.

Pour Kramer (1959), l'auto-analyse devient une fonction autonome du moi après la cure, permettant d'intégrer les conflits intérieurs sous forme d'insight. La motivation antérieurement obtenue par le transfert positif est remplacée par la satisfaction narcissique de maîtriser ses conflits.

L'auto-analyse a une fonction interprétative et permet au moi d'étendre sa connaissance du surmoi et du ça, et de ses propres régions inconscientes, indépendamment de toute pression extérieure.

Dans son article *Si transfert négatif et contre-transfert négatif se rejoignent durablement* (2000), De Urtubey distingue dans cet entrelacement de négatif deux formes : le transfert/contre-transfert négatifs susceptibles de perlaboration, et le transfert/contre-transfert négatifs « invincibles » ou « meurtriers », menant à l'éclatement de la situation analytique paralysée. Elle précise dans cette deuxième forme deux sous catégories *une où l'analyste participe surtout par son rejet et son désespoir ; une autre où il intervient activement, prenant généralement les devants* (p.537).

h. Le système paradoxal : M. De M'Uzan

S'inscrivant dans la conception large du contre-transfert, De M'Uzan se penche sur les représentations qui surviennent à l'improviste chez l'analyste/thérapeute en séance avec un patient et qui lui sont étonnantes. Ce changement qui s'opère dans l'état mental de l'analyste/thérapeute témoigne d'une modification de ses investissements narcissiques. Il implique *une mise en alerte orientée vers l'objet et une altération du sentiment de sa propre identité* (De M'Uzan 1976 : 310).

De M'Uzan dans son élaboration de cette modification qui survient dans l'état mental de l'analyste/thérapeute conclut *qu'à un niveau défini de son fonctionnement, l'appareil psychique de l'analyste est littéralement devenu celui de l'analysé* (De M'Uzan 1976 : 315). Le patient s'empare ainsi du psychisme de l'analyste/thérapeute y déclenchant *des processus mentaux originaux*. Ce constat découle d'un temps d'auto-analyse où l'analyste/thérapeute identifie que ces représentations ne lui parviennent ni de sa vie intérieure ni d'une réaction individuelle au transfert du patient. Ce dernier cherche à travers le psychisme de l'analyste/thérapeute une figuration de fantasmes, d'objets, qui lui sont inaccessibles. L'auteur attribue à cette activité psychique spécifique le nom de « pensée paradoxale » la distinguant de l'état de veille et celui du rêve. La pensée paradoxale mue dans un « système paradoxal » que De M'Uzan situe entre le système inconscient et le système conscient *en tenant compte que les lambeaux de phrases incongrues ou incompréhensibles s'infiltrant parfois dans cette théorie de représentations, on inclinerait volontiers au système paradoxal une position intermédiaire sur les confins de l'inconscient et du préconscient* (De M'Uzan 1976 : 316).

L'émergence des pensées paradoxales porte en elle une dimension gênante pour l'analyste/thérapeute qui, face à ce quelque chose de radicalement étranger, est déstabilisé dans son sentiment d'identité. L'analyste/thérapeute peut manifester une résistance dont témoigne son assoupissement qui paralyse *le libre jeu du système paradoxal, auquel il faut se laisser aller* (De M'Uzan 1976 : 317). La force des résistances opposées au système paradoxal provient du fait que *le système lui-même dépend, d'une part, d'expériences très archaïques*

contemporaines de l'édification du sujet et, d'autre, d'un mécanisme élémentaire, profondément enraciné dans notre être, inséparable de notre chair (De M'Uzan 1976 : 317).

De M'Uzan s'appuie sur le modèle biologique pour expliquer le fonctionnement du système paradoxal: le système de défense immunitaire habituellement vigilant à toute intrusion de corps étrangers, cesse de fonctionner face à certaines cellules telles que les cellules embryonnaires. Cette défaillance du système de défense permet au fœtus de se développer. La représentation du patient agit ainsi dans la psyché de l'analyste. Elle y circule sans que l'analyste n'en soit alerté. L'incertitude relative du sentiment d'identité, celui-là n'étant pas figé mais en mouvance, constitue une sorte de no man's land. Les représentations méconnues du patient, ou encore le « unthought known » (Bollas), peuvent loger dans cette zone, déclenchant la production de pensées paradoxales par le système paradoxal. La libido narcissique de l'analyste/thérapeute orientée vers l'objet-patient, brouille les limites entre le moi et le non-moi. Les objets fortement investis – et dans cette situation le patient – ne peuvent gagner une altérité totale et continue; le moi de son côté, pris par les représentations de ses objets d'investissement, n'accède jamais à une identité entièrement définie et indiscutable. *Corrélativement à cette déperdition de sa libido narcissique, l'analyste voit s'altérer l'image obscure et indéfinissable qu'il a de sa propre identité* (De M'Uzan 1976 : 319).

Le concept du système paradoxal nous apporte un éclairage important sur le fonctionnement du contre-transfert dans la clinique du trauma.

i. Le contre-transfert à l'épreuve de la différence culturelle

Un autre aspect du contre-transfert particulièrement intéressant dans la clinique en général et dans la clinique du trauma en particulier, est la dimension culturelle. Cette question n'a pas encore été suffisamment approfondie dans la littérature psychanalytique.

i.1 Les dimensions culturelles dans le contre transfert

Dans son ouvrage, *Psychothérapie d'un indien des plaines* (1951), Devereux avait soulevé un autre aspect fondamental dans le mouvement transféro-contre-transférentiel, celui de l'assignation transférentielle du thérapeute par son patient à un imago culturel, porteur de l'histoire collective. Dans cette psychothérapie, Devereux a été assigné à la place du *colon blanc*, persécuteur du peuple de l'indien des plaines. La reconnaissance de cette place et son analyse sont déterminantes pour l'instauration d'une alliance thérapeutique et le bon déroulement de la psychothérapie.

L'auto-analyse des aspects culturels de la relation transféro-contre-transférentielle est un impératif ouvrant à l'analyse du contre-transfert. Les projections et les identifications projectives transférentielles et contre-transférentielles complexifient la relation thérapeutique au fur et à mesure que le travail des deux protagonistes avance. *Au fur et à mesure que progresse l'analyse, il devient de plus en plus difficile de déterminer, avec la même précision, ce qui provient du patient et ce qui provient de l'analyste* (Devereux 1951 : 429). Afin de comprendre l'inconscient du patient et de lui en formuler des interprétations, l'analyste/thérapeute est amené d'abord à analyser les réverbérations de l'inconscient de son patient dans son propre inconscient.

Devereux aborde de nouveau la question du contre-transfert en 1967 dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Il le définit ainsi *le contre-transfert c'est la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient ; ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif, et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients – d'ordinaires infantiles* (Devereux 1967 : 75). L'approche du contre-transfert sous l'angle de la déformation affectant la perception et les réactions de l'analyste est imprégnée par l'expérience d'ethnologue de Devereux. Il relève à partir de son expérience de psychanalyste/ethnologue, les altérations culturelles dans l'appréhension d'un même matériel psychique. La confrontation à des pratiques transgressives pour sa propre culture, induit chez l'analyste/observateur une sorte de fascination, de *séduction* et une angoisse générée par la réactivation de désirs refoulés. Ce double mouvement mobilise la résistance chez ce dernier.

Devereux reconnaît le caractère universel du fonctionnement psychique, tout en soulignant des caractéristiques culturelles qui modélisent les comportements et les représentations mentales. Il propose des invariants anxiogènes : tout matériau qui menace la vulnérabilité fondamentale de tout être humain, ce qui ravive des angoisses *idiosyncrasiques* en rapport avec l'histoire personnelle de l'analyste/observateur, et les éléments qui dépassent les défenses ou les sublimations principales et menace son équilibre.

Face à la mobilisation d'angoisses à caractères identitaire et ontologique, l'analyste/observateur déploie ses défenses professionnelles ou encore culturelles. Il/elle perçoit la différence culturelle sous le filtre de ses propres assises culturelles. Une déformation de perception est établie d'emblée devant être – idéalement – questionnée a priori par l'analyste/observateur au risque d'accroître la distance avec l'objet observé ou le/la patient(e). Devereux explicite les protections culturelles et sociales qui engendrent *des déformations ethnocentriques caractéristiques dues à la culture à laquelle on appartient, et qui sont inévitables* (p. 188).

Devereux pose ainsi les jalons pour l'élaboration du concept du contre-transfert au regard de la différence culturelle, réflexion qui introduira plus tard le concept de contre-transfert culturel.

i.2 Le contre-transfert culturel

Dans la continuation de l'élaboration des questions culturelles dans le contre-transfert, Nathan (1977) introduit le concept de contre-transfert culturel qui sera également développé par d'autres auteurs (Comas-Diaz et Jacobson 1991 ; Moro 1994 ; Fermi 1998).

Pour Nathan, le contre transfert culturel est compris dans un sens large renfermant l'ensemble des réactions chez une personne à la rencontre d'une autre venant d'une autre culture et qui rentre en relation avec elle.

Moro (1994, 2007) se penche sur la question dans sa dimension clinique. Le contre-transfert culturel émane du positionnement intérieur du thérapeute à l'égard de l'altérité du patient. Ainsi, il est identifiable à travers les réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du clinicien face aux affiliations du patient. Ces réactions puisent leurs origines dans l'histoire personnelle du thérapeute, son identité professionnelle mais aussi de son appartenance familiale,

sociale et culturelle, dans sa dimension géopolitique et historique. La question du contre-transfert culturel se situe au carrefour de l'universel et du singulier.

Devereux avait préconisé la prise de conscience et l'élaboration de son contre transfert dans la dimension culturelle à travers une triangulation, impliquant l'introduction d'un tiers. Moro (2004) propose la notion de *décentrage* et de *l'élaboration de l'altérité en soi*. Ces processus psychiques nécessitent une connaissance approfondie de la fonctionnalité de la culture permettant l'élaboration de la *culture en soi* (Devereux, 1951). Cette capacité s'acquiert par l'expérience d'une pratique clinique en situation d'expatriation ou par un travail clinique consistant avec des patients migrants (Moro 2003) et, - nous le rajoutons - soumis à un travail d'auto-analyse tenant compte des aspects culturels.

La nécessité d'élaboration de ces paramètres sociaux et culturels toujours marqués par le contexte historique et politique des deux cultures présentes (celle du thérapeute et celle du patient) a été soulevé par plusieurs auteurs (Devereux 1972, 1980 ; Nathan 1986 ; Moro 1994, 1998, 2004 ; Dalal 1994 ; Moustache 2006). Les réactions défensives face à l'altérité culturelle ont été regroupées sous différentes catégories :

- Le déni de la différence culturelle où les patients seraient traités comme s'ils étaient tous les mêmes (Comas-Diaz et Jacobsen 1991). Le thérapeute, porté par une croyance d'*universalisme abstrait* (Moro, 2005), tend à dénier une part de l'identité du patient et de sa réalité extérieure, au profit d'un accrochage à une sorte de *métacode* applicable à tous les codes culturels (Nathan 1988). Par conséquent, l'altérité culturelle du patient est confondue avec l'étrangeté psychiatrique (Nathan 1986).
- Le déni de l'ambivalence du patient à son référentiel culturel dans les positions contre-transférentielles *culturalistes* où le patient est assigné à un étayage par les théories étiologiques quant à ses souffrances psychiques.
- La fascination de l'exotisme où l'attention du thérapeute est focalisée par sa curiosité excessive quant à la culture du patient, renforçant chez ce dernier le recours défensif au matériel culturel. Cet accordage de résistances, celle du thérapeute et celle du patient, empêche l'émergence du matériel idiosyncrasique.

Ces catégories de réactions contre-transférentielles défensives se manifestent par des affects particuliers au contexte de thérapies engageant un(e) thérapeute et

un(e) patient(e) de cultures différentes. Comas-Diaz (1991) et Gorkin (1986) notent qu'il est plus fréquent d'observer la résurgence d'affects de type culpabilité, pitié et agressivité dans ces configurations interculturelles. D'autres auteurs tel que Jones (1986) et Fernando (1995) ont souligné l'existence de stéréotypes et de préjugés dans le soin psychiatrique influençant l'évaluation et le diagnostic psychiatriques (Fernando 1995 ; Knowles 1991, 1996).

Dans notre étude, ces manifestations contre-transférentielles culturelles semblent s'enchevêtrer avec le contre-transfert au matériel traumatiques. Ils sont observables dans l'analyse des résultats de notre étude que nous discuterons.

Dans les débuts de la psychanalyse, l'étiologie de la névrose était rapportée à des expériences traumatiques passées, Freud s'étant rattaché à essayer de découvrir dans l'histoire de ses patients des événements de plus en plus précoces⁴. Ainsi, la question des traumatismes précoces est un concept originaire et central de la psychanalyse qui conduira à des questionnements sur le contre transfert.

Nous explorerons dans la partie suivante l'évolution des conceptualisations autour du trauma.

2.2. Aperçu théorique du concept de trauma

Issu de la physiologie, le concept de trauma désigne initialement une contusion, une plaie, une blessure avec ou sans effraction de la peau.

La compréhension du concept de trauma s'est intéressée d'abord à la recherche de l'essence de ce qui fait trauma pour le sujet (noyau traumatique), puis s'est complexifiée par la diversité des effets de ce trauma sur l'individu (*Post Traumatic Stress Disorder*) et l'émergence de symptômes spécifiques multiples, parfois variables selon la culture des patients. Nous choisissons pour commencer d'explorer la dimension psychique du trauma, elle-même très diverse, de par les sources du trauma et les modalités d'expression de ce dernier par le sujet.

⁴ Christian Gérard, "trauma primaire et contre transfert" in Traumatisme et contre transfert, sous la direction d'Annie Anzieu et Christian Gérard, Editions In Press, 2004

A la dimension somatique et individuelle s'ajoute une compréhension culturelle : ce qui est traumatique et insensé dans une culture le devient moins quand il est placé dans son contexte où il devient plus compréhensible, les étayages sociaux permettant d'investir différemment les facteurs de risque et de leur donner du sens.

Dans un second temps de recherche, l'intérêt s'est tourné sur ce qui reste dans la construction psychique du sujet après avoir vécu des incidents traumatiques ou traumatogènes. Les recherches sur la résilience et la vulnérabilité ont ensuite laissé place dans la littérature anglo-saxonne notamment, à un nouvel objet d'intérêt : les évolutions potentielles du trauma, au niveau de celui qui l'a vécu, mais aussi au niveau de celui qui l'a écouté et celui qui a été en relation (d'aide technique ou de relation familiale) avec la personne porteuse de trauma.

A travers des phénomènes d'empathie et de contre-transfert spécifique, les personnes qui écoutent le récit du trauma sont aussi touchées d'une manière que nous tenterons d'explicitier tout au long de cette recherche.

2.2.1. Le trauma et ses sources

Les conceptualisations de Freud autour du trauma peuvent être schématiquement divisées en trois moments⁵ : un premier moment (1895 à 1900-1905) où le fantasme de séduction constitue le facteur traumatique originaire à la base de l'organisation névrotique ; un deuxième moment (1905 à 1920) où les situations traumatiques types sont liés aux fantasmes originaires et aux angoisses qui en découlent, limitant ainsi le traumatisme et les conflits qu'il génère aux fantasmes inconscients et à la réalité psychique interne ; un troisième moment (après 1920) où il introduit au traumatisme la notion de perte d'objet dont l'impact traumatique implique *une infraction du pare-excitation : l'Hilflosigkeit – la détresse du nourrisson – devient le paradigme de l'angoisse par débordement, lorsque le signal d'angoisse ne permet plus au moi de se protéger de l'effraction quantitative, qu'elle soit d'origine externe ou interne*⁶. Notons que cette approche du trauma oriente l'écoute de l'analyste/thérapeute essentiellement vers le fonctionnement psychique du patient traumatisé mais le limite à ce dernier.

⁵ Thierry Bokanowski (2002), Traumatisme, traumatique, trauma - Le conflit Freud/Ferenczi, in Revue Française de Psychanalyse, 2002/3, vol.66, p. 745-757

⁶ Idem

Ferenczi approfondit quant à lui la réflexion sur la notion du trauma en mettant en avant le rôle de la réalité extérieure, celle de l'environnement, inscrivant le vécu traumatique dans la relation à l'objet. Selon lui, l'impact traumatique est en lien avec une défaillance qualitative et/ou quantitative de la réponse de l'objet aux besoins affectifs du nourrisson, *les conséquences peuvent en être des blessures non-cicatrisables du moi pour l'infans, blessures qui viennent « endommager » son moi et qui paralysent ses capacités de pensée, comme ses capacités d'élaboration*⁷.

Chez l'enfant et chez l'adulte, le trauma renvoie à un surplus d'excitation, une effraction de la fonction de pare-excitation entraînant un débordement des défenses habituelles et une défaillance au niveau des représentations face au choc d'un événement brutal, violent et inattendu. L'impact de l'événement et son interprétation subjective engendrent son caractère traumatique. Ainsi, nous ne pouvons séparer dans le traumatisme l'événementiel du vécu subjectif d'une part, et des sens/valeurs collectifs et culturels qui sont attribués à l'événement traumatogène dans un contexte donné d'autre part.

La notion de traumatisme psychique est multiple et variée. Au niveau de la réalité interne, on y retrouve donc la dimension d'effraction (violente et inattendue) qui perturbe l'économie libidinale, provoque un débordement d'affects ou de l'effroi. Un accroissement alors d'excitations non gérables s'accumule dans l'appareil psychique et sollicite le système pare-excitatif. Le précieux *principe de constance*⁸ (Freud et Breuer, 1895) qui permet à l'individu de fonctionner normalement, de travailler et de jouir de sa vie, peut être alors mis en échec ; les tentatives pour remédier à la déstabilisation avec les moyens habituels n'aboutissent pas. S'ensuit alors parfois une perturbation dans le processus de subjectivation du sujet, un clivage phénoménologique de l'être, qui perturbe le self et la conscience de soi du sujet (Winnicott 1960), et invalide son accès à une relation thérapeutique apaisée. Le

⁷ Idem

⁸ *Principe énoncé par Freud selon lequel l'appareil psychique tend à maintenir à un niveau aussi bas ou, tout au moins, aussi constant que possible, la quantité d'excitation qu'il contient. La constance est obtenue d'une part par la décharge de l'énergie déjà présente, d'autre part par l'évitement de ce qui pourrait accroître la quantité d'excitation et la défense contre cette augmentation. (Laplanche et Pontalis). Dans les études sur l'hystérie (1895) Breuer, montre que la constance est conçue une sorte de système d'autorégulation pour atteindre un optimum favorable qui se trouve menacé par des situations d'excitation généralisés et uniformes.*

principe de plaisir ne peut donc pas fonctionner convenablement à cause de la situation économique. Ces phénomènes identitaires de transformation qualitative seraient alors des organisations défensives destinées à protéger le sujet des risques d'empiètement de l'environnement potentiellement dangereux (De Perceval, 2007)

Les personnes traumatisées comptent sur le thérapeute pour les aider à renouer avec ces parties dissociées d'eux-mêmes, de les contenir et de faire preuve d'empathie. Le thérapeute reprend alors la fonction de *porte-parole* de la mère (Aulagnier, 1975). Le *partage d'affect* est bien un premier niveau d'*intelligibilité* de l'autre, il permet de *sentir* de l'intérieur ce que l'autre éprouve, il permet donc une première forme de mise en sens pour soi de l'expérience de l'autre. La fonction de pare-excitation (Kestenberg, 1985) impartie aux parents auxiliaires du moi et relayée sur ses propres assises narcissiques à l'adolescence est ponctuellement passée au thérapeute, supposé porteur de la capacité à ramener la paix dans la tête. C'est à lui qu'est déléguée la fonction de contenance et de protection, c'est lui qui est dans la place de *sujet supposé savoir* et qui doit en être destitué progressivement par l'analysant (Lacan, 1967). Ainsi, il peut gérer l'angoisse et calmer les tensions, canaliser les risques de débordements et les lier à des mots et à des affects. Les personnes traumatisées tentent de se reconstruire une cohérence en se racontant.

Par ailleurs, le vécu traumatique provoque rupture, discontinuité et perte, et affecte l'équilibre de la personne lorsqu'il y a perturbation de l'économie libidinale ou lorsqu'il y a menace pour l'intégrité du sujet. Les situations traumatiques font émerger des affects indésirables d'intensité considérable, remobilisant le refoulement et les mécanismes de défense de sorte à maintenir l'affect *sous surveillance* (Green, 1973, p 283) pour éviter les menaces qu'il occasionne au moi et au bon fonctionnement des processus psychiques.

Le vécu du traumatisme est alors tributaire de deux facteurs, exogènes et endogènes. D'une part, l'événement externe, source de stress face auquel l'appareil psychique va réagir pour s'ajuster⁹. D'autre part, le traumatisme peut provenir du dedans, de l'excitation pulsionnelle ou de la menace du moi, d'un vécu interne de danger qui tire le signal d'alarme et provoque de l'angoisse. Il sollicite alors la vulnérabilité du sujet

⁹ L'échelle de Holmes et Rahe ont repéré différents événements de vie et la nécessité de l'adaptation mobilisée, afin d'évaluer l'effet sur la santé des sujets

(Anthony et al, 1982) ses capacités intérieures à s'adapter, à maîtriser les défenses physiques et mentales et à les utiliser pour vaincre les obstacles, au regard des concepts de coping et de résilience. Le coping décrit la réponse immédiate, les manières qu'a l'individu de s'en tirer au moment même où il est confronté au trauma (*to cope* en anglais), alors que la résilience concerne les mécanismes psychologiques mis en œuvre plus tard pour rebondir et continuer à fonctionner pour construire sa vie avec le souvenir du trauma (Anaut 2003 ; Cyrulnik 2012)

Mais parfois pour le psychanalyste, le trouble n'est pas le résultat de ce qui l'a précédé : l'importance des événements n'est pas prioritaire, la notion temporelle d'après-coup rentre en jeu sans que la réalité de l'événement extérieur ne soit traumatique. Freud remettra en question sa *Neurotica* (lettre à Fliess, 1897), montrant comment l'après-coup donne a posteriori une valence traumatique à un souvenir d'enfance qui peut être anodin dans la réalité mais coupable dans le psychisme, ce qui provoque un traumatisme. *Passé et présent se trouvent pris dans son nouage : le noyau pathogène devient traumatogène* (Houballah, 1998 p36); le traumatisme tire alors son efficacité du fantasme.

Pour Lachal (2006), reprenant les travaux de Ferenczi (1932), le trouble peut être expliqué comme un mécanisme défensif. Les vécus subjectifs et les manières de réagir au trauma diffèrent d'un sujet à l'autre. Les manifestations de ce dysfonctionnement sont nombreuses : elles concernent les différents niveaux de l'individu, peuvent s'exprimer dans le mental ou dans l'organique, la désorganisation pouvant intervenir à plus d'un niveau si les capacités de gestion et de transformation ne sont pas assez opérantes. On passe ainsi de l'importance donnée au trauma à l'importance donnée à ses effets et ses incidences sur le sujet.

2.2.2. Modalités d'expression du trauma

Le traumatisme laisse une trace en mémoire, mobilisable par la thérapie et par la rencontre avec une écoute particulière, marquage en mémoire parfois transformé en souvenir, parfois en agir, parfois en détresse innommable. Il peut être inoubliable, parfois refoulé. Le traumatisme, en tant qu'il reste actualisable et pouvant agir en décalage d'avec les événements traumatiques, reste aussi disponible pour affecter les émotions, l'identité, les mécanismes de défenses. Sont alors potentiellement touchées

l'humeur, l'estime de soi, les comportements (qui deviennent parfois agressifs), la toute puissance, les frontières du moi.

Le traumatisme sollicite surtout la sphère rationnelle dans certaines situations. Ainsi, le non sens peut aussi être traumatique, mobiliser des ressources pour dépasser le traumatisme. L'appareil psychique, n'arrivant pas à élaborer l'événement de la manière usuelle, va mettre en place des moyens supplémentaires une recherche de sens pour s'ajuster à l'événement. Confronté à la mort potentielle, le psychisme combat vainement cette réalité qui le transperce psychiquement, il lutte pour ne pas sombrer, pour gérer sa détresse et rétablir l'ordre. Face à des vécus somatiques angoissants, un travail de liaison tente de se mettre en marche, à la recherche du sens attribué à ce vécu. Comme avec les analysants somatisants, *il est nécessaire que les messages du soi somatique deviennent paroles, paroles affectives, afin d'être perlaborées par le processus psychanalytique* (Mc Dougall, 1982, p 180). Le trauma engendre alors une *transformation du répertoire* (Mc Dougall, 1982) qui se passe dans le théâtre interne de l'analysant, processus de transformation continue des éléments conflictuels du moi infantile et de ses objets, pour la mise en sens.

Le DSM-IV-TR distingue les aspects subjectifs du trauma : vécu de peur, d'impuissance, d'horreur ou d'impuissance (critères A2) contribuent à la définition de la situation traumatogène ou traumatique. Mais la controverse relative au PTSD dans le DSM consiste dans la découverte de la difficulté de systématiser de manière satisfaisante ce qu'est un trauma, parce que rentrent en compte les éléments tels que le contexte, la culture du sujet, son histoire personnelle. Le DSM V tente de dépasser cette difficulté et la notion de trauma/traumatisé s'y dilue considérablement.

La psychanalyse du bébé et la compréhension de la construction psychique place le traumatisme dans un continuum qui participe à la construction subjectivante du sujet. Selon Bion (1962), l'environnement soumet le bébé à des sensations brutes médiatisées par l'appareil psychique de la mère qui les détoxique, leur donne du sens et en ôte la valence potentiellement traumatique. Le système pare-excitatif de la mère et sa *fonction alpha* transforment les *événements catastrophiques* qui peuvent entraîner du chaos dans le psychisme de l'enfant et construit avec l'enfant une bulle protégée dans laquelle la *capacité de rêverie de la mère* va servir de contenant aux sensations effrayantes du nourrisson. Les *éléments beta* du bébé sont alors

transformés par la mère en *éléments alpha*, progressivement digérables par l'appareil psychique en formation du bébé.

Pour Winnicott aussi, à côté de ses fonctions de *holding et handling*, la mère assure celle de *object presenting* : la mère *good enough* (suffisamment bonne) est celle qui, acceptant la dépendance relative du bébé malgré sa *sollicitude maternelle*, permet à l'enfant la rencontre des vécus d'anéantissement, mais qui ne mènent pas à l'anéantissement. C'est d'ailleurs ces traumatismes à petites doses, surmontés régulièrement, qui participent à la construction du self, la mère permettant à l'enfant de s'armer psychiquement pour progressivement aller à la rencontre des expériences du monde

Dans la petite enfance, les éléments ainsi bouleversants le deviennent de moins en moins, lorsque la fonction maternelle assure son travail de traduction, symbolisation, détoxication, un processus de narration et de métaphorisation (Lebovici, 2002). Ils se transforment alors en matériel psychique pensable (symboles, rêves, images, pensées, souvenirs). Tel un enfant, la personne traumatisée se sent impuissante à faire un travail psychique seule. Elle ne peut plus penser, symboliser, mentaliser, rêver (sauf à faire des rêves traumatiques de répétition) (Moro & Lachal 2003). Un cadre d'écoute contenant permet parfois la reconstruction du contenant interne et la remise en marche du travail du système pare-excitatif, au prix parfois de l'évacuation de proto-émotions (Ferro, 2015) dans le psychisme-réceptacle-du thérapeute, d'éléments traumatiques tels les éléments beta.

Une partie du trauma bouleverse au moment même, une autre continue son travail dans l'arrière plan de la pensée du sujet, agissant en décalage ou indirectement. Mais une dernière partie reste innommable, non représentable, elle ne s'inscrit pas dans la mémoire. Certaines émotions face au trauma ne peuvent pas figurer dans le discours du sujet, ni dans les dessins des enfants, ni dans le récit. Lachal (2006, 2015) propose l'hypothèse que ces parties ressurgissent dans les scénarii émergents qui se saisissent du thérapeute et que nous montrerons dans les entretiens avec les participants.

2.3. Contre-transfert dans la clinique du trauma

Ferenczi, dans les années 1920 évoque plutôt les répercussions négatives d'une technique classique auprès de certains patients, notamment dans les situations de traumatismes, en ce qu'elle favorise la répétition d'une situation antérieure de non-rencontre de la souffrance des patients.

2.3.1. Contre-transfert et trauma dans la littérature européenne

Nous remarquons dans la revue de la littérature une différence importante dans l'abord de la question entre la perspective française et la perspective anglo-saxonne. La première se penche sur les mécanismes contre-transférentiels face à la clinique du trauma dans une approche fondamentalement qualitative et dans un contexte de clinique individuelle. Celle-là implique l'analyste/thérapeute dans sa pratique clinique. La seconde porte prioritairement sur l'étude des manifestations symptomatiques d'un point de vue majoritairement quantitatif avec quelques études qualitatives. Toutefois, l'état de la question montre une plus grande activité de recherches et d'études dans la communauté scientifique anglo-saxonne, bien que celle-ci s'intéresse prioritairement à la question du traumatisme vicariant et du stress traumatique secondaire.

2.3.2. La perspective anglo-saxonne : études sur le trauma vicariant et le stress traumatique secondaire

Haley (1974) fut le premier à répertorier l'expérience de peur et de débordement rapportée par les thérapeutes auprès des vétérans de la guerre du Vietnam. Il avait décrit ces symptômes comme résultant du contre-transfert.

A partir des années 80, les études sur le syndrome de stress post traumatique ont connu un essor. S'en est suivi l'émergence progressive d'un intérêt pour les réactions des thérapeutes et des processus contre-transférentiels dans le traitement du PTSD, essentiellement dans les recherches anglo-saxonnes (Danielli 1988 ; Lindy 1985, 1989 ; McCann & Pearlman 1990 ; Wilson 1989 ; Wilson & Lindy 1994).

McCann et Pearlman (1990) ont introduit le concept de traumatisme vicariant pour décrire les conséquences de l'engagement empathique avec les récits de trauma relatés par les patients traumatisés. Contrairement au contre-transfert, le traumatisme vicariant n'est pas spécifique à l'interaction avec un patient mais serait en lien avec

l'impact cumulatif sur le thérapeute dû à son travail avec différents patients durant un certain temps. Les études conduites par l'équipe de Pearlman (1990 ; 1995 ; 1996) suggèrent que le traumatisme vicariant peut entraîner des changements au niveau de l'identité personnelle et professionnelle des thérapeutes ; leurs visions du monde ; leur spiritualité ; leurs capacités et compétences ; leurs besoins et croyances psychologiques, surtout ceux relevant du sentiment de sécurité, de confiance, d'estime de soi, d'intimité et de maîtrise. Des perturbations au niveau du système sensoriel peuvent apparaître et induire des intrusions visuelles, des sensations corporelles ainsi que d'autres réactions sensorielles (Pearlman & Saakvitne 1995). Blair & Ramones (1996) décrivent aussi l'apparition d'un syndrome post-traumatique.

D'autres concepts spécifiques aux réactions du travail dans la clinique du trauma ont été introduits avec quelques nuances qui les distinguent : les concepts de fatigue compassionnelle et stress traumatique secondaire théorisés par Figley (1995a) peuvent être substitués entre eux. Ils désignent les symptômes et réponses émotionnelles qui traversent les thérapeutes dans la clinique du trauma, sans pour autant inclure les changements cognitifs spécifiques décrits par le concept de traumatisme vicariant. Dans la littérature, il est difficile de distinguer entre traumatisme vicariant (TV) et stress traumatique secondaire (STS) puisque certains chercheurs ont eu recours à l'appellation de STS tout en discutant des effets cognitifs, alors que d'autres ont eu recours à l'appellation de TV tout en se focalisant sur la symptomatologie (Sabin-Farell & Turpin 2003).

Le concept de *burnout* (mettre les mots empruntés en italiques) recouvre le résultat d'un travail prolongé et les symptômes d'un épuisement émotionnel dû à des tensions de travail, une érosion de l'idéalisme, et un sentiment d'échec ou de défaillance professionnelle (Figley 1995a ; Maslach 1982). Le *burnout* advient progressivement résultant de stress et provoquant un épuisement. Cependant, le STS advient soudainement, sans signes précurseurs et est lié aux expériences traumatiques des patients ou des personnes proches plutôt qu'à la charge et au stress de travail (Figley 1995b).

Cela dit, le *burnout* et la fatigue compassionnelle peuvent apparaître dans tout type de clinique alors que le TV et le STS restent spécifiques à la clinique du trauma (Blair & Ramones 1996 ; Figley 1995a, 1995b ; Jenkins & Baird 2002 ; McCann & Pearlman 1990 ; Pearlman & Saakvitne 1995a).

Sabin-Farell & Turpin (2003) regroupent les éléments les plus saillants de ces différents concepts et en font l'exploration : les réponses cognitives, émotionnelles, comportementales et physiques qui peuvent être considérées comme des réponses « normales » à l'écoute de récits traumatiques ; les réponses symptomatiques qui peuvent être considérées comme une version extrême des réponses décrites précédemment ; les changements cognitifs au niveau des croyances et des attitudes ; les effets supplémentaires sur le fonctionnement interpersonnel et professionnel des thérapeutes. Ces différentes réponses peuvent apparaître sur le court ou le long termes.

Wilson & Lindy (1994) soulignent que ces symptômes ne témoignent pas d'une psychopathologie du thérapeute mais seraient plutôt des manifestations inévitables du travail dans la clinique du trauma.

2.3.3. Les mécanismes psychologiques à l'œuvre chez les thérapeutes dans la clinique du trauma

Pour comprendre l'apparition des symptômes de stress chez les thérapeutes travaillant dans la clinique du trauma, les recherches menées ont mis en lumière l'implication de différents facteurs tels que le contre-transfert, l'empathie, la contagion émotionnelle et les théories cognitives.

a. Contre-transfert et symptômes de stress traumatique chez le thérapeute

Le contre transfert est l'explication la plus commune à l'apparition du traumatisme vicariant (Blair & Ramones 1996 ; Pearlman & Saakvitne 1995a). Gabbard (2001), Norcross (2001), Pearlman et Saakvitne (1995a) évoquent les réactions émotionnelles et comportementales conscientes et inconscientes au patient, le matériel rapporté en thérapie, les reviviscences en séances et le transfert. Herman (1992) parle d'un contre-transfert traumatique qui se caractérise par une gamme de réactions émotionnelles aux survivants de trauma, notamment l'identification à leur impuissance, leur détresse, leur vulnérabilité et leur colère.

Les études menées par Slatker (1987), Danieli (1988), Lindy (1988), Parson (1988), Wilson (1989), Maroda (1991) et Scurfield (1993) ont inspiré Wilson et Lindy à construire un modèle de réactions contre-transférentielles (1994).

Ils proposent deux types de contre-transfert : type I caractérisé par l'évitement (avoidance) et type II caractérisé par la sur-identification (*over-identification*). Ces deux types de réactions contre-transférentielles entraînent une tension empathique (empathic strain) menant dans le type I à un retrait (*empathic withdrawal*) ou une répression (empathic repression) de l'empathie, et dans le type II à un déséquilibre empathique (empathic disequilibrium) ou un enchevêtrement empathique (empathic enmeshment). *Le type I de réactions contre-transférentielles inclut des formes de déni, banalisation, distorsion, réactions contrephobiques, évitement, détachement, et retrait d'empathie envers le patient. Le type II de réactions contre-transférentielles, au contraire, implique des formes de sur-identification, sur-idéalisation, enchevêtrement, et un plaidoyer excessif pour le patient, ainsi que des comportements générant des réactions de culpabilité*¹⁰(p.16).

Un(e) même thérapeute peut traverser l'un ou l'autre versant des réactions contre-transférentielles selon les différents moments de la thérapie ou avoir tendance à développer un même pattern contre-transférentiel.

Les chercheurs soulignent l'interrelation entre le contre-transfert et le traumatisme vicariant ou le stress traumatique secondaire tout en indiquant la distinction entre les deux. Le contre-transfert s'inscrit toujours dans le cadre de la relation thérapeutique alors que le TV/ STS concernent plutôt des changements opérant dans la vie des thérapeutes affectés, y compris leurs systèmes de croyances. Pearlman et Saakvitne, dans leur discussion autour des interrelations entre les deux, indiquent que l'absence d'analyse des mouvements contre-transférentiels vulnérabilise les thérapeutes et accroît le risque de traumatisme vicariant. De même, le traumatisme vicariant laisse les thérapeutes en proie à des réactions contre-transférentielles plus aiguës. Courtois (1988) considère que les dynamiques spécifiques au travail avec les survivants d'abus telles que victime – bourreau/ abuseur – sauveur rendent les thérapeutes plus vulnérables au traumatisme vicariant. Selon Catherall (1991), les thérapeutes qui se retrouvent dans le transfert des patients mis à la place de l'abuseur sont confrontés à

¹⁰ Wilson & Lindy (1994), *Empathic strain and counter-transference*, in *Countertransference in the treatment of PTSD*, Guilford editions, p.16. Citation traduite de l'anglais par moi-même.

des réponses affectives contradictoires à leur sentiment d'identité et par conséquent se retrouvent en difficultés à gérer leurs réactions contre-transférentielles. Cette tension entre le sentiment d'identité du thérapeute et l'identité qui lui est assigné par le patient est particulièrement menaçante pour les jeunes thérapeutes qui ne bénéficient pas de supervision (Neuman & Gamble 1995).

b. La tension empathique

Selon Rogers (1980), Reynolds et Scott (1999), l'empathie est une des dimensions nécessaires de la relation thérapeutique. Elle participe de l'impact thérapeutique. Elle est considérée comme la composante essentielle de tout contexte thérapeutique. L'empathie est particulièrement opérante dans le contexte de travail auprès de patients survivant d'abus sexuels dans l'enfance (Paivio & Laurent 2001). L'étude de Pearlman et MacIan (1995) et celle de Pearlman et Saakvitne (1995a) montrent que le traumatisme vicariant advient à travers l'engagement empathique des thérapeutes avec les récits de leurs patients. L'étude de Pearlman et Saakvitne (1995a) dégage quatre types d'empathie qui interagissent entre eux : l'empathie dans le cadre temporel du passé et du présent, l'empathie cognitive et l'empathie affective. Pour Figley (1995b), l'empathie est une ressource majeure pour les acteurs accompagnant des personnes traumatisées : *le processus d'empathie avec une personne traumatisée nous permet de comprendre l'expérience traumatique de cette personne, toutefois, dans ce processus, nous pouvons être traumatisés aussi*¹¹ (p.20).

Wilson et Lindy (1994) ont approfondie l'étude de l'empathie et son interrelation avec le contre-transfert traumatique et le traumatisme vicariant. Comme nous l'avons évoqué plus haut, ils définissent quatre types de réactions empathiques :

- Le retrait empathique est un mode de tension contre-transférentielle observée dans les réponses contre-transférentielles de type I, d'évitement et de détachement. Ce mode de fonctionnement aboutit à une rupture dans la position empathique envers le patient. La capacité d'une enquête empathique maintenue (sustained empathic inquiry) est perdue suite à un cramponnement à la neutralité conventionnelle et aux techniques thérapeutiques récemment apprises (chez les jeunes thérapeutes surtout). Ces

¹¹ Figley C.R (1995b). *Compassion fatigue : towards a new understanding of the costs of caring*. In B.H Stamm (Ed.), *secondary traumatic stress : self care issues for clinicians, researchers and educators* (p.3-27). Lutherville, MD : Sidan Press.

réactions bloquent la tâche douloureuse d'intégrer l'expérience traumatique et pourrait mener le thérapeute à une mauvaise perception et une mauvaise interprétation du comportement et de la dynamique psychologique du patient à partir des préconceptions du thérapeute¹².

- La répression empathique découle d'un processus similaire. Le transfert du patient réactive des conflits non résolus dans la vie du thérapeute, celui-là ayant une tendance au contre-transfert type I. L'absorption par les conflits internes glisse le (la) thérapeute dans un retrait de son rôle thérapeutique et dans un déni de la singularité/individualité du matériel clinique présenté par le patient.
- Le troisième mode de tension est l'enchevêtrement empathique défini comme la conséquence d'une tendance chez le (la) thérapeute au contre-transfert type II couplé avec ses réactions subjectives durant le traitement. Dans ce cas, le (la) thérapeute glisse hors zone thérapeutique par une sur-identification et un surinvestissement de la problématique du patient. Ce fonctionnement empathique risque d'entraîner la perte des limites du contexte thérapeutique et une réaction contre-transférentielle pathologique. Ainsi, il y a perte de la position empathique et possibilité de victimisation secondaire et d'intensification des thèmes transférentiels ramenés par le patient.
- Le quatrième type de tension est le déséquilibre empathique. Ce déséquilibre résulte d'une tendance au contre-transfert type II face aux réactions objectives (les auteurs utilisent cette appellation pour désigner les réactions en lien avec le patient et non pas les conflits internes du thérapeute) durant la thérapie. Ce mode de fonctionnement est caractérisé par des réactions somatiques, des sentiments d'insécurité et de doute quant à l'approche thérapeutique à avoir auprès du patient.

Ces différents types de tensions empathiques dans le contre-transfert n'excluent pas la possibilité de mouvement de positions dans une même relation thérapeutique. Ce modèle est proposé par Wilson et Lindy afin d'établir un point de départ et d'orientation pour la compréhension clinique des phénomènes contre-transférentiels dans la clinique du trauma.

¹² Wilson & Lindy (1994), *Empathic strain and counter-transference*, in *Countertransference in the treatment of PTSD*, Guilford editions, p.16. Citation traduite de l'anglais par moi-même.

c. La contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle est l'expérience même de la détresse de l'autre à un niveau inconscient. Miller, Stiff et Ellis (1988) soulignent l'implication de la contagion émotionnelle dans le processus d'empathie. Une étude de Donner et Schonfield (1975) montre la présence de contagion émotionnelle - comme l'anxiété - dans la relation thérapeute - patient. Dans une méta-analyse, Joiner et Katz (1999) constatent que les émotions dépressives peuvent être contagieuses et transmises à la personne proche (significant other). Hatfield, Cacioppo et Rapson (1994) avancent des arguments démontrant la présence de la contagion émotionnelle et proposent une discussion des mécanismes qui y sont impliqués : la tendance naturelle à la mimique et à la synchronisation avec les autres couvre également les expériences émotionnelles et contribue de l'introjection des émotions des autres. Ainsi, la conscience de cette contagion émotionnelle est une information précieuse en situation thérapeutique surtout quand il y a une dissonance entre ce que le patient rapporte de ses sentiments et ce que sa posture ou son apparence en disent. La capacité à se synchroniser aux émotions de l'autre est par conséquent une source d'information importante dans la relation thérapeutique quand c'est analysé par le thérapeute. Ces constats de recherche rejoignent les théories totalistes (*totalistic*) sur le contre-transfert considéré comme une source d'information précieuse sur le monde interne du patient. Toutefois, une ignorance de ces phénomènes - ou en termes psychanalytiques la non-analyse du contre-transfert - fragilise les thérapeutes et les rend vulnérables au traumatisme vicariant. Les émotions transmises par contagion sont vécues comme les leurs tout en étant en contradictions avec leur propre sentiment d'identité et leur croyance.

d. Les théories cognitives

Une quatrième approche des mécanismes impliqués dans la transmission du trauma menant au traumatisme vicariant passe par les théories cognitives. Selon Janoff-Bulman (1985) les soignants dans la clinique du trauma subissent un changement de leur vision du monde et de leur croyance à l'écoute des récits des patients tout comme ces derniers en font l'expérience suite au trauma.

Selon les théories cognitives, le monde est perçu à travers les schémas et les croyances structurelles de la personne. Toute nouvelle expérience est filtrée par ces

schémas, soit en y correspondant donc en y étant assimilée, ou bien en introduisant des changements aux schémas qui doivent s'accommoder de cette nouvelle expérience (Brewin, Dalgleish & Joseph 1996, Horowitz 1986, Piaget 1971). Cela dit, les schémas des thérapeutes peuvent être altérés par l'accommodation imposée pour l'intégration des expériences traumatiques rapportées par les patients. McCann et Pearlman (1990) considèrent que le travail dans la clinique du trauma expose les thérapeutes aux expériences d'abus de confiance, d'insécurité, et du sentiment d'impuissance dont les patients ont fait l'expérience. Cette nouvelle information est assimilée dans l'expérience des thérapeutes pouvant induire une perturbation dans leurs schémas d'expérience du monde. Cette étude discute la transformation d'un objet antérieurement neutre en un objet source de flashbacks et d'images visuelles en lien avec le récit d'un patient traumatisé évoquant ce même objet. L'objet devient ainsi associé à des expériences traumatiques dans le système mnésique du thérapeute. Blair et Ramones (1996) discutent de la valeur *mémoire réelle* d'une image qui a émergé lors d'une pensée. Cela dit, si le thérapeute génère une image lors d'un récit d'une expérience traumatique d'un patient, cette image peut ré-émerger ultérieurement comme flashback ou comme souvenir.

Dans une deuxième recherche, Pearlman et Saakvitne (1995a) montrent l'impact de la clinique du trauma sur les schémas des thérapeutes touchant à leur sentiment d'identité, leur expérience du monde, leur spiritualité ainsi que d'autres besoins psychologiques de base relevant de la théorie constructiviste du développement du self.

Plus récemment, Ehlers et Clark (2000) proposent un modèle cognitif d'un PTSD chronique conséquent à la perception d'une menace actuelle et continue. Quant au traumatisme vicariant, des thérapeutes qui travaillent en continue avec des patients traumatisés ont un haut risque d'être confrontés à un matériel traumatique et par conséquent le risque d'un traumatisme secondaire est persistant. Toutefois, Ehlers et Clark soulignent l'importance de l'évaluation des événements, la nature des mémoires traumatiques, et des stratégies déployées pour maîtriser les menaces perçues ou les symptômes. Ainsi, la capacité des thérapeutes à évaluer leurs propres réactions au matériel traumatique et leurs stratégies de défenses influencent significativement l'impact de leur travail dans la clinique du trauma sur leur santé mentale.

Le recours à l'analyse du thérapeute de ses propres réactions, à se mettre en objet d'observation demeure la meilleure stratégie pour éviter l'enlèvement dans le matériel

traumatique. Cependant, cette possibilité de prise de distance pour permettre un travail d'auto-analyse dépend étroitement du contexte de travail.

e. Contexte de travail

Pearlman et Saakvitne (1995a) suggère que le rôle du contexte de travail dans l'apparition du traumatisme vicariant tout en n'étant pas spécifique à la clinique du trauma. Le contexte de l'organisation du travail tel que le cadre, les collègues, la charge de travail, la supervision, les services à disposition des patients, le climat professionnel et social, le climat financier, et le système de soin en général sont des facteurs impliqués dans le vécu des thérapeutes. Ces facteurs ont pu être relevés également dans les études portant sur le burnout et la fatigue compassionnelle.

Dans leur étude de 1996, Saakvitne et Pearlman proposent des facteurs contribuant au traumatisme vicariant tel que les caractéristiques individuelles des thérapeutes (mécanismes d'adaptation, histoire personnelle, contexte de vie actuel) ainsi que la situation dans laquelle ils travaillent (type de travail, l'organisation, le contexte général). Elles relèvent également la configuration de vie personnelle et professionnelle actuelle des thérapeutes, ainsi que l'histoire de trauma personnelle comme facteurs de vulnérabilité au traumatisme vicariant. L'accès à la supervision continue et l'analyse de leurs réactions au matériel traumatique sont des facteurs de protection contre le traumatisme vicariant. Cependant, Sabin-Farell et Turpin (2003) relèvent l'absence d'évidences consistantes pour soutenir leurs constats. L'étude de Kassam-Adams (1995) ne conclut pas une corrélation entre le niveau de support et de supervision et la présence de symptômes de stress post traumatique chez les soignants dans la clinique du trauma.

Les études de Richardson (1999) et de Sexton (1999) relèvent un autre facteur du contexte de travail susceptible de contribuer au traumatisme vicariant chez les thérapeutes. Il s'agit de la contamination de la dynamique institutionnelle par la problématique prise en charge reproduisant au sein de l'institution les schémas d'abus plaçant les différents soignants dans des positions de victimes et de bourreaux.

Selon l'étude critique de Sabin-Farell et Turpin (2003), les différentes études axées sur l'implication du contexte de travail dans les manifestations de symptômes traumatiques chez les thérapeutes manquent d'investigation sur l'interrelation entre le contexte de travail et la spécificité de la transmission traumatique.

2.3.4. Le scénario émergent

Parmi les études françaises sur la question du contre-transfert dans la clinique du trauma, nous citerons celles de C. Lachal (2006) qui a introduit la notion du « partage du traumatisme ». Confronté(e) au récit de l'événement traumatique et ses réactivations psychiques et cognitives chez le (la) patient(e), le (la) thérapeute se retrouve lui-même face à l'impossibilité de dire, donc de faire face aux limites intrinsèques du langage par rapport à l'expérience traumatique. *Les deux, patient et thérapeute, ressentent alors une profonde solitude. Ce n'est pas dû à une inhibition du locuteur, mais à une limitation du discours* (Lachal 2006 p.62). Face à cette difficulté, les réactions empathiques diffèrent. Les thérapeutes peuvent réagir par un retrait empathique, une répression empathique ou un enchevêtrement empathique (Wilson & Lindy 1994). Leurs apports interprétatifs en sont affectés. Les thérapeutes n'ont pas d'interprétations *prêtes à l'emploi*. *Le thérapeute est plongé dans un monde traumatique et, comme le patient, va être poussé à construire un « statut cognitif » à ce qui est arrivé* (Lachal 2006 p.63). Ce statut cognitif permettra de requalifier la réalité rompue par l'expérience traumatique. Comment attribuer un statut à la réalité post-trauma ? Le (la) patient(e) devrait la réinscrire dans sa vie mais il est confronté à l'ébranlement de son unité psychique et par conséquent à la rupture dans le continuum de ses expériences de vie. Cette rupture qui l'a expulsé hors langage, a également propulsé une part de lui, de sa vie et de son existence hors zone sociale, humaine.

Si patient et thérapeute traversent ensemble mais chacun de son côté une phase de solitude absolue hors langage, le (la) thérapeute est traversé par des sensations, des émotions et souvent, d'images qui émergent dans son esprit à l'écoute du récit du patient et s'imposent à lui. Lachal propose le concept de scénario émergent pour indiquer les émergences visuelles chez le (la) thérapeute qui naîtraient *comme des réponses spontanées au récit de l'expérience traumatique*. Cependant, ces scénarii n'ont pas un rapport symétrique avec le récit du patient. En effet, si le thérapeute, n'ayant pas lui-même vécu la situation, peut travailler *de façon plus rapide et plus cohérente*, il le fait cependant avec des images *virtuelles*. Ce travail peut être rendu difficile par les inhibitions du thérapeute, par son propre vécu mobilisé lors de l'écoute du récit du patient, ou encore par l'effort qu'il fait pour *coller au point de vue*

du patient. Tous ces éléments viennent donc s'agréger aux scénarii émergents (Lachal 2006 p.65).

La production d'un scénario est, selon l'auteur, signe d'une forte empathie avec le patient lors de sa narration de son expérience. Lachal suggère que l'exploration de ces scénarii accorderait un éclairage sur le contre-transfert et les éléments qui se transmettent du patient au thérapeute. Le processus qui semble prédominer dans la construction du scénario émergent est l'empathie. Le scénario émergent s'appuie ainsi plutôt sur une compréhension affective du patient, parallèlement à la compréhension intellectuelle. *Il permet de reconnaître autrui par le partage synchronique d'états psychocorporels sous des formes de pensées, d'action et d'affects : un partage qui donne lieu à un déploiement plus ou moins caché d'interactions fonctionnelles* (Lebovici cité in Lachal 2006 p. 66).

Le scénario émergent suppose donc la présence d'un climat d'empathie dans la relation thérapeute - patient(e). C'est dans le cadre de ce climat d'empathie que d'abord le récit du patient autour de son expérience traumatique pourra se construire, et active chez le (la) thérapeute ses potentialités créatives. Le (la) thérapeute est amené(e) ainsi à faire une mise en forme de ce scénario.

La description de la mise en forme du scénario - dont l'émergence est conditionnée par le caractère traumatique de l'expérience inscrit dans le récit - permettra d'identifier des « indices traumatiques » qui seraient des indices de transmission traumatique. Lachal souligne dans la nature de la mise en forme du scénario émergent le travail psychique constitué de plusieurs opérations déployées par l'appareil psychique du thérapeute. Il ne s'agit pas d'une mise en scène exacte de l'expérience traumatique du patient, mais d'une formation nouvelle résultant d'une activité mentale intense. L'auteur préconise une approche tant cognitive que affective pour la compréhension du scénario émergent.

Ce processus est à différencier d'autres productions mentales. Il est différent du rêve du fait qu'il se forme en état de plein éveil. Cependant, le scénario émergent partage quelques procédés avec le rêve telles que les contraintes inconscientes de figurabilités, de censure etc. L'analyse des différents scénarii émergents récoltés dans le matériel de notre recherche montre également le déploiement de certains mécanismes défensifs opérants dans le rêve tel que la condensation et le déplacement.

Le scénario émergent se distingue également de l'imagination et de la rêverie du fait qu'il s'impose au thérapeute, sous l'effet de la sidération et de la fascination, dans un état presque hypnotique.

Nous avons exploré le scénario émergent dans les mouvements contre-transférentiels de nos données.

Le (la) thérapeute, face au récit du patient, est invité(e) à faire une rencontre avec le trauma, parler *au trauma*, pour pouvoir ensuite parler de *l'expérience traumatique* avec le patient. L'instant du récit traumatique transforme le champ de la thérapie en un champ de catastrophes où le (la) patient(e) n'est plus seul(e) à errer (Davoine et Gaudillière, p.48). Là où la rupture du lien social a eu lieu, la réinscription de l'expérience traumatique dans un continuum temporel et une trame sociale doit advenir pour restituer le maillon manquant permettant de réparer le processus de symbolisation de l'expérience. Les manifestations *symptomatiques* traumatiques tentant de mettre en forme le catastrophique du sentiment d'anéantissement de soi font appel, chez le thérapeute, à son vécu *catastrophique* qu'il soit individuel, collectif ou transgénérationnel, connu ou méconnu par ce dernier. A ce sujet, Lachal renvoie à la perception fugitive et rapidement recouverte que tout un chacun a vécu au moins une fois dans sa vie, tout en distinguant ce sentiment de l'expérience radicale dans le cas d'évènements traumatiques (Lachal, 2006, p.45).

L'expérience traumatique exige une inscription dans un lien social pour devenir mémoire ouvrant la voie à une atténuation possible de ses réminiscences. Elle sollicite donc une intégration dans un statut cognitif permettant de requalifier la réalité qui a subi une anamorphose du fait du trauma (Lachal, 2006, p. 63).

Notre recherche cherche à explorer les processus psychiques contre-transférentiels à l'œuvre chez le (la) thérapeute dans sa relation thérapeutique à son (sa) patient(e). Comme nous l'avons vu dans cette partie théorique, recouvrir les différentes manifestations contre-transférentielles et tenter de les analyser pose un vrai défi méthodologique. Les études françaises portent essentiellement sur des expériences cliniques individuelles. Dans ces cas, l'analyste/thérapeute procède par une introspection psychique et une exploration méthodologique s'appuyant sur la technique psychanalytique afin d'analyser finement les enjeux contre-transférentiels face au trauma. Toutefois, cette approche qualitative bien que rigoureuse et en partie

phénoménologique, n'engage que la subjectivité de l'analyste/thérapeute qui est chercheur et objet d'étude en même temps.

Dans les recherches anglo-saxonnes, le sujet est abordé du point de vue quantitatif essentiellement, et surtout dans une investigation orientée d'emblée vers la question du traumatisme vicariant, le stress traumatique secondaire ou la fatigue compassionnelle et le burnout. Ces études se penchent donc sur les manifestations symptomatiques d'une part, et présentent d'autre part une faille méthodologique importante : il est impossible de distinguer entre des manifestations contre-transférentielles transitoires et des manifestations symptomatiques établies.

Comment procéder à l'exploration d'un phénomène humain complexe sans tomber dans un réductionnisme méthodologique pouvant amputer au phénomène toute son épaisseur et la complexité des différents niveaux qui le composent ?

Nous parcourons dans la partie suivante les différentes références théoriques sur lesquelles nous nous sommes appuyée pour choisir une approche méthodologique qualitative d'analyse tout en procédant par un complémentarisme entre l'analyse phénoménologique interprétative et la technique psychanalytique.

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Choix de la méthodologie

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour une démarche qualitative. Notre objectif est de comprendre un processus complexe, la transmission inter-subjective du traumatisme à travers le contre-transfert du thérapeute/soignant travaillant auprès de patients traumatisés. Plusieurs études ont abordés la question de la transmission du traumatisme en évaluant ses manifestations symptomatiques à travers des démarches quantitatives (Pearlman & MacIan 1995 ; Schauben & Frazier 1995 ; Knight 1997 ; Ortlepp & Friedman 2002 ; Baird & Jenkins 2002). Quelques autres études ont exploré par une démarche qualitative les questions autour du traumatisme vicariant, de la fatigue compassionnelle et du « burn-out » confondus (Benatar 2000 ; Iliffe & Steed 2000). Ces études se sont ainsi essentiellement focalisées sur les manifestations « négatives » conséquentes du travail avec les patients traumatisés mettant peu en lumière les mécanismes impliqués dans l'émergence de ces manifestations, et donnant peu la parole aux participants à la recherche. De plus, la plupart de ces études dévoilent des résultats mixtes et bien qu'ayant recours aux méthodes quantitatives, ces résultats sont difficilement généralisables (Sabin-Farell & Turpin 2003) dans le sens auquel aspirent les recherches quantitatives. Cela relève selon nous de la spécificité du phénomène étudié qui est difficilement réductible à des variables quantifiables et nécessite une exploration approfondie pour mieux comprendre les enjeux de l'impact du travail auprès de personnes traumatisées.

3.2. L'approche qualitative

Les approches qualitatives ont été largement critiquées par une logique positiviste prônant une réalité objective et mesurable.

La recherche qualitative s'inscrit dans un paradigme compréhensif et interprétatif, *elle considère la réalité comme une construction humaine, reconnaît la subjectivité comme étant au cœur de la vie sociale et conçoit son objet en terme d'action-signification des acteurs* (Mukamurera & al. 2006 p.111). Sa spécificité consiste en sa capacité à susciter la conviction tout en préservant la complexité et diversité des phénomènes étudiés, permettant aussi à aspirer à un aspect universel possible.

3.3. La recherche qualitative entre la description du spécifique et

l'extrapolation à l'universel

En tant que chercheurs qualitatifs, de par notre choix méthodologique, nous signifions d'emblée que nous ne visons pas la généralisation du savoir, lequel est perçu dans sa nature temporaire et dynamique. *Le savoir construit en recherche qualitative a pour fonction d'enrichir la densité conceptuelle par la qualification apportée à son essence même* (Savoie-Zajc 2013 p.8). La recherche qualitative vise ainsi à décrire le phénomène dans une étendue explicative qui dégage son essence et par conséquent, sa dimension universelle.

L'envergure explicative permet de porter un regard sur l'universel grâce à la complexification du savoir produit, dépassant ainsi le spécifique. A partir des récits des participants à notre recherche, nous explorons la spécificité des réactions contre-transférentielles auprès des patients traumatisés et les processus de leur organisation. Nous partons donc de la singularité de chaque entretien, tenant compte de « variables spécifiques » que nous avons choisi, pour pouvoir en dégager les aspects communs. Nous nous référons ainsi aux trois arguments retenus par Savoie-Zajc (2013) soutenant ce passage du singulier à l'universel :

- une qualification rigoureuse du singulier en mettant l'accent sur son caractère spécifique, unique et distinct. Ce savoir est ainsi contextualisé et son envergure explicative tend vers une compréhension approfondie du phénomène dans un contexte et un temps donnés. Cette compréhension permet de traduire la riche complexité de l'expérience humaine ;
- le recours à des propositions méthodologiques aidant le chercheur à franchir le passage entre la description singulière et menant à l'élaboration de schémas dont l'envergure explicative permet de qualifier l'essence du phénomène, donc sa dimension globale et universelle. L'universel du savoir réfère à la qualification d'objets définissant l'essence du phénomène ;
- le recours à des outils qui sont à disposition du chercheur lui permettant d'élargir l'envergure explicative du savoir produit.

Toutefois, la notion de « comprendre » est envisagée différemment selon les divers cadres théoriques et les théories déterminants les frontières de chaque cadre. Nous avons opté pour une compréhension qui s'inspire de la phénoménologie, de l'herméneutique, de l'idiographie en choisissant la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (Interpretative Phenomenological Analysis- IPA). Cependant, nous nous sommes également référés à trois autres cadres interprétatifs qui sont compatibles et complémentaires de l'IPA : le cadre interactionniste, socioconstructiviste et psychanalytique. Le recours à ces référentiels se fait dans une approche complémentariste préconisant une pluridisciplinarité « non fusionnante » et « non simultanée » dans une perspective ethnopsychanalytique (Devereux 1972). L'approche complémentariste s'est vite avérée incontournable pour une compréhension qui vise la totalité du phénomène étudié. Une tentative d'une compréhension non clivante engloberait les différentes variables et contextes impliqués dans la construction et l'énonciation des discours des participants. Cela s'applique également à notre analyse des données.

Nous allons exposer les différents cadres théoriques que nous allons utiliser.

3.4. « Comprendre » selon les différents cadres interprétatifs

Dans les cadres interprétatifs dans lesquels s'inscrit notre pratique d'analyse, trois courants théoriques de la recherche qualitative définissent ce que “comprendre” signifie pour chacun.

3.4.1. L'interactionnisme

Trois prémisses définissent l'interactionnisme (les travaux de Blumer, de Mead, de Geertz, de Schutz). *L'être humain est vu comme agissant sur les objets à partir du sens qu'il leur attribue ; le sens attribué à ces objets émane et provient des interactions sociales que l'être humain établit avec ses semblables ; l'être humain s'approprie le sens de ces objets grâce à un processus interprétatif qui se met en place lors de l'interaction avec les objets* (Savoie-Zajc 2013 p.10). C'est donc au sein d'une interaction dynamique entre une personne avec son monde que cette dernière construit un sens à sa réalité et aux phénomènes vécus. Schwandt (2003) explique que

la place du chercheur est celle d'un interprète extérieur dont la fonction est d'objectiver le processus de reconstruction de sens.

3.4.2. Le courant socio-constructiviste

Pour le courant socio-constructiviste, le sens de l'expérience compte moins que les processus de construction de sens qui intéressent ce courant. Ainsi, l'importance est accordée à la structure sociale à partir de laquelle un sens est attribué à la réalité quotidienne. *Les résultats de la recherche porteront aussi à la fois sur le sens du phénomène étudié mais également sur les contextes, les cadres structurants du phénomène* (Savoie-Zajc 2013 p.12).

Dans notre analyse, nous tenons compte de ces références (contexte, cadre structurant et interaction dynamique entre le sujet et son monde) dans la compréhension du phénomène au niveau de l'interprétation des méta-thèmes émergents.

Cependant, les cadres théoriques constitutifs de l'IPA sont l'herméneutique, l'idiographie et la phénoménologie.

3.4.3. Le courant herméneutique

Le courant herméneutique considère que la compréhension et l'interprétation se font dans un mouvement simultané, la compréhension étant au *cœur même de la condition humaine* (Savoie-Zajc 2013 p.11). Pour Gadamer, la compréhension ne peut pas être perçue comme une activité isolée de l'être humain, et elle structure toute expérience (Shwandt 2003).

La personne engagée dans une tentative de comprendre un phénomène est toujours dans une forme de projection. Les préconceptions et les différents cadres constitutifs du chercheur sont intimement convoqués au cours du processus d'interprétation. L'élaboration de ses pré-projections en fonction de l'émergence de sens du phénomène amène à une compréhension de ce que ce phénomène dégage (Smith & al. 2009). Des projections rivales peuvent se côtoyer jusqu'au dégagement d'un sens unitaire. L'interprétation démarre à partir de préconceptions qui sont progressivement remplacées par d'autres plus adaptées. Ce processus constant de nouvelles projections constitue le mouvement de compréhension et d'interprétation (Gadamer 1960). Cela dit, le phénomène influence l'interprétation qui influence la pré-structure qui, à son

tour, influence l'interprétation. Dans le cadre de la recherche, le chercheur est amené à comparer, contraster et modifier ses conceptions pour faire sens du phénomène étudié. En dialoguant avec son matériel, le chercheur est constamment renvoyé à ses précompréhensions jusqu'à ce que le sens spécifique du phénomène émerge du matériel s'impose à l'interprétation du chercheur.

Dans son étude, *De l'interprétation, essai sur Freud* (1970), Ricoeur distingue deux types d'interprétations : l'herméneutique en tant que collecte de sens et l'herméneutique en terme de soupçon, recherchant le sens caché. Dans la pratique de l'analyse phénoménologique interprétative, la collecte de sens implique plusieurs étapes : l'interview des participants à la recherche autour de certains aspects de leur expérience ; l'analyse des retranscriptions des entretiens de façon à clarifier fidèlement leur expérience ; la vérification de l'analyse auprès des participants ; la validation de la fidélité des résultats de la recherche au regard des propos qu'ils ont tenus. L'interprétation du sens caché est engagée dans un deuxième temps, celui de la mise en sens du dialogue entre le chercheur et l'ensemble du matériel, un ensemble constitué d'un aller-retour constant entre la partie et le tout.

Le cercle herméneutique concerne la relation dynamique entre la partie et le tout à plusieurs niveaux. Pour comprendre la moindre partie, le tout est convoqué. Et pour comprendre le tout, les parties sont convoquées. Du point de vue analytique, cette circularité décrit le processus d'interprétation reflétant une pensée dynamique et non linéaire. Le sens d'un mot devient clair dans le contexte de la phrase. En même temps, le sens d'une phrase dépend étroitement de la succession de sens de chaque mot.

Le cercle herméneutique permet une pensée utile pour le chercheur en IPA : il s'agit d'un processus itératif d'analyse et non linéaire. Nous sommes appelés à faire des allers-retours entre les différentes possibilités de penser notre matériel. Ce mouvement permet à la compréhension du matériel d'évoluer selon le cercle herméneutique.

Par ailleurs, l'interprétation se focalise sur le sens du matériel lequel est influencé par le moment/époque où l'interprétation se formule (Smith & al. 2009). Ainsi, dans le contexte de notre étude, le questionnement sur les réactions contre-transférentielles est nécessairement à situer dans le cadre des théorisations contemporaines autour du

contre-transfert et du trauma d'une part, et du positionnement des différents chercheurs engagés dans cette étude au regard de la clinique du trauma.

Lors du colloque *Quels traitements pour l'effraction traumatique ?* tenu par le Centre d'Etudes Psychopathologie et Psychanalyse en note de bas de page (30 janvier au 1er février 2014), les différentes interventions concernant l'attitude du psychanalyste et les spécificités des traitements témoignaient nettement de l'implication du contexte et du cadre du travail dans l'élaboration de la problématique du trauma et de son traitement. Des perspectives sensiblement différentes émanent selon les cadres de cures psychanalytiques dans un contexte « classique » tel le cabinet du psychanalyste face au traumatisme psychique dans sa conception freudienne, les cadres institutionnels où le thérapeute est face à un patient ayant confronté des événements traumatiques impliquant par exemple des actes de cruauté. Par ailleurs, mon propre questionnement sur les réactions contre-transférentielles face au trauma est à situer dans le contexte historique de la théorisation sur le contre-transfert et le trauma d'une part, et dans le moment où je me pose la question dans mon propre parcours d'abord au Liban, puis en Haïti et en France.

Nous sommes ainsi amenés à penser nos processus d'interprétation et de compréhension, à délimiter les conditions qui participent à leur organisation. *Les dimensions culturelles ainsi que le climat idéologique seront ainsi convoqués et permettront de relier à l'interprétation, les jeux de forces opprimantes qui font partie de l'aréna de construction de sens. Le savoir produit est donc historiquement et culturellement situé. (...) Ceci exige des chercheurs qu'ils soient conscients de leurs propres cadres de référence, idéologiquement parlant, et qu'ils reconnaissent les relations de pouvoir activées lorsqu'ils assument leur position de chercheurs* (Savoie-Zajc 2013 p.13). Ainsi, dans cette recherche, ma compréhension des propos des thérapeutes était dépendante de mon positionnement ou ma compréhension de certains contextes (ex. en Haïti et au Liban) dans lesquels travaillaient les psychologues ayant participé à la recherche.

Le savoir produit résulte d'un processus participatif et dialogique entre au moins deux personnes, le chercheur et le participant à la recherche. Gadamer écrit en 1989 *l'acte de comprendre doit être compris moins comme un engagement subjectif mais plutôt un retour à la tradition, un processus de transmission dans lequel passé et présent sont en constante médiation* (cité par Crotty 1998 : 101).

L'analyse pensée à partir du cercle herméneutique est ancrée dans le matériel et s'inscrit ainsi dans la perspective idiographique.

3.4.4. L'idiographie

Celle-ci s'intéresse au particulier. L'engagement de l'IPA dans le particulier s'opère à deux niveaux. D'abord, il y a l'intérêt au particulier dans le sens du détail, et par conséquent la profondeur de l'analyse. Ainsi, l'analyse doit être approfondie et systématique. Ensuite, l'IPA s'engage à comprendre comment un phénomène particulier est compris par un groupe particulier dans un contexte particulier. Cela dit, l'échantillon est sélectionné selon des critères définis et un contexte précis, prescrits par le phénomène à étudier. Le chercheur peut tout à fait avoir recours à des analyses de cas uniques. L'idiographie peut se contenter d'un cas singulier ou encore du processus de passer de l'examen détaillé d'un cas unique à des constats plus généraux. Ainsi, cette approche n'exclut pas les généralisations mais propose une façon différente de les établir (Harré 1979), telle que les identifier dans le particulier et les élaborer avec plus de précautions.

L'emphase sur le particulier ne se confond pas avec la focalisation sur l'individuel. Le regard phénoménologique sur l'expérience est complexe. D'une part, l'expérience est incarnée, située et perspectiviste. Elle est ainsi ouverte à une approche idiographique. D'autre part, c'est un phénomène relationnel et relevant du monde, qui nous offre une conceptualisation autour du vécu d'un être humain, sans se réduire nécessairement à la compréhension d'un individu en particulier.

L'expérience de l'être humain ou de l'existence humaine est comprise dans sa relation au phénomène, ainsi elle n'est pas littéralement la propriété d'un individu en particulier. Toutefois, un individu peut nous donner une perspective personnelle et singulière de sa relation à, ou son implication dans, un nombre varié de phénomènes.

Savoie-Zajc argumente que les cadres méthodologiques, notamment la phénoménologie, proposent ou non des avenues pour passer du singulier à l'universel. Elle considère qu'il appartient au chercheur de se fournir des moyens pour élargir l'envergure explicative des résultats de sa recherche. Les outils constituent selon l'auteure *des alliés incontournables pour dépasser le niveau descriptif de l'analyse et permettre au chercheur de proposer des interprétations crédibles, transférables*

visant une envergure explicative accrue (Savoie-Zajc 2013 p.17). Parmi ces outils figure la comparaison telle que proposée par Glaser et Strauss (1980) ; la « thick description » dans sa conception contemporaine dans le domaine de la recherche, outil permettant, par la description minutieuse et approfondie de l'échantillon étudié et du contexte, de définir les limites de la recherche et d'ouvrir des pistes de recherches complémentaires ; la créativité du chercheur, amené, à partir des données et de ses cadres théoriques, à travailler en extrapolation où ses caractéristiques personnelles sont en jeu, conjuguant l'intelligence de son savoir-être à son savoir-faire de chercheur ; le cas négatif qui remet en question les conclusions prévues par le chercheur et l'amène à approfondir sa recherche (Becker 2002). Nous choisissons de détailler ce dernier outil, le « cas négatif », en nous attardant sur la place de l'étude de cas dans l'IPA. Platt (1988) défend l'étude de cas quand elle décrit l'intérêt intrinsèque d'un objet. Yin (1989) souligne que l'étude de cas vise à démontrer l'existence d'un phénomène plutôt que son incidence. Ainsi, l'étude d'un cas singulier nous montre simplement que la chose est, permettant son exploration approfondie. Platt poursuit en démontrant la fonction d'étude de cas singulier en tant que contre-argument indicateur des failles d'une théorie existante sur une population donnée, invitant ainsi à sa révision. De même, Campbell (1975) souligne qu'une bonne étude de cas infirme nos attentes ou dévoile des éléments inattendus. Par conséquent, l'apport d'une étude de cas est de questionner nos aprioris, nos préconceptions et nos théories.

En s'engageant prématurément dans l'analyse et la classification, on encourt le risque de parcelliser la vie mentale et d'entreprendre l'exploration de la vie personnelle avec de faux clivages qui représentent mal ses organisations saillantes et ses intégrations naturelles.

Les outils ainsi que les cadres théoriques offrent les moyens au chercheur de qualifier de façon rigoureuse et crédible la singularité, nuancer le sens du « comprendre » choisi, et ainsi d'assumer une posture face au savoir lui permettant de proposer des interprétations singulières tout en pouvant les situer dans un cadre plus large. Cette compréhension de la singularité exige une suspension des attentes du chercheur pour laisser la place à une attention spécifique aux modalités d'organisation du phénomène perçu et vécu par le participant. Ce processus, la « suspension épochéale » d'Husserl,

constitue la base de la réduction phénoménologique et de la compréhension psychanalytique desquelles s'inspire essentiellement notre analyse.

3.4.5. La réduction phénoménologique

Le recours à la phénoménologie comme cadre théorique nécessite la clarification du concept husserlien de *retour aux choses mêmes*, explorant les diverses dimensions de la *réduction phénoménologique*. Cette méthode invite à un cheminement vers le phénomène vécu, *sans considération métaphysique sur sa vérité* (Dupeyron 2013 p.37). Revenir aux choses mêmes revient à « réciter » l'expérience rapportée par les participants à la recherche, dans une herméneutique de collecte de sens. La recherche du sens caché intervient, comme évoqué précédemment, dans une étape ultérieure et s'inscrit toujours dans une démarche qui résiste à la tentation de recourir à une compréhension interprétative du phénomène *par ce qu'il ne montre pas* (Dupeyron p.37). La réduction est à entendre ici dans le sens de reconduire l'expérience et le phénomène vers leur intimité. En préservant les détails, les irrégularités et les oscillations de cette réalité, la pratique phénoménologique consiste ainsi à élargir le phénomène au plus grand nombre possible de ses dimensions. Sa texture complexe et changeante doit être reflétée par l'intégration de sa variabilité, sa fugacité et engage constamment la totalité des dimensions du Soi.

La réalité d'un phénomène n'est accessible qu'à travers des voies multiples et une combinaison d'approches, *ni réduction ontologique à une essence, ni réduction méthodologique à l'objectivation et à la quantification, ni réduction disciplinaire à un seul champ de connaissances* (Dupeyron, 2013 : 39).

La réduction phénoménologique est un processus qui combine trois types de postures : la suspension epochale, la conversion réflexive et la variation eidétique.

- La suspension epochale : le souci d'une probité scientifique exige de la part du chercheur la suspension de son « monde acquis » et la focalisation sur la perception de ce monde. Cela suppose une suspension de ses a priori, préconceptions et représentations sans pour autant tomber dans le renoncement sceptique. L'objectif reste la compréhension du phénomène. Toutefois, la réduction transcendantale n'est pas non plus un retour à une

naïveté absolue du chercheur mais appelle une disponibilité intellectuelle et psychique évitant la précipitation dans l'interprétation du phénomène.

- La conversion réflexive : Husserl (1927) affirme l'impossibilité de décrire une expérience sans décrire simultanément l'objet de la conscience qui la perçoit. L'expérience ne peut être extérieure à soi, le sujet qui l'étudie est amené à la vivre autant que faire se peut. Heidegger questionne la possibilité d'accéder à une connaissance en dehors de toute position interprétative, position ancrée dans le monde vécu, le monde des objets, des personnes, des relations et du langage. *La conscience rend le monde possible comme tel, non pas son existence mais rend possible un monde significatif* (Drummond 2007 : 61). Le sujet se convertit au phénomène vécu pour accéder à une connaissance d'une qualité différente. Le regard phénoménologique porte ainsi sur *le phénomène-se-montrant* (Dupeyron 2013 : 40). Dans notre étude, nous cherchons à comprendre comment se vit la transmission du trauma chez les psychothérapeutes, le sens que les participants apposent sur ce phénomène qu'est le contre-transfert dans la rencontre avec les patients traumatisés.
- Une pratique phénoménologique s'inscrit dans la rencontre et l'intersubjectivité. Il n'existe de phénomène que dans la spécificité de la rencontre entre le thérapeute et le patient, et celle entre le thérapeute et le chercheur qui essaye de faire sens du faire - sens de l'expérience. Ainsi, elle engage la subjectivité du chercheur phénoménologue. Par conséquent, la question du passage de la singularité à l'universalité se pose à nouveau. Toutefois, la subjectivité du chercheur, abordée dans l'analyse du contre-transfert du chercheur, devient une variable en plus permettant d'objectiver mieux l'approche de l'objet étudié.
- La variation eidétique : le recours à la variation eidétique vise l'accès de ce passage à l'universalité dynamique et variante. L'expérience intellectuelle de l'*eidos* (l'essence) du phénomène œuvre progressivement au dépassement du singulier pur et du subjectif pour accéder aux propriétés invariantes qui sous-tendent la perception subjective des manifestations individuelles du phénomène (Smith & al. 2009). Pour Husserl, une des techniques contribuant à ce passage est la « libre variation de l'imagination » où le sujet se configure

attentivement les différentes instances possibles d'un phénomène. Ceci implique le recours aux expériences passées d'un phénomène/objet mais aussi la projection de nouvelles possibilités inconnues, en réfléchissant à leurs limites. L'objectif de ce processus est d'avoir un aperçu sur les ingrédients essentiels d'un phénomène et de retrouver son essence (Smith & al. 2009). La variation eidétique permet d'envelopper l'expérience singulière d'un *filet d'universalité* (Dupeyron 2013 : 44).

3.4.6. L'approche psychanalytique

Nous rajoutons aux cadres référentiels de notre approche d'analyse qualitative, l'approche psychanalytique du matériel. Cette dernière est à entendre dans ce qu'elle a comme zone commune avec le cercle herméneutique et la réduction phénoménologique dans l'approche phénoménologique husserlienne. Bien que nous ayons une formation psychanalytique et que nous ayons effectué pour notre étude une revue de la littérature psychanalytique, ce registre théorique intervient dans un second temps de l'étude. Je me suis abstenue de déployer une approche psychanalytique « appliquée », passant de la théorie aux discours des participants. J'ai procédé d'abord par une analyse phénoménologique rendant possible une lecture psychanalytique, ce qui revient à ce que Roussillon nomme *la théorie de la clinique* (Roussillon 2015). Roussillon propose, dans son article *Epistémologie de la psychanalyse et clinique de la théorie* publié sur son site le 28 avril 2015, une approche de la théorie à partir de la clinique dans une suspension époqhale du bagage théorique psychanalytique menant à une « théorie flottante ». Il rejoint d'une certaine façon Smith (2009) dans la tentative de ne pas faire parler le matériel sur ce qu'il ne dit pas. *Autrement dit en pratique la théorie doit être « suspendue », c'est l'une des conditions de possibilité de l'écoute flottante, nous retrouvons là, par exemple, la position de Bion concernant le point 0, celui à partir duquel l'analyste peut être « sans désir ni mémoire » celui à partir duquel il est réceptif, dans un état de « negative capability », de capacité à accepter l'inattendu, l'informe (Winnicott), l'indéterminé selon l'expression que j'ai proposé, l'inconnu à venir, ce que de son côté Rosolato a formulé en terme de « relation d'inconnu »* (Roussillon 2015, p.2). Cette position m'a ramenée au statut que Roussillon nomme de *sujet supposé ne pas savoir* (2015) – en se référant au concept

lacanien du « sujet supposé savoir ». Smith (2009) ainsi que Glazer & Strauss (1967) préconisent de donner aux participants à la recherche la place d'experts. Ainsi, l'approche psychanalytique est mise au service du discours des participants, laissant la place à la parole « théorisante » de ces derniers. Le discours des participants, l'analyse de ce matériel récolté sur le terrain a pour fonction de relancer le « processus théorisant » permettant à la théorie d'être pénétrée par la clinique. Cela m'a semblé d'autant plus pertinent que la littérature psychanalytique sur la question du contre-transfert en général reste une littérature fortement imprégnée par la théorie du concept, même dans ses aspects cliniques dont l'exposition est souvent *retenue* comme l'a souligné De M'Uzan (1989). Le recours à la psychanalyse est ainsi à considérer comme un des cadres interprétatifs de notre approche d'analyse qualitative, dans un « maillage théorique » tel que le suggère Roussillon (1995).

3.4.7. L'analyse phénoménologique interprétative (IPA)

L'objectif de l'IPA est donc l'exploration approfondie du *faire-sens* que font les participants de leur monde personnel et social. L'approche phénoménologique implique une exploration détaillée de l'expérience vécue du participant. Elle s'intéresse au point de vue personnel de l'individu et son récit autour du phénomène ou de l'objet étudié, en opposition à un constat objectif sur le phénomène ou l'objet en lui-même. De même, l'IPA considère la recherche comme un processus dynamique engageant le chercheur dans un rôle actif. En tentant d'avoir une perspective de l'intérieur (*insider's perspective*) (Conrad 1987 in Smith & Osborn 2008), le chercheur est amené à confronter ses propres représentations et préconceptions. Cela dit, l'IPA nécessite le recours à la double herméneutique.

De même, une analyse IPA implique un questionnement critique des récits des participants en essayant de dégager leur sens caché à travers un processus de compréhension - interprétation. En s'exprimant sur le vécu d'un phénomène, les participants traversent un état de tension interne entre le désir d'exprimer ce qu'ils pensent et ressentent et le désir de ne pas s'exposer au chercheur. Ce dernier est par conséquent amené à interpréter l'état mental et affectif des individus à travers leurs discours. Etant de formation psychanalytique, je me réfère dans l'analyse et

l'interprétation des processus sous-jacents à ces états affectifs et mentaux de la théorie psychanalytique.

Le processus de compréhension - interprétation s'appuie également sur le cadre de l'interactionnisme dont la pratique analytique de l'IPA se nourrit aussi, puisqu'elle s'intéresse à la construction du sens par les individus à travers leur monde social et personnel (Smith & Osborne 2008).

L'IPA est une approche pertinente quand l'objet d'étude implique une certaine complexité. Explorer la transmission du trauma dans le contre-transfert est un processus complexe nécessitant une multitude d'angles d'approches pour tenter de comprendre les différentes couches et dynamiques en œuvre. Je m'appuierai ainsi aux angles d'approches psychanalytique et transculturelle, faisant des allers-retours, quand nécessaire, à des éléments de l'histoire pour éclaircir certains points de l'interprétation.

S'inscrivant dans une approche qualitative et une analyse approfondie, les études IPA sont conduites auprès d'échantillons restreints (Smith & al. 2009 ; Smith & Osborne 2008). Elles s'engagent dans des analyses laborieuses de cas plutôt qu'à un recours à la généralisation basée sur la probabilité. Il s'agit d'un mode d'enquête idiographique permettant, à partir de l'analyse détaillée de cas d'individus, de dégager des caractéristiques concernant ces individus pouvant être extrapolés à un niveau plus large. Nous pouvons penser les résultats en terme de généralisation théorique plutôt que de généralisation empirique. Dans ce cas de figure, le lecteur peut faire des liens entre les résultats d'une étude IPA, sa propre expérience personnelle et professionnelle, ainsi que les constats dans la littérature.

Il n'y a pas de bonne réponse à la question de la taille de l'échantillon dans une étude qualitative (Pirès 1997) et encore moins dans une étude IPA (Smith & Osborne 2008 ; Smith & Al 2009). La taille relève surtout du degré d'engagement dans l'analyse des études de cas, de la richesse des cas et des contraintes des conditions de la recherche. Un aspect distinctif des études en IPA, c'est l'engagement dans une analyse interprétative détaillée des cas inclus ce qui ne peut pas être fait qu'avec un nombre limité de cas. Ainsi, ce serait privilégier la profondeur à la largeur.

3.5. Construction de l'échantillon

Dans cette recherche, nous tentons d'explorer, de décrire, d'interpréter et de situer les moyens déployés par les participants à faire sens de leurs réactions contre-transférentielles dans leur travail auprès des patients traumatisés.

La validité scientifique en recherche qualitative et interprétative relève de la capacité à faire sens du point de vue de l'acteur. Notre attention est ainsi portée au *faire-sens* du phénomène, le sens construit par les participants, chacun dans son contexte. Ce *faire-sens* doit tenir compte de la complexité de l'objet d'étude et de la multitude des interactions que le participant initie et auxquelles il répond (Savoie-Zajc 2007). *La fonction de la méthodologie n'est pas de dicter des règles absolues de savoir-faire, mais surtout d'aider l'analyste à réfléchir pour adapter le plus possible ses méthodes, les modalités d'échantillonnage et la nature des données à l'objet de sa recherche en voie de construction* (Pirès 1997, cité par Savoie-Zajc 2007 :100).

L'échantillonnage en méthode qualitative et interprétative comprend des caractéristiques générales (Glaser & Strauss 1967, Schwandt 1997, Smith & al 2009) : il est intentionnel (purposive sampling), relevant de l'objet de recherche, soutenu théoriquement et conceptuellement, accessible et répond aux critères éthiques encadrant la recherche et ceux de la communauté scientifique à qui la recherche sera exposée.

L'échantillon sélectionné détermine par ailleurs l'angle d'approche de l'objet d'étude. Miles et Huberman (1994) regroupent un ensemble de critères pour l'échantillonnage :

- l'intention du chercheur dans la recherche des cas à étudier tels que des cas extrêmes, homogènes, ou déviants, dans l'objectif de comparer
- la construction théorique qui rend opérationnel l'objet d'étude et justifie l'échantillon
- les critères logistiques rendant l'échantillon accessible (échéances, accessibilités, coûts etc.)

Le processus d'échantillonnage implique que le chercheur décide de son intérêt à aborder son objet d'étude à partir d'un cas unique ou d'une multitude de cas. Chaque

figure de cas entraîne des critères et des enjeux spécifiques. Dans le choix que nous avons fait, les cas multiples, deux critères sont à prendre en considération : la diversification et la saturation. Ces critères sont toutefois liés parce qu'il existe deux formes de diversification, une externe et l'autre interne. Cette dernière relève du processus de saturation.

Le principe de diversification est défini par Glaser et Strauss (1967) comme étant un critère majeur de sélection dans les échantillons qualitatifs par cas multiples. Dans les recherches qualitatives, le chercheur est appelé à donner le panorama le plus complet possible sur la question en diversifiant les cas, indépendamment de leur fréquence statistique (Pirès 1997).

La diversification externe porte sur des variables stratégiques permettant d'explorer une grande diversité d'attitudes supposées autour d'un phénomène (Michelat 1975 in Pirès 1997).

La diversification interne porte sur une finalité théorique différente. Le chercheur tente de donner un « portrait global » qui toutefois se limite à l'intérieur d'un groupe restreint et homogène d'individus. Cette démarche de diversification interne fait partie du processus de saturation empirique (Pirès 1997). Le concept de saturation théorique est introduit par Glaser et Strauss (1967) qui l'ont appliqué aux concepts (catégories) émergents des données et confrontés à différents contextes empiriques. Le chercheur doit développer les caractéristiques du concept émergent et s'assurer de sa pertinence théorique et son caractère heuristique (Pirès 1997). La saturation théorique d'un concept est atteinte quand les données n'apportent aucune nouvelle caractéristique au concept, ce que Glaser et Strauss ont nommé *category's theoretical saturation*. Pirès ajoute le concept de « saturation empirique » qui s'applique sur les données elles-mêmes : on parle de saturation empirique quand le chercheur considère que les derniers entretiens analysés n'apportent plus de nouvelles informations concernant le phénomène étudié et juge donc que l'augmentation du matériel empirique n'est pas justifiée. Le phénomène de saturation peut être compris de la façon suivante : une analyse suffisamment approfondie des données d'un groupe autour d'un phénomène devrait nous permettre de comprendre ce phénomène tel qu'il est vécu par le groupe, de façon à ce qu'une accumulation supplémentaire de données autour du même phénomène n'apporte plus de nouvelles informations permettant de découvrir des

aspects non explorés du phénomène (Znaniecki 1934 in Pirès 1997).

Le principe de saturation est plutôt un critère d'évaluation méthodologique de la constitution de l'échantillon. Sur le plan opérationnel, c'est un critère qui nous indique à quel moment arrêter la collecte de données et sur le plan méthodologique, il nous permet de faire une généralisation empirico-analytique des résultats. *En règle générale, les recherches qui recourent à l'échantillon par homogénéisation permettent de décrire la diversité interne d'un groupe et autorisent la généralisation empirique par saturation* (Pirès 1997 : 72).

Notre étude explore ainsi les réactions contre-transférentielles aux patients traumatisés afin de comprendre mieux les mécanismes de transmission du trauma. L'objectif est donc de faire une étude exhaustive et en profondeur de ce phénomène. Une expérience commune à tous les participants, et qui constitue le critère d'éligibilité, est la rencontre avec le patient traumatisé et son récit, ainsi qu'un engagement dans un accompagnement thérapeutique. Le processus de saturation implique toutefois que l'échantillonnage soit établi en maximalisant la diversification interne.

3.5.1. Critères de diversification interne

Michelat (1975 : 236 in Pirès 1997) a défini deux groupes de « variables stratégiques » visant la diversification :

- les variables générales comme le sexe, l'âge, la région etc.
- les variables spécifiques liées au phénomène étudié. Le chercheur choisit ces variables en fonction des études antérieures, ses intuitions théoriques qui l'amène à penser que ces variables sont source de différence. Dans notre étude, nous avons pensé à trois variables spécifiques :
 - le contexte de travail : la rencontre thérapeute - patient traumatisé peut advenir dans le cadre d'une pratique exclusive ou diversifiée, dans un cadre institutionnel ou libéral, dans un cadre de recherche ou encore dans le cadre d'un terrain humanitaire d'urgence ou de développement, dans le pays du psychothérapeute ou en expatriation.

- le nombre d'années d'expérience dans la clinique du trauma : les thérapeutes interviewés appartiennent à des âges professionnels différents. Certains sont au début de leur expérience professionnelle et d'autres ont une vingtaine d'années d'expérience.
- la question de la différence culturelle entre le thérapeute et son patient : les participants sont de cultures diverses et certains ont travaillé auprès de patients venant de cultures différentes, ou encore de communautés dont l'appartenance religieuse ou dont l'histoire a une spécificité politique par rapport au pays d'appartenance du psychothérapeute.

Le choix de diversification par ces variables spécifiques nous a paru important pour des questions relevant de la théorie d'une part, et des différentes expériences personnelles de l'équipe de recherche, notamment la mienne. La revue de la littérature sur la question du contre-transfert et de la transmission du trauma souligne la nécessité d'explorer l'implication du contexte de travail. Dans la littérature anglo-saxonne, les études effectuées sur le traumatisme vicariant et le stress traumatique secondaire ne distinguent pas ces derniers phénomènes de la fatigue compassionnelle ou du burn-out, et encore moins la spécificité des différents contextes de travail (Sabin-Farrell & Turpin 2003). Dans ces mêmes études, le nombre d'années d'expérience dans la clinique du trauma ainsi que la formation semblent également participer de l'impact du travail sur les thérapeutes. Certaines études montrent que l'ancienneté professionnelle constitue un facteur protecteur (Baird & Jenkins 2002) alors que d'autres études montrent que c'est le nombre d'années de travail dans la clinique du trauma ainsi que le nombre total de patients traumatisés parmi la totalité des patients qui entrent en jeu (Pearlman & MacIain 1995 ; Brady & Al. 1999). Quant à la dimension culturelle et politique dans les enjeux contre-transférentiels et les réactions face aux récits de trauma, elle n'est pas non plus abordée dans les études sur le trauma et le contre transfert. Qu'en est-il lorsqu'il s'agit de trauma de guerre, de cruauté humaine dans un contexte politique, de migration ou encore de catastrophe naturelle, donnant lieu à un recours au soin entre un patient et un thérapeute dont les appartenances résonnent avec des histoires politiques communes ? Cette question, bien qu'elle ne soit pas abordée directement dans notre entretien de recherche, elle était sous-jacente au choix de cette variable spécifique dans la construction de l'échantillon.

3.5.2. L'échantillon

La construction de notre échantillon s'est appuyée sur les principes que nous venons de définir. Il s'agit donc d'un processus intentionnel d'échantillonnage (*purposive sampling*) pour constituer un échantillon de cas multiples, restreint, homogène, diversifié dans son homogénéité.

Le recrutement s'est déroulé par le « bouche-à-oreille » pour les thérapeutes travaillant en libéral au Liban et à Paris. Etant psychologue avec une pratique libérale et institutionnelle depuis plusieurs années au Liban, j'ai pu facilement faire le recrutement en passant par mon réseau professionnel. Les entretiens auprès des thérapeutes libanais se sont déroulés pendant mon séjour au Liban (2012 ; 2013 ; 2014), sur leurs lieux de travail, donc dans leurs cabinets.

En ce qui concerne les thérapeutes travaillant dans les institutions en France ou en mission humanitaire comme expatriés, plusieurs membres de l'équipe de recherche étaient impliqués dans la mise en lien et conduisaient les entretiens : Mathilde Laroche Joubert – psychologue clinicienne et chercheuse ; Rahmeth Radjack – psychiatre et chercheuse ; ainsi que moi-même. Des institutions en France et en Belgique ont été contactées et nous ont mis en lien avec des thérapeutes travaillant auprès de patients traumatisés. Les institutions contactées ont des champs d'interventions diverses : hôpitaux publics, centres d'accueils pour migrants, organisations humanitaires non gouvernementales. Les entretiens se sont déroulés soit sur le lieu de travail des participants soit dans un bureau de l'équipe de recherche.

Les participants ont été mis au courant de l'objectif de la recherche, de la procédure de l'entretien, de la confidentialité quant à leur anonymat, et étaient consentants pour l'utilisation des entretiens dans la recherche et la publication.

Quarante-cinq entretiens ont été conduits et uniquement trente et un entretiens analysés sachant qu'il y a eu une saturation de données à partir d'une vingtaine d'entretiens analysés. Onze autres entretiens ont été analysés pour confirmer la saturation de données.

Nous présenterons ci dessous les participants qui ont été identifiés T1 à T35.

3.5.3. Description de la population :

- **Age :** les participants sont âgés entre 23 et 63 ans
- **Genre :** vingt-deux femmes et neuf hommes
- **Nationalités :** les participants sont de nationalités différentes notamment française, algérienne, marocaine, belge, béninoise, brésilienne, espagnole, iranienne, italienne, libanaise.
- **Contexte de travail :** pour des raisons conceptuelles relevant de la spécificité du contexte de travail, nous avons opté pour la classification suivante : contexte stable, contexte de guerre, d'instabilité sécuritaire et politique, contexte de catastrophe naturelle. Nous préciserons également quand il s'agit d'un travail dans un contexte d'expatriation.
- **Cadre du travail :** nous avons classifié les cadres de travail en libéral, institution, hôpital, mission humanitaire et nous avons spécifié quand le participant travaillait dans différents cadres à la fois. Cette spécification nous a paru importante pour explorer la fonction de la diversification du cadre de travail par rapport au travail exclusif avec les patients traumatisés ou encore dans un cadre unique de travail.
Ainsi nous avons dans notre population des participants travaillant dans l'humanitaire dont huit ont des activités parallèles (institution, libéral, ou hôpital) ; dans des hôpitaux ; dans des cliniques privées ; dans des institutions qui accueillent des migrants; en libéral.
- **Histoire personnelle de trauma :** dans notre entretien, nous avons demandé aux participants s'ils ont vécu des expériences traumatiques en leur laissant la possibilité de détailler ou de s'abstenir de répondre. Dans notre population nous avons vingt-trois participants qui ont répondu par oui ; un participant qui n'a pas voulu répondre à la question ; onze participants qui ont répondu par la négative.
- **Histoire de trauma dans la généalogie ou dans l'entourage :** vingt-deux participants ont répondu par oui ; treize participants ont répondu par non.

3.5.4. La grille d'entretien en IPA

L'objectif de l'IPA est la focalisation sur l'expérience du participant ou sa compréhension d'un phénomène, sa perception et son vécu du phénomène.

D'abord, les questions primaires de l'entretien en IPA portent sur la compréhension qu'ont les participants de leurs expériences. Il s'agit donc de questions ouvertes.

Dans un deuxième lieu, les questions secondaires, orientées par la théorie, tentent de répondre à des questionnements théoriques. Ce type de questions interroge ou dialogue avec les théories et modèles préexistants.

3.5.5. Notre entretien de recherche

La recherche a pour but d'analyser les processus de transmission du traumatisme d'un patient à son psychothérapeute/soignant. L'essentiel de la relation patient - soignant est qu'elle se construit au travers d'échanges intersubjectifs, certains conscients, d'autres inconscients, véhiculés par la relation transféro-contre-transférentielle. Le contre-transfert est plus accessible à étudier que le transfert d'un point de vue méthodologique : les phénomènes de transfert sont la plupart du temps décrits et analysés par le soignant (ou l'observateur) lui-même, ce qui introduit un biais évident qui correspond justement aux filtres contre-transférentiels de celui-ci. Les études sur le contre-transfert sont souvent des études théoriques et s'avancent peu sur le terrain délicat de la clinique du contre-transfert.

L'étude du contre-transfert dans le cadre de cette recherche repose sur deux axes :

- Le premier concerne les méthodes utilisées ici pour l'étude des contre-transferts qui nous permettront de définir en quoi ces contre-transferts sont singuliers lorsqu'il s'agit de patients traumatisés ;
- Le deuxième concerne l'analogie entre la dyade patient / soignant et la dyade mère / bébé. Cette analogie peut nous offrir un modèle et un outil pour étudier ce qui se passe entre la mère traumatisée et son bébé. Dans les deux cas, l'un des sujets est traumatisé, l'autre, a priori, ne l'est pas.

De nombreuses études ont montré que « quelque chose » du traumatisme passe de la personne traumatisée vers le soignant ou le chercheur (Wilson & Lindy 1994 ; Pearlman & McCann 1990 ; Figley 1995 ; Danielli 1988 ; Dalenberg 2000) et que ce dernier est amené à mettre en œuvre des défenses, des contre-attitudes pour se protéger de cette transmission. Par ailleurs, les patients font des efforts pour ne pas trop traumatiser leur soignant, même si ces efforts sont ambivalents.

De façon accessoire, il est possible que cette recherche sur les contre-transferts puisse déboucher ensuite sur des outils de formation initiale et continue pour tous ceux qui ont à s'occuper de patients traumatisés.

3.5.6. L'entretien semi-structuré de la recherche

L'entretien est la forme la plus adaptée pour approcher des éléments complexes (Pirès 1997 ; Smith & Al. 2009 ; Savoie-Zajc 2013) comme ceux qui sont regroupés sous le terme de contre-transferts. Il s'agit donc d'une grille de questions, dont le regroupement par sections est établi, en première intention, sur les différents registres émotionnel, cognitif, représentationnel etc.

L'entretien semi structuré est conduit par le chercheur avec le participant, enregistré en audio, retranscrit in extenso puis dépouillé et analysé. Les questions sont différenciées en « questions principales » et « questions complémentaires » qui peuvent être des « starters » pour encourager l'interviewé à approfondir ou développer certaines de ses réponses, ou des « shifters », relances pour modifier un peu la trajectoire du récit par exemple lorsque l'interviewé s'enlise dans une répétition du même thème. Pendant l'entretien, le chercheur note ce qui lui semble pertinent dans les réactions du participant et qui ne sera pas dans l'enregistrement audio : expressions mimiques, toniques et corporelles (langage du corps) ; moments de tension, d'hyperémotivité, ou, au contraire, moments de détachement, de moindre attrait pour certaines questions, de distractibilité voire de moyens détournés pour éviter ces questions ou pour arrêter l'entretien. Un système de codage permet de garder confidentielles les informations sur les noms des personnes et sur les lieux évoqués. En revanche, le sexe et l'âge sont des items retenus, ainsi que l'appartenance culturelle et religieuse (si la question est pertinente) pour le thérapeute et pour ses patients.

Un point plus délicat est celui de l'histoire personnelle du chercheur ou soignant. Comme nous l'avons expliqué dans le texte, il s'agit ici de se focaliser sur la transmission du trauma dans la relation thérapeutique ou de recherche. Ce qui est intéressant ici, c'est de savoir si le psychothérapeute a lui-même vécu une ou des expériences qu'il considère comme traumatiques ; s'il accepte d'en faire le récit, cela

ajoute un intérêt supplémentaire à cette question. Un point complémentaire est de savoir s'il a ressenti, au cours d'éventuelles rencontres antérieures avec des personnes traumatisées, un phénomène de traumatisation par procuration, et de quelle intensité.

Il s'agit d'un entretien semi structuré composé d'une série de questions regroupées selon les registres émotionnels, cognitifs, représentationnels et somatiques. L'entretien est divisé en deux parties.

La première concerne ce qui est là, avant tout travail thérapeutique ou toute observation. Elle aborde l'approche générale du thérapeute auprès des patients traumatisés ainsi que de son bagage théorique. Cette partie renvoie au champ extérieur du contre-transfert. La formation professionnelle, l'idéal théorique auquel adhère le thérapeute (Neyraut 1974 ; Donnet 1976), ou encore ses références, sont des facteurs déterminants dans la mobilisation défensive en jeu dans le contre-transfert ainsi que les modalités de leur utilisation comme outil de travail dans l'accompagnement du patient.

Dans cette même partie, une sous-partie traite du vécu personnel du thérapeute : ses propres expériences traumatiques directes ou transgénérationnelles ou encore son expérience de travail dans un cadre d'expatriation. Cette sous-partie permet d'explorer :

Une éventuelle spécificité quant à la réactivité contre-transférentielle liée à un vécu traumatique antérieur (vulnérabilité ou meilleure adaptation à l'approche thérapeutique) ; les facteurs « troubles » dans les situations d'expatriation : l'écart culturel d'une part et l'absence de cadre suffisamment contenant pour le thérapeute d'autre part, jouent un rôle dans la capacité d'élaboration du contre-transfert.

Il s'agit d'interviewer les participants sur un certain nombre de questions en-dehors du contexte d'une relation, thérapeutique ou non, déjà établie, avec sa dynamique propre. Nous notons d'abord l'âge, la formation générale du soignant ou du chercheur et les éventuelles formations qu'il a reçues concernant le traumatisme. Nous notons également avec grande attention son background professionnel et, en particulier, s'il a déjà travaillé avec des personnes traumatisées ou pas. Nous notons - avec les réserves d'usage concernant la discrétion - si le soignant ou le chercheur travaille actuellement dans un contexte « familial » (lieu de consultation, hôpital, groupe de recherche dans

son pays de résidence) ou s'il est expatrié et, dans ce cas-là, dans quel contexte. Ensuite viendront les questions sur ce que Smith (2008; 2009) appelle les « préconceptions » du participant. Les préconceptions sont explorées dans une perspective de temporalité : les questions portent sur des conceptions théorico-cliniques et des positions des participants en dehors de toute relation thérapeutique spécifique. Le récit du participant à cette partie de l'entretien est ensuite revisité à la lumière de ses propos concernant une situation concrète avec les patients suivis ou observés. Dans la première partie, c'est le traumatisme comme entité abstraite, projeté sur des personnes supposées et non identifiées, qui est exploré au niveau des préconceptions. Dans la deuxième partie, c'est l'exploration des réactions au traumatisme d'un patient rencontré, et donc d'une situation thérapeutique vécue par le participant. Dans cette deuxième partie, le participant est engagé dans une relation intersubjective qui rentre en jeu et qui modifie ses points de vue et ses réactions au regard du traumatisme.

Cette première partie est indispensable du fait que les théories et les pratiques autour de la question du traumatisme sont nombreuses, s'opposent souvent les unes aux autres et, selon les options personnelles du clinicien ou du chercheur, les défenses mobilisées et l'émergence ainsi que les tentatives d'organiser les formations de l'inconscient correspondant au contre-transfert seront différentes.

Concernant les thérapies, nous ne prendrons pas en compte leur type mais certains aspects apparaîtront à partir des questions. Toute notre étude prend pour objet la relation et les échanges intersubjectifs, que ce soit au cours d'un entretien faisant partie d'une recherche, de consultations thérapeutiques, de thérapies ou d'évaluations.

La deuxième partie vise l'exploration des contre-transferts avec des patients traumatisés en se centrant, auprès du thérapeute interviewé, sur une situation clinique précise. Elle concerne de façon plus détaillée les effets sur le thérapeute/soignant-observateur de ce qu'exprime la personne traumatisée et les formations inconscientes venant du soignant sous des formes diverses, allant du jugement à l'emporte-pièce aux réactions psychosomatiques. Le participant est invité à nous raconter l'histoire du patient et les images qui ont émergé face au récit de l'événement traumatique. Nous verrons que pour les représentations que le soignant ou l'observateur crée sous forme de petits scénarii que Lachal (2006; 2012) a appelés les *scenarii émergents*, il est

possible d'imaginer un troisième type de situation, différente de l'interview du soignant/observateur hors situation ou en situation de thérapie ou de recueil de données.

Cette deuxième partie comprend également deux sous-parties, où est demandé au thérapeute d'identifier et de qualifier l'intensité des émotions ainsi que des réactions physiques ressenties face au trauma du patient.

Cette partie nous permettra ainsi d'explorer les corrélations entre les constructions a priori - préconceptions - du thérapeute et l'expérience clinique vécue, telle qu'elle est reconstruite lors de l'entretien.

Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits in extenso ; les réactions mimiques et corporelles significatives qui auront lieu pendant l'entretien seront également relevées. Une impression clinique générale de l'intervieweur sur le discours de l'interviewé sera notée sur une grille à la fin de l'entretien.

3.5.7. Déroulement des entretiens

Les participants ont été contactés par les membres de la recherche chargés du recrutement. La prise de contact s'est passée soit directement ou en passant par des tiers (institution, collègues). Le premier contact s'établit par téléphone et/ou par courriel afin de mettre au courant le participant de l'objectif de la recherche, les conditions de l'entretien et son déroulement, et avoir son consentement puis poser un rendez-vous pour la passation. La plupart des participants ont d'emblée exprimé leur intérêt de participer à la recherche.

Lors du rendez-vous, les intervieweurs ont expliqué les différentes parties de l'entretien, précisé de nouveau l'anonymat des entretiens menés qui seront enregistrés, retranscrits pour ensuite être analysés. Un consentement oral est demandé pour l'utilisation du matériel recueilli pour d'éventuelles publications d'articles et des communications dans le cadre de congrès. Les participants étaient également informés de la possibilité de se désister de la recherche à tout moment du processus de recueil de données et de l'analyse.

Les entretiens ont duré entre quarante-cinq minutes et trois heures. Certains entretiens ont dû se passer en deux temps : étant donné que les intervieweurs laissaient la libre

parole aux participants, la liberté de rentrer dans certains détails, de préciser des points ou de développer de nouveaux points, certains entretiens pouvaient dépasser le temps prévu. Dans ces situations, l'intervieweur posait un deuxième rendez-vous pour poursuivre l'entretien.

La plupart des entretiens se sont déroulés sans difficultés. Nous avons pu observer quelques moments compliqués dans quelques entretiens. Cela pouvait être suscité par une défiance de la part des participants face aux questions relevant de la sphère personnelle, ou quand ils n'étaient pas d'accord avec certaines formulations de questions. De plus, ces moments de tension pouvaient être en lien avec la spécificité de l'objet d'étude, le contre-transfert face au trauma, où le chercheur, à certains moments de l'entretien, pouvait être vécu sur un mode persécuteur. Par ailleurs, les questions du contre-transfert ainsi que l'approche clinique des participants auprès de leurs patients pouvaient être vécues, dans le premier temps de l'entretien, sur le mode d'une évaluation par les chercheurs. Nous reviendrons sur ces points spécifiques dans l'analyse des entretiens.

3.5.8. Situation de la problématique et mise entre parenthèse de nos conceptions théoriques

Afin d'explorer la transmission du traumatisme dans le contre-transfert du thérapeute face au patient traumatisé, nous étions traversés par les questions suivantes.

a. Intensité et variabilité du vécu émotionnel contre-transférentiel

Nous entendons par vécu émotionnel, les émotions ressenties et exprimées à l'endroit du patient, de son vécu traumatique aussi bien que ceux qui sont projetés sur lui, que le thérapeute pressent comme étant le vécu du patient au cours d'une séance ou d'une cure.

Ce qui caractériserait le vécu émotionnel contre-transférentiel auprès des patients traumatisés tiendrait à son intensité et à ses fluctuations, allant souvent jusqu'à l'incohérence.

Il est alors possible d'explorer le contre-transfert auprès des patients traumatisés en se fondant sur le travail effectué sur le contre-transfert en général.

Nous pouvons d'abord nous référer à ce que Lachal a appelé la « maternelle attitude » dans le contre-transfert, en référence au concept de Ferenczi sur le transfert maternel.

Dans cette disposition contre-transférentielle, l'empathie prédomine. *Axée sur l'aspect primaire de la relation, le transfert maternel, introduit le concept de relation d'objet ainsi que la prise en compte de ses effets dans le cadre des avancées de la cure ; elle est une analyse « régressive » où prédominent l'expérience vécue, l'interaction, l'infraverbal et le « sentir avec » (« Einfühlung »). Elle permet à l'analyste d'entrer directement en contact avec « l'enfant dans le patient » (l'infantile de celui-ci) et de prendre ainsi connaissance des traumatismes subis .*

Dans cette même perspective sur les différents mouvements dans le contre-transfert, nous rencontrons également l'identification du thérapeute aux figures où le patient le place, dont, notamment, celle de l'agresseur (Lachal 2006).

Lachal souligne dans ce même passage la violence que peut susciter le caractère transgressif du récit du patient, pouvant éveiller chez le thérapeute colère, désir de vengeance de son patient, voire sentiment de folie.

Le contre-transfert comporte également une composante paternelle. Dans l'actualité de la séance et la reviviscence du trauma, la fonction protectrice du cadre thérapeutique n'est-elle pas elle-même mise à mal et questionnée ? Impuissante à protéger le patient comme, peut-être, la loi à un moment donné a été défaillante à le faire ?

b. Aspects cognitifs et représentationnels des réactions contre-transférentielles

Ce statut cognitif s'élabore en recherchant une cohérence. Cette cohérence n'est pas intrinsèque au trauma, elle ne peut s'établir qu'à condition de replacer ce qui est arrivé dans le cadre de sa propre vie, pour le patient et pour le thérapeute, la vie intime et la vie collective et relationnelle (Lachal 2006 : 63).

Pour réinscrire l'expérience traumatique dans l'histoire du sujet, afin de permettre à ce dernier de sortir de sa sidération, du gel pulsionnel, il est question de *repsychisation des zones agoniques* (Bokanowski 2002) par une resymbolisation de l'évènement traumatique. Cela dit, la vitalité psychique de l'analyste/thérapeute est fortement mobilisée dans ce qu'elle comprend comme capacités représentationnelles. Le thérapeute, comme le souligne Lachal, est amené à inscrire un « quelque chose » de l'expérience traumatique du sujet dans sa propre histoire, du moins professionnelle (si l'on considère qu'il est possible de faire une dissociation de registres), ce, afin de

métaboliser, de transformer les éléments chaotiques, clivés, en éléments cohérents porteurs de sens, aussi douloureux soient-ils. Ce processus de transformation pourrait advenir grâce à la capacité de rêverie du thérapeute, usant du contre-transfert comme objet transformateur (Bollas).

Toutefois, des noyaux traumatiques irreprésentables peuvent buter contre des tâches aveugles du contre-transfert, enfermant patient et thérapeute dans la répétition ou aboutissant à une interruption du suivi.

Les différents processus cognitifs et représentationnels en jeu dans le contre-transfert seront à étudier également à travers l'exploration des scénarii émergents¹³ chez les thérapeutes en réaction aux récits traumatiques des patients.

c. Réactions somatiques dans le contre-transfert

Quel serait le devenir (sur le coup du récit traumatique ou à plus long terme) de l'irreprésentable de l'expérience traumatique transmise par le discours du patient ? Chez ce dernier, *la part exclue du souvenir survivrait en secret : clivée de ses possibilités de représentation sur un mode névrotique, elle ne pourrait pas se traduire par des mots, mais se manifesterait corporellement (transes hystériques)* (Bokanowski 2002). Est-ce que le thérapeute, face à la dimension non métabolisable et irreprésentable du récit traumatique, évacuera le surplus d'excitation libre, non associée, par la somatisation, même passagère ? En groupe de supervision, nous observons souvent dans les récits des thérapeutes la description timide de malaises somatiques parfois liés directement à la séance rapportée ; d'autres fois, ces plaintes somatiques sont là, sans être intégrées dans le travail d'élaboration clinique, répétant à leur tour le cycle du clivage.

d. Spécificité du contre-transfert chez des thérapeutes ayant vécu eux-mêmes des expériences traumatiques

Toute rencontre entre patient et thérapeute est susceptible de réactiver des conflits internes aux thérapeutes. Cet aspect constitue un des ingrédients du contre-transfert et tout thérapeute est amené à élaborer ces émergences. La question du vécu traumatique chez les thérapeutes a été abordée dans plusieurs études qui ont donné des résultats différenciés. Certaines études (Kassam-Adamas 1995 ; Pearlman & MacIan 1995 ;

13 C. Lachal, le partage du traumatisme- contre transfert avec les patients traumatisés, Editions la pensée sauvage, collection TRAUMA, 2006 (p.65)

Jenkins & Baird 2002 ; Follette & Al. 1994) ont identifié l'expérience personnelle de trauma comme une variable significative dans les manifestations de symptômes post-traumatiques et de santé mentale fragile chez les soignants dans la clinique du trauma. Toutefois, d'autres études, notamment celle de Schauben & Frasier (1995) ont trouvé que l'histoire personnelle de trauma est une variable qui n'interagit pas significativement avec les manifestation symptomatiques chez les soignants dans la clinique du trauma. Ces différentes études ne permettent pas de distinguer la population de thérapeutes avec un vécu traumatique personnel ayant effectué un travail thérapeutique personnel pour gérer ses propres traumatismes et celle n'ayant pas réalisé ce travail. Selon l'analyse de la littérature de Sabin-Farrell & Turpin (2003) il est nécessaire d'avoir des études explorant plus en profondeur la spécificité des interactions entre l'histoire personnelle et l'impact du travail dans la clinique du trauma.

e. Spécificité du contre-transfert chez des thérapeutes en fonction du contexte de travail

Des études ont identifiés l'implication de certains facteurs du contexte de travail dans l'intensité de l'impact de la transmission traumatique chez les thérapeutes et la manifestation d'autres symptômes. Ainsi, ont été explorés l'implication du taux de patients traumatisés dans la charge totale du travail clinique (Schauben & Frazier 1995), l'exposition aux détails graphiques dans le récit des patients (Brady & Al 1999), le taux d'agression sur le lieu de travail (Cornille & Meyers 1999), l'accès à la supervision et au soutien (Kassam-Adams 1995). Cependant, plusieurs caractéristiques relevant du contexte de travail n'ont pas été évaluées dans ces études. Notre étude a tenté d'explorer l'impact de la formation au travail dans la clinique du trauma ; la spécificité du cadre de travail, notamment l'implication d'un contexte d'instabilité politique ou encore d'écart culturel entre le thérapeute et le patient.

3.5.9. Traitement des données et analyse des entretiens

Nous présenterons ci-dessous les étapes que nous avons suivies dans le traitement des données et l'analyse afin de permettre au lecteur de suivre notre raisonnement dans l'interprétation en la rendant autant transparente que possible, élément primordial dans l'approche IPA.

L'IPA est essentiellement analytique comme la plupart des approches en psychologie qualitative. Elle peut être caractérisée par un groupe de processus communs – tels qu'avancer du particulier au partagé et du descriptif à l'interprétatif – et de principes communs – tels que l'engagement dans la compréhension du point de vue du participant et un regard psychologique sur le *faire-sens* personnel dans un contexte particulier. Ces principes restent flexibles selon la tâche analytique (Smith 2009). Les chercheurs en IPA (Eatough & Smith 2008 ; Larkin & Al. 2006 ; Smith 2004) décrivent l'analyse comme étant itérative et inductive suivant certaines stratégies que nous avons appliquées dans notre traitement des données :

- Une analyse linéaire des propos des participants et une compréhension du discours de chacun d'eux.
- L'identification des thèmes émergents du matériel en soulignant les convergences et les divergences, les éléments communs et les nuances. Pour cela, nous avons commencé d'abord par l'analyse longitudinale de cas uniques puis nous sommes passés progressivement à l'analyse transversale des cas multiples.
- Engager un dialogue entre les chercheurs, leur codage des données et leur savoir clinique, autour du sens que nous pourrions apposer sur les propos des participants dans la particularité du contexte de chacun. C'est ce dialogue qui amène à la construction d'un récit plus interprétatif du matériel.
- L'élaboration d'une structure qui établit les relations entre les différents thèmes émergents.
- L'organisation de tout ce matériel sous un format qui permet aux données analysées d'être retracées à travers ce processus, depuis les commentaires initiaux des retranscriptions, en passant par le regroupement des unités de sens et le développement thématique jusqu'à la structure finale des thèmes.
- Le recours à la supervision, la collaboration ou encore l'audit afin de tester et de développer la cohérence et la crédibilité des interprétations.
- La rédaction d'une analyse appuyée par des commentaires détaillés des extraits du matériel qui accompagne le lecteur à travers l'interprétation lui donnant accès aux détails des thèmes et parfois à un support visuel (diagramme ou tableau).

- La réflexion sur ses propres perceptions, conceptions et processus.

a. Première étape : la lecture approfondie

Elle consiste en une lecture approfondie de chaque entretien en tentant de rendre le participant au centre de notre analyse. Cette étape est traversée par une sorte de submergement par des questionnements et des commentaires que nous avons pu avoir au premier contact avec le matériel. Afin de m'astreindre à me centrer sur les propos de chaque participant, j'ai eu recours à l'annotation dans un carnet de bord, où je note mes impressions, mes questionnements, les théories qui me viennent à l'esprit et mes premiers commentaires. Il s'agit d'un premier exercice de mise en parenthèse ou *bracketing* (Pailler 2003 ; Smith 2009) visant le décentrage. Par ailleurs, ce carnet a servi d'outil d'auto-observation quant à l'évolution de ma pensée, à travers l'évolution de la recherche et de l'analyse. J'ai pu soumettre ces commentaires aux autres chercheurs de l'équipe. Il m'a également permis de noter mes réactions contre-transférentielles de chercheuse et de clinicienne face aux propos d'autres cliniciens - participants à la recherche. Comme j'ai pu l'évoquer précédemment, certains entretiens résonnaient plus particulièrement avec ma propre expérience professionnelle ou encore renvoyait à mon histoire personnelle. Par ailleurs, à cette étape, j'ai pu m'apercevoir des liens qui se construisaient dans le récit tout au long de l'entretien ou encore des contradictions et des paradoxes, d'intrigues amenant à questionner l'intrication des mécanismes de défenses mobilisés dans la situation d'entretien et ceux resurgissant de la situation clinique de trauma remémorée pendant l'entretien.

b. Deuxième étape : la prise de note initiale

Elle consiste en une annotation très détaillée qui a permis de produire un ensemble de notes et de commentaires compréhensibles. Parmi ces annotations, figuraient des commentaires descriptifs à portée essentiellement phénoménologique et reprenant fidèlement le sens explicite amené par les participants. Ces commentaires reprennent les objets importants qui semblent structurer les pensées et les expériences des participants. Je me suis engagée dans une réflexion autour de l'expérience de chaque participant et la relation qu'il entretient avec les choses importantes qui constituent son monde.

D'autres commentaires d'ordre plus interprétatif dénotent ce qui m'a semblé être les raisons ou objets sous-jacents à ces éléments dans le discours des participants. Cette partie interprétative s'appuie sur plusieurs pistes dont le choix du langage par le participant, le contexte dans lequel il travaille et il baigne, et les associations d'idées dans son discours. Elle permet d'identifier des thèmes plus abstraits nous amenant à un niveau conceptuel. Il s'agit là d'une tentative de mise en sens de la mise en sens par les participants, impliquant la double herméneutique évoquée précédemment.

c. Troisième étape : l'élaboration des thèmes émergents

L'analyse des annotations exploratoire ouvre la voie à l'identification des thèmes émergents en les appuyant par des courtes séquences des entretiens. Bien que cette procédure semble fragmenter l'expérience des participants en découpant leur discours et l'intégrant dans des thèmes plus généraux, cette expérience est de nouveau reconstituée sous une forme plus conceptuelle à la fin de l'analyse. Les thèmes émergents sont suffisamment spécifiques pour être ancrés dans les discours des participants et suffisamment abstraits pour être conceptuels. Elles illustrent la compréhension de la partie du discours à partir du tout et du tout à partir de la partie. De plus, les thèmes émergents reflètent aussi bien la parole des participants que l'interprétation de l'analyste.

d. Quatrième étape : la quête du lien à travers les thèmes émergents

Afin de mettre en lien les thèmes émergents, l'IPA (Smith 2009) préconise le regroupement de ces derniers en méta-thèmes (*super-ordinate themes*) à partir des critères suivants :

- L'abstraction : elle consiste en l'identification des schémas communs entre les thèmes émergents, rassembler ceux qui se ressemblent sous un méta-thème
- La subsumption : elle concerne les thèmes qui peuvent se rassembler pour constituer un méta-thème
- La polarisation : elle consiste en un regroupement à partir des différences et des oppositions au lieu des ressemblances

- La contextualisation : elle consiste en un regroupement à partir des constellations de thèmes émergents dans le discours du participant, le moment où le thème émerge dans le récit du participant
- Le numérotage ou la fréquence d'apparition : étant dans une approche qualitative, certains thèmes semblent essentiels dans le récit d'un participant de par la fréquence de son émergence ou encore la pertinence du moment de son émergence dans un contexte particulier
- La fonction du thème émergent dans le récit : l'organisation des thèmes selon leurs fonctions dans le récit du participant permet de dépasser le niveau premier des mots utilisés par le participant et de donner sens à la fonction de ces mots au regard de son expérience vécue

Ces stratégies de regroupement ne sont pas mutuellement exclusives. Nous avons eu recours à l'une et l'autre selon ce qui nous est apparu comme pertinent pour l'analyse.

e. Cinquième étape : passer à l'entretien suivant

Engagée dans une position idiographique, l'IPA préconise de traiter, dans un premier temps, chaque entretien dans sa particularité. Il est donc nécessaire de procéder par la même mise en parenthèse (*bracketing*) des thèmes émergents de l'analyse d'un entretien afin de donner à l'entretien suivant toute sa place et être attentif à sa spécificité. Cette stratégie nous a permis de relever les différences et les nuances dans le vécu de chacun, permettant de questionner l'implication de certaines variables tels que le contexte de travail, la culture et l'histoire dans les réactions contre-transférentielles face aux récits traumatiques.

f. Sixième étape : la recherche de patterns à travers les entretiens

Cette étape consiste en un regard transversal sur les différentes analyses d'entretiens effectuées à la recherche de thèmes émergents qui reviennent ou de schémas qui se recourent. Certaines analyses ont permis de clarifier ou d'approfondir d'autres. Cette étape permet de passer à un niveau plus élevé de théorisation ancrée dans l'analyse des données.

L'approche en IPA ne pose pas de règles sur la détermination des méta-thèmes à partir de la fréquence de leur apparition. Le choix des thèmes et des méta-thèmes dépendra de leur pertinence et du niveau de leur apparition. Certains thèmes nous ont paru particulièrement importants de par leur richesse et le niveau de clarification qu'ils peuvent apporter à d'autres thèmes émergents ou à notre objet d'étude. D'autres ont été retenus parce qu'ils permettent de questionner certains concepts théoriques répandus.

3.5.10. La validation des résultats

Les critères d'évaluation de la qualité et de la validité d'une recherche IPA répondent essentiellement à ceux posés par Yardley (2000 ; 2008). Celle-ci présente quatre principes généraux pour évaluer la qualité d'une étude qualitative.

Le premier principe est la sensibilité de l'étude au contexte tels que le milieu socio-culturel où se situe la recherche, la littérature sur le sujet, et le matériel récolté auprès des participants. Le choix de l'IPA témoigne d'emblée de cette sensibilité au contexte à travers la valorisation de l'idiographique et du particulier. D'abord, dans notre processus d'échantillonnage intentionnel, nous avons visé d'explorer le contre-transfert dans un contexte particulier, celui de la rencontre avec le patient traumatisé, en diversifiant les cadres de cette rencontre afin d'explorer son impact. Ensuite, le processus d'entretien et l'interaction entre le participant et le chercheur sont analysés et les contre-attitudes et le contre-transfert du chercheur sont attentivement notés et intégrés dans le matériel analysé.

La sensibilité au contexte est également perçue dans les différentes étapes de l'analyse des données : le *faire-sens* de la tentative des participants à faire sens de leurs expériences sollicite une immersion dans le monde de ces derniers. Une attention particulière est accordée aux processus mis en œuvre dans leurs narrations ainsi qu'à la compréhension des contextes desquels ils énoncent leurs discours. L'analyse est circulaire et itérative, toujours ancrée dans les propos des participants avec lesquels j'illustre les résultats et les interprétations.

Enfin, la revue de la littérature est une étape importante bien qu'elle intervienne en dernier lieu afin de ne pas influencer l'analyse du matériel. Dans un premier temps, le choix de l'objet d'étude est en réponse aux besoins constatés au niveau de la

littérature sur le sujet et dans un second temps, la discussion des résultats est un dialogue avec cette littérature.

Le deuxième principe de Yardley est l'engagement et la rigueur. Notre étude témoigne de ce critère en tant qu'équipe de chercheurs d'une part, et au niveau individuel, en tant que clinicienne et chercheuse, dans plusieurs aspects. Cette recherche a été conçue à partir d'un vif intérêt théorico-clinique porté à son objet d'étude, la transmission du trauma, qui remonte à 2006 et dont la visée de recherche a vu le jour avec la publication de Lachal, *Le partage du traumatisme* (2006). Les chercheurs et chercheuses de l'équipe ont tous une pratique dans la clinique du trauma. Les uns et les autres ont entre cinq et quarante années d'expériences dans différents contextes : institutionnels, hospitaliers, missions humanitaires, cabinets privés et recherches. Depuis sa conception en 2010, l'équipe de chercheurs et de chercheuses fait des réunions bimensuelles pour discuter de chaque étape de son élaboration. La revue de la littérature à la lumière des différentes expériences cliniques a amené l'équipe à penser la recherche selon deux axes d'approche : l'axe portant sur l'étude de la transmission du trauma d'une mère à son bébé et l'axe portant sur l'exploration du contre-transfert chez les thérapeutes travaillant auprès de patients traumatisés (Lachal 2006 ; Mouchenik & al. 2012 ; Moro & al. 2014). L'approche méthodologique ainsi que la grille d'entretien semi-directif ont évolué au fur et à mesure que l'élaboration de groupe avançait. Une première étude qualitative exploratoire de l'axe portant sur l'exploration du contre-transfert a été effectuée en 2011 (El-Husseini 2011 ; El-Husseini & al. 2014) en suivant une grille d'analyse de contenu construite par l'équipe de recherche. Cette étude a permis une première évaluation de notre grille d'entretien et d'analyse qui nous a mené au choix de l'IPA. Ce changement a été décidé dans un souci d'une grande attention à la parole des participants comme experts imposant une rigueur plus soutenue qu'accorde l'approche IPA et surtout un engagement à rester au plus près de l'expérience vécue de ces derniers. Ainsi, notre étude propose la possibilité d'accéder au particulier, partant du principe idiographique, à travers la description des expériences individuelles. Toutefois, elle ne s'y limite pas, et donne accès aux thèmes communs aux différents participants à travers une interprétation du sens qui se dégagent des expériences individuelles.

Le troisième principe de Yardley est la transparence et la cohérence. J'ai essayé tout

au long de ce travail, et conformément à ce que préconise l'IPA, de décrire chaque étape de la recherche, permettant au lecteur de suivre clairement le processus opérationnel : la construction de l'échantillon, le déroulement des entretiens, l'analyse du matériel et l'élaboration de son interprétation. De plus, j'ai tenu à préserver les nuances, les oppositions ou contradictions en les présentant dans une lecture qui y reconstruit un sens, sans à aucun moment, enfermer le matériel dans une lecture interprétative unique. Ainsi, dans une perspective de transparence et de cohérence, il devrait être possible d'apporter d'autres interprétations selon les différentes sensibilités cliniques. Je me réfère à Roussillon qui explique qu'*une séquence clinique qui ne se donnerait comme interprétable que d'une seule manière aurait toutes les chances de n'être qu'une clinique ad hoc, qu'une clinique trafiquée pour les besoins de la démonstration, elle n'est jamais alors en mesure de venir «démentir la théorie», ce serait une clinique «appliquée», une clinique «sous influence»* (Roussillon 2015, p.7).

Le dernier principe de Yardley est celui de l'impact et de l'importance de l'étude. Elle précise qu'une étude aussi rigoureuse soit-elle est validée par l'intérêt, l'utilité et l'importance qu'y accorde le lecteur. C'est ce à quoi nous aspirons en vous exposant ce travail qui a suscité un grand intérêt pour nous en tant qu'équipe de recherche et de clinicien(nes).

Par ailleurs, l'analyse du matériel est passée par des critères d'évaluation et de validation plus précis. Comme mentionné précédemment, la codification, l'analyse des entretiens et la construction des thèmes émergents ont été soumis à une validation inter-jury d'une part, et à une validation par les participants d'autre part.

Tout au long du traitement des données, j'ai eu la possibilité d'en discuter dans trois espaces distincts : deux séminaires de recherches mensuels avec deux groupes différents de doctorants ainsi qu'une réunion bimensuelle avec l'équipe de recherche composées d'une dizaine de chercheurs. Par ailleurs, les résultats ont également été soumis aux participants à la recherche par courriel. Certains ont répondu par courriel et d'autres ont été rencontrés pour discuter et avoir leur retour.

Ainsi, les thèmes retenus et les résultats présentés sont ceux qui sont passés par la triangulation avec d'autres chercheurs et surtout avec les participants qui sont le plus à même de juger de la pertinence des analyses par rapport à leurs discours.

Une autre dimension de validation est le retour d'autres cliniciens et chercheurs dans le cadre des colloques où j'ai communiqué les premiers résultats de la recherche.¹⁴

3.5.11. Organisation des données

Afin d'organiser les données recueillies dans les trente-et-un entretiens, j'ai eu recours au logiciel de traitement de données qualitatives NVIVO version 10 élaboré par QSR International. Ce logiciel créé en 1999 par Tom Richards a évolué jusqu'à sa dixième version commercialisée en 2012 et dont je me suis servie. Son objectif est d'aider à l'organisation et l'analyse de données non numériques et non structurées. Le logiciel permet de classer, trier et mettre en ordre l'information, examiner les relations entre les données, combiner l'analyse avec la mise en lien, la mise en forme, la recherche et la modélisation de l'information. Le chercheur peut identifier des tendances dans les données et examiner transversalement l'information de différentes façons en utilisant le moteur de recherche et de requête du logiciel. NVIVO peut être utilisé pour une grande marge de méthodes de recherche dont la recherche-action, l'analyse de discours, la théorie ancrée, l'IPA, la revue de la littérature etc. Il accueille des données en format audio, vidéo, photos, word, PDF ainsi que des données extraites du web et des réseaux sociaux. Le chercheur peut importer des données de différentes applications (excel, word, EndNote etc.). Il peut également commander des transcriptions des projets dans NVIVO sous forme de rapports de projet permettant périodiquement d'avoir un aperçu sur l'évolution du travail et de les partager avec l'équipe de recherche. Le logiciel existe en plusieurs langues (anglais, français, allemand, portugais, espagnole et en chinois format simplifié ainsi qu'une version séparée en japonais).

Cet outil est de plus en plus répandu dans les recherches qualitatives de par la facilitation du travail d'organisation qu'il permet ainsi que de la possibilité d'objectiver certaines tendances dans les résultats en parcourant simplement et rapidement le matériel. Ainsi, pour vérifier l'occurrence de telle ou telle catégorie

¹⁴ Journée scientifique : Problématiques contemporaines en clinique transculturelle - mars 2014 à Paris ; PUBLICUM UTRPP : groupe de réflexion et d'échanges clinique - mars 2014 à l'université de Paris 13 Villeteuse ; 16^{ème} colloque de l'autre : effets de la mondialisation sur la rencontre clinique - octobre 2014 à Lyon ; XV^{ème} journée doctorale du SIUEERPP : Psychopathologies de la vie contemporaine – Du culturel à l'universel dans les dispositifs cliniques - décembre 2014 à Angers ; ESCAP- From research to clinical practice, linking the expertise- Juin 2015 à Madrid ; Colloque international de la Lebanese Psychological Association- Psychology in the Arab region, between adversity and resilience- Octobre 2015 à Beyrouth

dans un nombre d'entretiens, nous pouvons en faire une requête et le moteur de recherche va parcourir la totalité des catégories (*nodes/noeuds*), les rassembler en mettant en évidence les séquences d'entretiens qui y sont liés. Il permet également d'affilier les catégories ou *child nodes* à des catégories plus larges *parent nodes* jusqu'à les regrouper sous un thème et ensuite en méta-thème.

4. PRESENTATION DES RESULTATS

4.1. Présentation des participants à la recherche

Nous rappelons que les données permettant d'identifier les participants ont été anonymisés.

Nous présenterons ci-dessous les participants qui ont été identifiés T1 à T35.

ID	Age	Genre	Langue utilisée au quotidien	Formation spécifique au trauma	Profession
T1	32	M	Français	Non	Psychologue
T2	29	F	Français	Non	Psychologue
T3	37	F	Français	Oui	Psychologue
T4	59	F	Français	Oui	Psychologue
T5	50	F	Français	Oui	Médecin - Psychothérapeute
T6	48	F	Français	Oui	Psychiatre-Anthropologue- Psychothérapeute
T.8	31	M	Français	Oui	Psychologue
T.9	56	F	Français	Non	Psychologue
T.10	33	M	Arabe et Français	Non	Psychologue
T.11	40	F	Français	Non	Psychologue
T.12	25	F	Français	Non	Psychologue
T.13	35	M	Français	Non	Psychiatre
T.14	63	M	Arabe - Français	Non	Psychiatre- Psychanalyste
T.15	51	F	Français	Oui	Psychologue
T.16	33	F	Arabe - Français	Non	Psychologue
T17	52	F	Français	Non	Psychiatre
T18	44	F	Français	Non	Psychologue
T21	30	M	Français	Non	Psychiatre

T22	39	M	Français	Oui	Psychothérapeute
T23	49	F	Français	Non	Psychothérapeute
T24	44	F	Français	Non	Pédopsychiatre
T25	30	F	Français	Non	Psychologue
T26	23	F	Français	Non	Psychothérapeute
T27	30	F	Français	Oui	Psychologue
T28	30	F	Français	Non	Psychologue
T29	41	F	Français	Oui	Psychologue
T30	Inaudible	M	Français - Portugais	Non	Psychiatre
T32	32	F	Français	Oui	Psychiatre
T33	34	M	Français	Oui	Psychologue-psychanalyste
T34	32	F	Arabe + Français	Non	psychologue clinicienne et psychothérapeute
T35	30	F	Arabe	Non	psychothérapeute

Age : Les participants sont âgés entre 23 et 63 ans

Tranche d'âge	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Nombre de participants	8	11	6	4	1

Genre : vingt-deux femmes et neuf hommes.

Nationalité

Algérienne	Belge	Béninoise	Brésilienne	Espagnole	Française	Iranienne	Italienne	Libanaise	Marocaine
1	1	1	2	1	16	1	2	5	1

Contexte de travail

Ci-dessous les résultats détaillés

ID	Age	Genre	Contexte de travail durant la situation choisie: guerre; stable; instabilité politique; catastrophe naturelle
T1	32	M	catastrophe naturelle + instabilité sécuritaire
T2	29	F	catastrophe naturelle + instabilité sécuritaire
T3	37	F	catastrophe naturelle
T4	59	F	catastrophe naturelle
T5	50	F	stable (France)
T6	48	F	stable (France)
T.8	31	M	catastrophe naturelle + instabilité sécuritaire
T.9	56	F	catastrophe naturelle + instabilité sécuritaire
T.10	33	M	instabilité sécuritaire + politique
T.11	40	F	contexte de guerre
T.12	25	F	stable (France)
T.13	35	M	contexte de guerre + instabilité sécuritaire et politique
T.14	63	M	contexte de guerre + instabilité sécuritaire et politique
T.15	51	F	stable (France)
T.16	33	F	contexte de guerre + instabilité sécuritaire et politique
T17	52	F	stable (France)
T18	44	F	stable (France)
T21	30	M	stable (France)
T22	39	M	stable (France)
T23	49	F	stable (France)
T24	44	F	stable (France)
T25	30	F	stable (France)
T26	23	F	stable (France)
T27	30	F	stable (France et Italie)
T28	30	F	stable (France)
T29	41	F	stable (France)
T30	Inaudible	M	stable (France)

T32	32	F	stable (France)
T33	34	M	stable (France)
T34	32	F	Contexte de guerre + instabilité sécuritaire et politique
T35	30	F	contexte de guerre + instabilité sécuritaire et politique

Cadre du travail

ID	Age	Genre	Profession	Type: Humanitaire/ institution avec les migrants/ clinique privée
T1	32	M	Psychologue	missions humanitaires
T2	29	F	Psychologue	Missions humanitaire + autre (pas précisé mais probablement en libéral)
T3	37	F	Psychologue	Missions humanitaire + autre (pas précisé mais probablement en libéral)
T4	59	F	Psychologue	Mission Humanitaire + libéral
T5	50	F	Médecin - Psychothérapeute	Institution pour migrants
T6	48	F	Psychiatre-Anthropologue- Psychothérapeute	Institution pour migrants
T.8	31	M	Psychologue	Missions humanitaires
T.9	56	F	Psychologue	Missions humanitaires
T.10	33	M	Psychologue	Mission Humanitaire + libéral
T.11	40	F	Psychologue	Mission Humanitaire + institutions (migrants, toxicomanes)
T.12	25	F	Psychologue	Institution pour migrants
T.13	35	M	Psychiatre	Institution pour migrants + Mission pour recherche
T.14	63	M	Psychiatre- Psychanalyste	Mission humanitaire + hôpital + libéral

T.15	51	F	Psychologue	Institution pour migrants
T.16	33	F	Psychologue	Institution pour migrants
T17	52	F	Psychiatre	Hôpital
T18	44	F	Psychologue	Libéral
T21	30	M	Psychiatre	Hôpital
T22	39	M	Psychothérapeute	Hôpital
T23	49	F	Psychothérapeute	Hôpital
T24	44	F	Pédopsychiatre	Hôpital
T25	30	F	Psychologue	Hôpital
T26	23	F	Psychothérapeute	Hôpital
T27	30	F	Psychologue	Hôpital
T28	30	F	Psychologue	Doctorante en thèse
T29	41	F	Psychologue	Hôpital
T30	Inaudible	M	Psychiatre	Institution
T32	32	F	Psychiatre	Institution pour adolescents
T33	34	M	Psychologue-psychanalyste	Hôpital
T34	32	F	psychologue clinicienne et psychothérapeute	Humanitaire + clinique privée
T35	30	F	psychothérapeute	Institution pour migrants (centre d'accueil pour ex-torturés)

Histoire personnelle de trauma

ID	Age	Genre	Pays d'origine	Expérience trauma personnel
T1	32	M	Iran	Oui
T2	29	F	France	Oui
T3	37	F	France - origines algériennes et polonaises	Oui

T4	59	F	France	Oui
T5	50	F	France - origine arménienne	Non
T6	48	F	France- origine malgache	Oui
T.8	31	M	Belgique	Oui
T.9	56	F	France	Non
T.10	33	M	Liban	Oui
T.11	40	F	France	Non
T.12	25	F	France	Non
T.13	35	M	France	Oui
T.14	63	M	Liban	Oui
T.15	51	F	Maroc	Non
T.16	33	F	Liban	Oui
T17	52	F	France	Oui
T18	44	F	France - origines polonaises	Oui
T21	30	M	Brésil	Oui
T22	39	M	Algérie	Non
T23	49	F	France	Oui
T24	44	F	Espagne	Oui
T25	30	F	France	Non
T26	23	F	France	Oui
T27	30	F	Italie	Non
T28	30	F	Bénin	Non
T29	41	F	France	Oui
T30	Inaudible	M	Brésil	Ne veut pas répondre
T32	32	F	France- origines italiennes	Oui
T33	34	M	Italie	Oui

T34	32	F	Liban	Oui
T35	30	F	Liban	Oui

Histoire de trauma dans la généalogie ou dans l'environnement

ID	Age	Genre	Pays d'origine	Expérience trauma généalogique
T1	32	M	Iran	Oui
T2	29	F	France	Non
T3	37	F	France - origines algériennes et polonaises	Oui
T4	59	F	France	Oui
T5	50	F	France - origine arménienne	Oui
T6	48	F	France- origine malgache	Oui
T.8	31	M	Belgique	Oui
T.9	56	F	France	Non
T.10	33	M	Liban	Oui
T.11	40	F	France	Oui
T.12	25	F	France	Non
T.13	35	M	France	Oui
T.14	63	M	Liban	Oui
T.15	51	F	Maroc	Non
T.16	33	F	Liban	Oui
T17	52	F	France	Oui

T18	44	F	France - origines polonaises	Oui
T21	30	M	Brésil	Non
T22	39	M	Algérie	Oui
T23	49	F	France	Oui
T24	44	F	Espagne	Oui
T25	30	F	France	Non
T26	23	F	France	Non
T27	30	F	Italie	Non
T28	30	F	Bénin	Non
T29	41	F	France	Non
T30	Inaudible	M	Brésil	Non
T32	32	F	France- origines italiennes	Oui
T33	34	M	Italie	Oui
T34	32	F	Liban	Non
T35	30	F	Liban	Oui

Les entretiens, conduits par trois chercheuses, sont au nombre de quarante-cinq. Nous exposerons ci-après dix entretiens dans une analyse longitudinale, pour ensuite présenter l'analyse transversale de trente et un entretiens. Nous nous sommes arrêtée dans l'analyse des entretiens une fois que nous avons abouti à une saturation des données.

L'analyse longitudinale porte sur neuf entretiens : T.1 ; T.8 ; T.9 ; T.10 ; T.11 ; T.12 ; T.13 ; T.14 ; T.16. L'intérêt de la présentation des analyses longitudinales est de permettre au lecteur de suivre notre approche de près, d'accompagner le cheminement analytique afin de pouvoir y apporter son point de vue, et d'avoir une idée plus globale sur la totalité de l'entretien.

Nous avons sélectionné ces entretiens, en particulier, de par la diversité interne, l'approfondissement et la richesse de leur matériel. Les informations dégagées de ces entretiens offrent un portrait global du phénomène étudié : le contre- transfert dans la

clinique du trauma. Nous avons constaté que l'exploration approfondie de ces entretiens aboutit à une saturation empirique (Pirès 1997).

Pour la présentation des analyses longitudinales, nous avons organisé l'analyse de matériel en 4 grandes parties :

- **Les éléments biographiques des thérapeutes – participants** : âge, nationalité, des éléments de sa formation et sa pratique professionnelle ;
- **L'histoire personnelle de trauma** : exploration d'expériences traumatiques dans la vie du thérapeute, son entourage ou sa généalogie ainsi que son appréciation de l'influence qu'une expérience traumatique peut avoir dans la pratique clinique ;
- **Les élaborations sur la position théorico-clinique et pré-conceptions concernant la clinique du trauma** : regroupement du matériel de l'entretien qui relève des positions théoriques et des pré-conceptions du thérapeute autour des questions du contre transfert, du trauma, de l'attitude thérapeutique auprès des patients traumatisés, les spécificités relevant de cette clinique ;
- **La transmission du trauma** : élaborations du thérapeute concernant la question de la transmission du trauma ainsi que les indicateurs de transmission traumatique énoncés dans ses propos ou encore se dégageant des associations dans sa narration.
- **Le contexte** : cette partie apparaît dans les entretiens où les éléments spécifiques au contexte du travail semblent impacter la relation thérapeutique ou interférer sensiblement dans les réactions contre transférentielles.
- **Situation choisie** : le récit du thérapeute autour de la situation clinique choisie, ainsi que les éléments d'analyse s'y rapportant. Dans certains entretiens nous avons opté à la retranscription in extenso la situation présentée parce qu'il nous a paru important de permettre au lecteur de suivre l'évolution de la narration et sa structuration.
- **Scénario émergent** : le récit du thérapeute autour de son scénario émergent est souvent retranscrit in extenso afin de donner une visibilité de notre lecture et analyse, permettre de faire le lien avec le récit sur la situation choisie. L'analyse porte sur les écarts entre scénario et récit au niveau du point de vue, de l'empathie, des représentations et du sens, l'apparition d'éléments sensoriels, l'élaboration autour du scénario et les mécanismes de défense, quand ils sont identifiables.
- **Processus et négociations contre-transférentiels** : un aperçu sur le processus contre transférentiel tel qu'il apparaît tout au long de l'entretien, en mettant en perspective les négociations psychiques entre la position théorique ou le surmoi professionnel et le vécu clinique, tel qu'il est élaboré. Nous avons tenté de mettre en

avant les processus observés dans les différents entretiens. L'objectif est de dégager toutes les manifestations contre transférentielles observables dans la clinique du trauma, que nous avons identifié dans notre population de thérapeutes.

4.2. Analyse longitudinale

4.2.1. T.1

a. Eléments biographiques

T.1 est un thérapeute de 32 ans d'origine iranienne. Il a été contacté pour cette recherche à travers l'organisation non gouvernementale où il travaille. Il a d'abord fait une formation en ethnologie et son intérêt pour les soins traditionnels l'a amené vers une formation en psychologie. Il travaille comme psychologue expatrié en missions humanitaires. Il n'a jamais reçu de formations spécifiques en clinique du trauma, toutefois, il dit avoir beaucoup lu sur le sujet. Plus loin dans l'entretien, il nous informe qu'il a participé à une brève formation de relaxation. Sa pratique est exclusivement auprès de patients traumatisés.

b. Histoire personnelle de trauma

T.1 explique qu'il a vécu *plusieurs choses* traumatiques, des choses qui semblent s'entremêler et se superposer. La révolution en Iran quand il avait 5 ans, la guerre au pays et les bombardements le soir, la *guerre entre les parents* conclue par un divorce, ainsi qu'une séparation entre lui et ses les parents. Cette séparation a été vécue comme résultante de la situation de guerre dans le pays ainsi que du conflit conjugal des parents. A partir de cette séparation, T.1 n'a plus vu son père.

Son discours témoigne de la confusion vécue à cette époque entre les différents conflits. Des vécus d'incertitude pour l'avenir, de menace de perte, de solitude et d'abandon, étant générés par la situation de changements inquiétants et de guerre dans le pays :

J'ai vécu la révolution, j'avais 5 ans à l'époque c'était assez dur, normalement on ne doit pas se rappeler beaucoup de ces années là quoi à 5 ans, mais moi je me rappelle que c'était vraiment un événement traumatique, tout changeait, donc ça, ça m'a vraiment affecté parce qu'on ne savait pas ce que le pays allait devenir, tout le monde parlait des choses que je ne comprenais absolument pas et je pensais qu'en fait c'était la fin du monde quoi, et c'est la première chose qui m'a traumatisé quand

j'étais gamin, après c'était la guerre, y avait les bombardements tous les soirs, tous les soirs et puis moi j'ai commencé à aller à l'école à l'âge de 5 ans et quand j'allais à l'école j'étais pas sûr de retrouver ma maison en retournant, y avait les bombardement, les missiles tous les jours enfin, et quand t'es petit en plus tu vois les choses avec beaucoup plus de peur tout ça, bon les missiles étaient envoyés dans un coin de l'Iran mais moi j'arrivais pas à situer, je pensais que c'était partout et donc y avait la guerre qui m'a beaucoup affecté.

T.1 endure cette confusion dans un environnement familial qui n'était pas suffisamment disponible pour contenir son inquiétude, puisque le couple parental menait son propre combat tout aussi inquiétant. Dans ces propos ci-dessous, il fait référence à une guerre dans une formulation assez intrigante où le lecteur a du mal à comprendre de quelle guerre il s'agit :

Le troisième truc c'était le divorce de mes parents qui était vraiment chevauché comme ça avec tous ces événements là bon qui m'ont fragilisés, je l'ai vécu comme un événement traumatique aussi parce que je ne savais plus ce que j'allais devenir. (...) donc il y a eu la séparation et puis on m'a renvoyé tout seul en Norvège parce que j'avais pas besoins de visa et tout ça enfin y avait une guerre comme d'habitude, enfin comme d'habitude, c'est plus courant dans les pays comme le mien entre le mari et la femme qui divorcent, y a des trucs culturels, le machisme, une femme ne peut pas divorcer de son mari et tout ça donc y a la question de vengeance machin et truc, donc le gamin au milieu paye tous les pots cassés quoi donc je suis issue d'une histoire assez difficile et après on m'a envoyé tout seul en Norvège, j'avais 11 ans, donc j'ai vécu quand même tout seul avec une tante qui était assez dure donc c'était, j'ai accumulé un niveau de traumatisme quand j'étais petit.

S'ajoute à cela une histoire transgénérationnelle que T.1 évoque confusément également et qui semble parsemée de guerre, de rupture et d'abandon :

Je ne sais pas mon histoire familiale est un peu floue, je sais qu'il y a eu des traumatismes mais j'ai pas vraiment accès à des informations, euh du côté de mon père je connais pas, je suis parti à l'âge de 11 ans, donc je connais pas mon père ni toute ma famille paternelle, mais je sais qu'il y a eu des choses dans l'histoire, c'est les grands parents de mon père viennent d'une partie nord de l'Iran qui est liée à la Russie et avant ils étaient dans les trucs russes et tout ça, il y a eu la guerre, ils ont

fuis, ils sont venus se réfugier en Iran enfin bon je sais qu'il y a eu un événement traumatique de ce côté là quoi et qu'ils ont tout abandonné, tout ce qui nous revient et tout ça et ils sont venus vivre en Iran. Du côté de ma mère, non je sais pas.

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

Dans la partie de l'entretien qui porte sur les conceptions théoriques du thérapeute, au regard de la clinique du trauma et du contre-transfert, une question est posée sur le travail avec les interprètes et leur rôle. T.1 dit qu'il a souvent travaillé avec des interprètes à qui il accorde un rôle très important. Cependant, l'élaboration autour de leur fonction laisse entendre une part d'ambivalence.

Non, parce que parfois, ils sont, parfois, ils pensent que c'est pas bien de traduire exactement pareil, par ce que c'est honteux, par ce que c'est par exemple des trucs culturels et ils pensent que c'est péjoratif de traduire certaines choses, ou ils ont, en tout cas ils ont vu que dans certains pays par exemple en Indonésie être interprète c'est vu comme quelqu'un qui a un statut un peu plus élevé que les autres, donc quand on parlait, quand on travaillait dans les montagnes, ils considéraient les gens un peu, je sais pas, moins bien qu'eux ?, oui moins bien qu'eux, donc quand ils disaient des mots qui étaient vraiment important, ils le traduisaient pas, quoi, et donc vu que j'avais, en six mois j'avais appris les mots important je savais exactement ce que le patient voulait dire et la traduction correspondait pas, donc y avait, de temps en temps y avait des frictions comme ça où j'étais obligé de dire non, elle a dit ça il faut me traduire exactement ça, par ce que ça, ça veut dire quelque chose d'important par rapport au trauma et par rapport au travail que je vais faire avec, et y avait toujours ça.

Cette ambivalence qui ressort dans la formulation autour de la place de l'interprète nous a amené à questionner la dimension contre-transférentielle : est-ce qu'il s'agit d'un clivage bon/mauvais au niveau du contre transfert culturel ? La fonction de l'interprète soulevée - que le thérapeute a indiquée comme très importante - se limite à l'impact négatif qu'il pourrait avoir. Nous pourrions nous demander si ce n'est pas un mouvement contre transférentiel devant l'étrangeté culturelle qui se serait déplacé, dans son pôle agressif, sur l'interprète. Est-ce que dans ce contexte de guerre et de crise extrême, où le thérapeute travaille, cet interprète aurait incarné *l'agresseur* ? Par

ailleurs, le besoin de tout traduire, exactement, omettant les *tabous culturels* (chez l'interprète) tiendrait-il à une appréhension devant l'éventuel récit traumatique suscitant un mouvement initial de contrôle ? Ou bien peut-être simplement l'obédience du thérapeute qui fait prévaloir *l'inconscient structuré comme un langage* et qui a donc besoin d'une traduction littérale, en mot à mot, pour tenter d'écouter avec sa grille de lecture ?

L'appréhension dans la rencontre avec le patient traumatisé ressort d'emblée dans la crainte qu'évoque T.1 de traumatiser le patient en l'amenant à verbaliser ou à revisiter l'événement traumatique. T.1 exprime sa crainte face au risque de traumatiser le patient en séance.

Tu suis le patient, tu ne peux pas le faire seul, sinon tu recrée un autre traumatisme ; il faut vraiment respecter le rythme, je pense que le traumatisme est déjà assez douloureux donc en les forçant à aller plus loin on les traumatise aussi.

Le thérapeute appréhende ainsi de déclencher une reviviscence du traumatisme en séance ou de retraumatiser le patient. Cette inquiétude nous renvoie à la mise à l'épreuve de la position du thérapeute comme soignant et au mouvement d'identification complémentaire au patient quand ce dernier le place comme potentiel agresseur. Nous pouvons entendre ici également l'appréhension du thérapeute face au récit du patient. Dans cet entretien, T.1 évoque cette possibilité de re-traumatiser le patient et l'illustre par un exemple.

J'avais des exemples concrets où les patients voulaient vraiment pas parler d'un truc qui était vraiment très important comme un viol et puis en même temps la torture pendant le viol, et puis c'était trop difficile de leur faire revivre ça.

Plus loin dans l'entretien, il fait référence aux récits de viol et de torture comme étant des événements traumatiques qui renvoient le thérapeute à des scènes traumatiques effrayantes.

(...) Par exemple, le viol c'est un truc qui est très difficile quoi, je me suis rendu compte que c'était les scènes de viols et tout ça, ça me faisait peur, c'était un peu beaucoup quoi, mais et la torture aussi, ce sont des scènes quand même très très fortes.

Cependant, cette idée est vite écartée par un mécanisme d'annulation.

Mais bon, je suis sortie de ces trucs en réfléchissant après, parce qu'on garde quand même en mémoire ces trucs là mais ça m'a pas affecté.

Ce mouvement défensif d'annulation témoigne du conflit que rencontre un thérapeute quand il doit négocier ses peurs face au récit d'un patient traumatisé. Cette mobilisation défensive est d'autant plus marquante que dès le début de l'entretien, le mot/image *viol* fait irruption dans le récit de T.1. Ce mot surgit d'une façon d'abord inappropriée au contexte de la question, et sans préparation. Il fait effraction dans le discours du thérapeute, une sorte d'intrigue qui se poursuit tout le long de l'entretien (il apparaît 11 fois). Les scènes qui font peur ont réussi à faire leur chemin dans le récit de T.1 à travers ce signifiant *viol* qui se révèle être associé au signifiant *torture* et générer une angoisse difficilement admissible et par conséquent annulée. De plus, nous pourrions repenser la frustration exprimée à l'égard des interprètes qui ne traduisent pas *les choses honteuses*, à la lumière de l'émergence de ces scènes, qui dépasserait le culturellement supportable.

Cette angoisse mobilise plutôt une nécessité de maîtrise en s'appuyant sur l'expérience personnelle de traumatisme ou encore des éléments du monde interne du thérapeute.

ça influence forcément lorsque quelqu'un me parle de la guerre, je sais, je l'ai en moi (...). Le truc c'est que moi, peut être que, enfin vu que je l'ai vécu, peut être que je mets moins de temps à essayer de comprendre parce que je l'ai vécu en moi, donc je sais dès qu'elle dit la guerre, les images et les sons, les voix et tout ça, viennent en moi et j'ai pas besoin d'aller plus loin et de faire parler la personne trois heures sur la guerre parce que je l'ai en moi, donc je sais tout de suite les choses qui viennent. De plus, il y a recours à la banalisation,

Peut-être ce qui m'a facilité, enfin mon vécu m'a facilité ça quoi peut-être, de ne pas avoir peur, je me dit bah j'ai traversé ça, je sais ce que c'est quoi, ça ne me fait pas peur, c'est peut-être ça.

Et la mise en doute du récit du patient dans une forme d'anticipation du danger,

Moi, je mets en doute (...) ça permet de garder toujours un pied dans la réalité et ne pas coller et à ce moment là tu vas pas être complètement choqué quand la patiente change sa version.

Le moment de la rencontre avec le récit de l'événement traumatique peut être intenable amenant le thérapeute à ses limites,

ça m'est arrivé de couper les séances avant la fin parce que c'était trop fort et il fallait que je mette une limite parce que j'arrivais à mes limites.

Toutefois, la confrontation à des scénarios « effrayants » générateurs d'angoisse semble ouvrir la voie à la créativité et l'inventivité dans la relation thérapeutique,

Il y a des patients qui te jouent la scène carrément devant toi, et je pense que dans ça tu peux voir énormément de choses et faire le déclic; j'essaie de comprendre, et inventer des choses pour les calmer, pour les apaiser.

d. Transmission du trauma

En explorant la question de la transmission du trauma du patient au thérapeute et la position de ce dernier au regard de l'attitude à avoir, T.1 parle de fusion avec la patiente pour comprendre ce qui se passe et avoir de l'empathie,

Pour avoir cette empathie là t'es obligé de faire un peu le collage et puis une fusion entre guillemets avec la patiente donc forcément tu attrapes des choses.

Il insiste ensuite sur la nécessité d'être « solide » et d'avoir des barrières constituant une sorte de « protection » de base, pour s'engager dans le travail auprès des patients traumatisés,

Je pense que si t'es déjà protégé ça t'affecte pas, tu arrives, t'as déjà tes barrières et puis t'as tes trucs avec toi qui sont assez solides, tu arrives à faire la part des choses, faire l'empathie avec la patiente, l'aider et puis te nettoyer après et puis t'es bien quoi, mais il faut partir avec des armes.

Nous relevons dans ce passage le fonctionnement presque opératoire décrit par T.1 dénotant la mobilisation défensive lors du travail avec une patiente traumatisée, et plus particulièrement, nous soulignons le renvoi à un effet de souillure qui se dégage du recours au verbe « se nettoyer ». Nous nous apercevons assez rapidement que le

thérapeute fait référence à une situation en particulier qui l'avait profondément marquée,

Mais après bon on a notre défense quoi, c'est pas, y a qu'une seule patiente qui m'a vraiment, qui m'a vraiment perturbée, je suis restée avec cette histoire presque 1 ou 2 jours.

Quelque chose du vécu du patient est insaisissable et force le thérapeute à « rentrer dans son monde » réveillant des affects archaïques non liés et laissant le thérapeute dans le trouble de cette régression et de l'émergence de représentations de choses non transformée en représentations de mots.

Il n'y a qu'une seule patiente qui m'a vraiment perturbée, je suis restée avec cette histoire presque un ou deux jours, parce que c'était une petite fille de six ans qui avait vécu une scène traumatique trop forte et vu que je ne la comprenais pas, enfin je ne comprenais pas ce qui se passait et tout ça, je devais vraiment rentrer dans son monde à elle, là vraiment le truc était trop fort parce que ça m'a renvoyé à mes peurs à moi, très archaïques et c'est resté quand même quelques jours ; je n'ai pu évacuer qu'ensuite.

Ainsi, la rencontre avec le trauma de l'autre peut également réveiller des parties de soi méconnues encore,

Par exemple cette petite fille a réveillé un truc archaïque en moi que je n'avais pas réglé et que je ne savais même pas.

En élaborant sur le travail dans la clinique du trauma et sur la fonction des interprètes, cette rencontre clinique particulièrement éprouvante se profilait d'emblée dans l'arrière-fond des associations de T.1. Cette expérience semble encore au jour de l'entretien mobiliser des défenses importantes telles que le clivage, la dénégation, l'identification à l'agresseur, et la dissociation, que nous explorerons plus loin dans l'analyse de cet entretien. Ces défenses semblent être mobilisées pour contrer les conflits internes que T.1 exprime parfois manifestement et d'autres fois qui se dégagent dans des allers-retours entre son élaboration théorico-clinique et la résonnance avec son histoire personnelle.

Cela dit, en discutant de la fonction de la culture dans la dimension traumatique d'un événement, T.1 explique que la culture est un facteur déterminant dans le vécu traumatique d'un événement qu'il définit comme inhabituel.

Culturel oui, par ce que je sais pas c'est une caricature que je vais donner mais par exemple, un viol, non pas un viol, un adultère peut être dans notre culture c'est un trauma mais dans d'autres cultures c'est pas vu comme un trauma. Je pense que ça rajoute, ça ajoute un, si dans ma culture l'adultère est normal, je ne vais pas être traumatisée alors que dans d'autre culture je vais le vivre comme un trauma, parce que j'ai été formé depuis tout petit comme ça.

Ces allers-retours entre l'histoire personnelle, le bagage théorique et la formation, l'expérience clinique décrite et élaborée au cours de l'entretien de recherche, laisse entrevoir les processus de négociation psychique entre mécanismes de défense et conflits instigués par l'exposition à la clinique du trauma.

Les différents niveaux de son discours permettent d'observer une dimension de la transmission du trauma où plusieurs facteurs interagissent : la spécificité de la situation clinique relevant d'un traumatisme de guerre, l'histoire du thérapeute, et le contexte du travail qu'est la mission humanitaire.

e. Contexte de travail

Il s'agit d'un contexte d'instabilité politique et d'un environnement de travail affecté par cette instabilité.

Si j'avais une séance très dure avant et que ça m'avait envahi et que je commençais une autre séance sans faire une pause au milieu parce que ça arrivait qu'on enchaînait six ou sept patients d'un coup et on devait respecter le couvre-feu, être à la base à 6 h, 6 h 30 avant la tombée de la nuit, donc et puis tu ne vas pas dire à une patiente qui est venue à pied de loin et tout ça je te vois pas, donc c'est arrivé que j'enchaînais et que je restais avec le truc d'avant, de temps en temps je pensais que ça affectais un petit peu, mais bon, j'arrivais à mettre à bien, et quand je voyais que c'était trop fort je faisais une pause quand même, mais ça arrive.

Le cadre de la séance se confond avec le cadre extérieur qui fait effraction dans l'espace de la thérapie. Le thérapeute est « obligé » d'enchaîner là où il aurait besoin

de prendre une pause. Cela nous renvoie à l'impact de l'ambiance d'urgence dans laquelle un psychologue est forcément entraîné dans une mission humanitaire d'urgence, et qui risque de le glisser dans un fonctionnement opératoire, réduisant les possibilités de penser et peut-être facilitant l'impact du trauma dans le contre transfert.

Le contexte de travail interfère également dans le mouvement transférentiel et l'appréhension que peut avoir le thérapeute de la relation thérapeutique.

Oui, j'étais, vu que j'ai travaillé dans les zones de guerre et que j'étais étranger pour eux, il y avait la question : est-ce que je suis pas un espion qui est venu faire quelque chose, enfin prendre ces informations où elles étaient torturées, violées, tout ça, et les reporter aux militaires pour qu'ils viennent. Du côté des hommes, ils avaient peur que je ramène les scènes de tortures aux militaires, et du côté des femmes, les viols, donc parfois j'étais dans une scène de torture, d'ailleurs c'est pour ça que j'ai pensé avec les femmes d'instaurer des thérapies de groupe, par ce que c'est elles qui m'ont dit : vous vous êtes deux parce que bien sûr, j'étais toujours avec ma traductrice, et nous on est toute seule, ça fait peur. (Donc la solitude face au thérapeute aussi ?) Oui, la solitude dans ce cas-là où tu es deux ça fait que, tu es étranger, tu as une traductrice qui travaille avec toi donc plus proche de toi, et puis tu as une seule personne traumatisée en face de toi, ça créé un déséquilibre. Une asymétrie pour certaines patientes, pour d'autres ils voulaient absolument, surtout les hommes ils voulaient que être seuls. (Pensez-vous que cette inquiétude provient d'abord des projections transférentielles du patient ou que votre propre attitude puisse induire de l'inquiétude chez votre patient ?) D'abord ce sont des choses projetées par exemple ça, c'était vraiment parce qu'elles avaient vécu ça, qu'il y avait eu des espionnes et tout ça, donc c'était des projections, mais il y a un fondement, c'est à dire que c'est pas un fantasme, c'était réel quoi, il y avait eu des espions donc c'était fondé leur peur, mais c'est sur que parfois si j'avais une séance très dure avant et que ça m'avais envahi et que je commençais une autre séance sans faire une pause au milieu (...).

Nous observons dans cette séquence l'intrusion de la réalité dans le monde interne du thérapeute au moment des séances, dans son écoute du transfert des patients. L'insistance sur la dimension réelle là où la projection du statut d'agresseur – espion sur le thérapeute est un mouvement transférentiel, nous renvoie à la confusion

traumatique entre réalité et fantasme qui semble s'emparer du thérapeute lui-même au niveau du contre-transfert, l'amenant à réaménager son dispositif d'intervention. Ce mécanisme d'intrusion de la réalité extérieure dans la réalité interne de la séance se répercute sur l'attitude contre-transférentielle renforçant une ambiance de doute telle que nous la retrouvons dans les propos précédents concernant la place des interprètes mais aussi dans des propos concernant les récits des patients.

Moi, je mets en doute, ça me permet de garder un pied dans la réalité, par ce que ça m'est arrivé, enfin ça c'est un truc que j'ai fait après, ça m'est arrivé souvent de voir que les patients racontaient des choses qui changeaient donc c'était des constructions après coups et le trauma oblige ça en fait, c'est une des fonctions du trauma de recréer des choses pour pouvoir les assimiler, avancer et tout ça.

« Garder un pied dans la réalité » laisse entendre que le discours du patient produit une « non-réalité » pouvant aspirer celui qui écoute. Le récit d'un patient traumatisé peut créer un monde effrayant, ne serait-ce que le temps d'une séance.

Il y en a qui sont plus difficiles, par exemple, le viol c'est un truc qui est très difficile quoi, je me suis rendu compte que c'était les scènes de viols et tout ça, ça me faisait peur, c'était un peu beaucoup quoi, et la torture aussi, ce sont des scènes quand même très très fortes.

Qu'en est-il quand ces récits sont écoutés intensivement et exclusivement dans un environnement de guerre qui résonne avec un environnement antérieurement connu par le thérapeute ?

Ça m'est arrivé de couper les séances avant la fin parce que c'était trop fort et il fallait que je mette une limite parce que j'arrivais à mes limites.

En évoquant la nécessité de se protéger face à ce que produit l'exposition à la clinique du trauma chez les thérapeutes, T.1 illustre, dans un mouvement de déplacement, la réaction observée chez ses collègues,

J'ai vu ça sur mes collègues hein, j'avais des collègues qui faisaient du trauma, enfin des cauchemars à longueur de nuit, c'était des dépressions pas possible quoi, je veux dire ce n'est pas possible, c'est enfin à ce moment tu ne peux pas travailler parce que t'es tellement dans le traumatisme, t'es traumatisé et tu ne peux pas travailler.

f. Situation clinique spécifique

T.1 semble être habité par une situation clinique dès le début de l'entretien, bien avant la partie où le chercheur le sollicite sur une séquence clinique précise. Dans la partie « exploration du contre-transfert avec un patient traumatisé », nous avons l'impression qu'il y a eu une sorte de « contamination » entre T.1 et la chercheuse qui mène l'entretien, à partir de la confusion qui se crée entre les deux autour du choix de la situation à explorer.

En fait, c'est pas la mère, c'est la tante qui m'amène sa nièce, par ce que la mère était morte en fait, et la petite fille, elle a six ans quand il y a eu l'événement traumatique (pas compris) et la tante me raconte l'histoire, et la petite fille assiste à ce que sa tante raconte. Donc je raconte l'histoire, c'est ça ? (Oui, mais qui est-ce qui est traumatisé ?) C'est la petite fille qui est traumatisée. (D'accord, donc on va déjà prendre la première situation) Ah si, j'en ai une, mais ça m'a pas marqué, si tu veux je pensais que c'était par rapport à un truc qui m'a.... (Oui par ce que c'est toi qui choisis en fait l'histoire, donc là tu racontes l'histoire d'une patiente qui te raconte une histoire de traumatisme). Qui m'a affecté ou pas ? (C'est comme tu veux ça, ça c'est toi qui Tu choisis la situation).

Dans cette même partie, T.1 cherche une sorte d'étayage auprès de l'intervieweur *donc je raconte l'histoire, c'est ça ?*, comme pour se réassurer qu'il peut partager ce contenu « lourd ». Le poids de ce contenu est d'autant plus souligné quand le participant justifie encore le choix de la situation *le cas qui m'a affecté c'est le cas de cette tante avec sa petite fille*. Dans cette partie, nous retrouvons le plus de va et vient entre T.1 et l'intervieweur, annonçant quelque part le trouble qui va resurgir de la situation.

g. Récit de la situation clinique

D'accord, parce que ce n'est pas très claire pour moi, en fait parce que je viens de penser à un cas où la mère était traumatisée, le bébé était traumatisé aussi, mais c'est pas un cas qui m'a affecté, le cas qui m'a affecté, c'est le cas de cette tante avec sa petite fille. Donc l'histoire c'est qu'en fait, la tante, son frère était poursuivi par les militaires par ce qu'il était un militant opposé, un révolutionniste, ils le pourchassaient, ils venaient tout le temps à la maison et tout ça et que sa femme aussi

a adhéré à ce mouvement et à commencé à devenir membre et à se battre contre les militaires et tout ça et donc ils ont fui la maison, ils sont partis dans la forêt, ils sont restés là-bas pendant je sais plus, trois ou quatre mois, et elle s'occupait de la petite fille avec la grand-mère et tout ça et les militaires venaient tout le temps frapper la petite fille, venaient frapper la grand-mère, elle et tout ça pour avoir des informations sur où ils sont partis le frère, enfin le père et la mère. Et un jour, enfin l'événement traumatique, enfin tout ça c'est traumatisant mais ils sont pas traumatisés, donc l'événement traumatique c'est que un jour la petite fille donc tout le temps attendait ses parents et tout ça, la mère envoie un message genre : tel jour je viendrais voir ma petite fille et tout ça, par des messagers et tout ça, et ce jour elle vient pas et je sais pas, un ou deux jours après alors que la petite fille l'attendait tout le temps et tout ça, on envoie un..... sur la place publique on demande à tout le monde de venir voir et là on a un sac poubelle et on dit à la petite fille de vider le sac poubelle, donc la petite fille ouvre le sac et elle voit la tête de sa mère pourrie, donc toute noire, à ce moment là elle ne peut plus parler, et elle fuit quoi. Et la tante me raconte ça comme ça donc c'était, ... en plus elle me raconte ça avec beaucoup d'émotions et tout ça et la petite fille était là donc elle a quitté la salle hein, elle pouvait plus, quand c'était la scène elle a quitté la salle. Donc c'était quand même assez... et puis elle a parlé de l'odeur qui montait donc vraiment c'était ... et la pourriture...(La tante était là ?) Oui, la tante et la grand-mère et puis elles se sont effondrées toutes les deux.

T.1 entame le récit en précisant qu'il s'agit d'une situation qui l'a affectée. L'expression « et tout ça » revient répétitivement (dix fois), marquant l'abondance et l'intensité des représentations et des émotions que sollicitent le récit et qui seraient difficiles, voire impossibles pour le thérapeute à aménager, à élaborer avec suffisamment de mots. A l'approche du moment culminant de la violence dans la « scène traumatique », les phrases perdent leurs structures (cinq phrases non terminées, utilisation du « on »), la narration se précipite comme pour finir le plus vite possible de ce récit et de ce qu'il porte de traumatique. Les affects sont résumés à « beaucoup d'émotions » qui seraient, peut-être, indiscernables tellement condensés et intenses, amenant à l'effondrement, aussi bien de la tante et de la grand-mère que de la capacité d'élaboration du thérapeute qui témoigne du récit.

Nous retrouvons dans ce récit beaucoup d'éléments sensoriels qui restent à l'état cru (pourri, noir, l'odeur qui montait, pourriture). Le thérapeute exprime une forte envie

d'arrêter la consultation et l'interaction, ce qui serait un indice significatif de l'état de débordement conséquent à l'effet traumatique dans lequel il s'est retrouvé.

Nous retrouvons également dans cet entretien beaucoup de manifestations physiques identifiées par T.1 telles que des maux de ventre, des maux de tête, une oppression thoracique. En comparant les réactions physiques aux réactions émotionnelles identifiées telles que l'envie d'arrêter la consultation, l'envie d'arrêter l'interaction, un sentiment d'horreur, d'effroi, de tristesse et de désespoir, d'impuissance et d'injustice, ainsi qu'à la désorganisation du récit qui restitue la « scène traumatique », nous pourrions penser à un échec chez le thérapeute, pendant la séance, de la capacité de transformation en pensées des éléments bruts, chaotiques, crus. Ces derniers seraient tellement « indigestes » qu'ils se retrouvent évacués dans des manifestations somatiques, telle une inscription sensorielle d'une trop grande excitation. L'image que le thérapeute restitue fait violence à nous-mêmes comme chercheur et sollicite en nous également tous les sens : olfactif, visuel, tactile et presque auditif.

T.1 précise qu'il essaye d'avoir un contenu pour mettre des mots quand la patiente n'en a pas.

Puis il y a un truc qui sort forcément.

Ainsi, peine-t-il à puiser dans ses moyens pour garder sa « fonction » malgré son envahissement qu'il exprime aussi bien en l'élaborant, *J'étais là quoi (dans la situation*, qu'en narrant le récit en utilisant le « on » qui l'intégrerait dans la situation.

Dans la réponse de T.1 à la question sur le rêve, nous retrouvons de nouveau le débordement affectif *je l'ai vécu vraiment intensément sur le moment et j'ai vraiment vécu la scène* qui court-circuite la pensée *je ne peux pas vraiment expliquer*. Ce débordement rend l'acte de réfléchir peu évident *j'ai essayé de réfléchir*. C'est au cours de l'entretien de recherche que T.1 réfléchit à certains aspects de ce suivi *mais là tout de suite en y réfléchissant*.

De plus, dans ces propos, nous pouvons repérer la désorganisation de la notion du temps.

J'ai vécu la situation, ça et ça, c'est quand même une séance qui a duré malgré tout, c'était trente-cinq minutes, c'était long, normalement je fais la première séance

beaucoup plus longue que ça, mais celle là je l'ai coupé par ce que j'en pouvais plus, mais trente-cinq minutes c'est quand même très long dans ces événements-là.

Le thérapeute exprime nettement la sidération qui affecte la notion du temps : il y a eu une suspension du temps de la séance comme ça se vit dans le trauma. Les trente-cinq minutes de cet entretien ne correspondaient plus aux trente-cinq minutes du temps chronologique, du temps « normal ». Ne serait-ce pas un indice de la transmission du trauma qui impose une rupture dans le temps, inscrivant le vécu aussi bien que l'événement dans quelque chose d'atemporel, extirpant le moment de la chronologie de la personne traumatisée, cela nous renvoyant à la notion du « gel pulsionnel » (Bokanowski 2002). Le thérapeute parle de *rêve traumatique* qu'il rectifiera par la suite en *rêves en lien avec les patients traumatisés* : la vitalité psychique du thérapeute est mobilisée au point de subir l'effraction – momentanément - et faire des rêves traumatiques.

S'exprimant toujours sur ses sentiments au cours de ce suivi, T.1 explique qu'il ressentait une confusion.

Confusion des sentiments, mes sentiments, enfin les sentiments que le patient me donne, les sentiments qu'un psy ne devrait pas avoir...

J'avais le ventre noué, envie de vomir, j'avais le dégoût, j'avais l'horreur et tout ça, je pense que ça c'est vraiment le contre transfert de l'autre et puis l'envie d'injustice (...), bah, la psy ne doit pas l'avoir quoi, mais là je les avais.

Sur cette dernière phrase, la désorganisation se manifeste par un mouvement de dissociation : il s'agit du *contre transfert de l'autre*, non plus de lui-même ; ainsi qu'un lapsus *envie d'injustice*. Nous pouvons comprendre le mouvement de dissociation dans ce discours comme une identification concordante avec le moi de la patiente, et ce que dévoile le lapsus comme un moment d'identification à l'agresseur, dans une tentative de sortir de l'état d'impuissance de la patiente. Il s'agit d'une identification complémentaire, dans le sens où le thérapeute s'est identifié à l'objet – agresseur incorporé par la patiente.

De plus, nous soulignons la culpabilité du thérapeute relevant de son contre-transfert et eu égard aux attentes théoriques de son rôle de psy.

Les sentiments qu'une psy n'a pas à avoir, bah, la psy ne doit pas l'avoir quoi, mais là je les avais.

La culpabilité conséquente aux réactions contre-transférentielles et le sentiment d'illégitimité de ces réactions est à mettre en lien avec le lapsus qui vient dans la suite de la phrase et qui dévoile une identification à l'agresseur, à la cruauté : *envie d'injustice* et *contre-transfert de l'autre*. C'est en explorant le scénario émergent que nous pourrions nous apercevoir de ce qui a pu déclencher ce niveau contre-transférentiel : une lutte entre les mouvements agressifs réactivés par l'exposition à l'inhumain, à ce que nous ne sommes pas supposé voir,

Il y a des patients qui te jouent la scène carrément devant toi, et je pense que dans ça tu peux voir énormément de choses et faire le déclic –

et les mouvements de vie/de transformation/de contenance mobilisés par le désir du soignant et la nécessité de mettre à distance et transformer la pulsion « voyeuriste » pour pouvoir aider -

Je ne sais pas s'il y a des thérapeutes qui arrivent vraiment à se représenter, parce qu'on n'a pas été là quoi, à moins de repartir avec la patiente sur le lieu et imaginer le truc.

Dans cette formulation, nous retrouvons la force de l'ambivalence entre le mouvement de fascination face à la scène traumatique dans « voir » et une mise à distance qui protège dans l'impossibilité de se représenter puisque le thérapeute n'était pas avec la patiente en question. Cette ambivalence aigüe se manifeste dans le récit du scénario émergent où nous pouvons voir l'envahissement du thérapeute par une scène de très grande violence. Comment pourrions-nous admettre à nous-mêmes que nous sommes capables de produire une telle image? Qu'en est-il quand dans l'histoire transgénérationnelle et infantile, la violence du contexte de guerre au niveau de l'environnement général mais aussi au niveau de l'environnement familial, l'enfant – thérapeute a pu être amené à penser ces cruautés puis les annuler?

h. Scénario émergent

Le scénario émergent relevant de cette situation traumatique se fixe sur son point culminant, le moment où la fille ouvre le sac.

Bah je voyais la petite fille qui ouvrait le sac et puis qui voyait la tête de sa mère pourrie avec, euh toute bleue, enfin telle que la décrivait la tante quoi, bleue avec des... enfin ça a été fracassé enfin tabassé quoi, et puis le... sang... noir, les yeux beurrés la pourriture, je voyais l'effondrement de la grand-mère et la tante et puis la petite fille qui courrait, je voyais la scène quoi.

Nous observons dans la description de la thérapeute une prédominance des éléments sensoriels non métabolisés, reproduits tels quels à partir du récit de la patiente. Motricité et sens (olfactif, visuel) occupent le scénario où la thérapeute évoque même *l'odeur de la mort*. Il reproduit le « cru » du traumatisme, une part du « réel » fait effraction dans le psychisme de T.1, qui à son tour nous le transmet : en lisant ce récit nous ressentons nous même une gêne, face à la violence. Dans l'analyse des écarts entre le scénario émergent et le récit de la patiente, nous relevons une adhésion totale entre les deux, ainsi qu'une prédominance de la sensorialité et une présence d'action (fuir, courir). La seule émotion qui transparait est l'effondrement. Il nous semble effectivement, comme le souligne par ailleurs le thérapeute, qu'il était là, présent dans la situation. Cette adhésion entre le scénario émergent et le récit de la patiente serait, à son tour, indice de la transmission du trauma (Lachal 2012).

Le scénario émergent dans cette situation, comme nous l'avons mentionné, témoigne de la défaillance d'élaboration face à la résurgence de certaines images qui restent figées, ne se transforment pas, comme un corps étranger interne dans l'imaginaire du thérapeute. Nous pouvons, nous semble-t-il, penser les signifiants - intrigues *viol* et *torture* résurgents tout au long de l'entretien à la lumière de ce scénario émergent, comme des cryptes errantes (Abraham & Torok 1978) qui se sont logées dans l'inconscient du thérapeute.

Le signifiant viol a émergé la première fois, au début de l'entretien, dans le cadre d'une demande d'étayage à la chercheuse pour éclaircir la question autour des termes pouvant définir un événement traumatique *Euh, termes par exemple viol ?* Plus loin, le terme apparaît de nouveau comme exemple pour illustrer le rôle de la culture dans l'inscription traumatique d'un événement *Culturel oui, parce parce que je sais pas c'est une caricature que je vais donner mais par exemple, un viol*, pour aussitôt être annulé et remplacé par un signifiant qui renvoie à la relation de couple *non pas un viol, un adultère peut être dans notre culture, c'est un trauma mais dans d'autres*

cultures c'est pas vu comme un trauma. Ensuite, le signifiant viol apparaît deux fois de suite comme exemple d'événement traumatique, associé à la guerre autre événement traumatique c'est vraiment chaque personne qui voit différemment, ça peut être un accident banal qui peut passer pour quelqu'un comme un acte, je sais pas, un viol ou tremblement de terre pour quelqu'un d'autre quoi (...). Alors moi, c'est d'abord la guerre, ensuite c'est le tremblement de terre et après c'est le viol. Sa troisième apparition, associé à la torture, il figure sous une forme plus élaborée en terme de représentation de scène et d'affect concernant le monde intérieur de T.1. Y en a qui sont plus difficile, par exemple, le viol c'est un truc qui est très difficile quoi, je me suis rendu compte que c'était les scènes de viols et tout ça, ça me faisait peur, c'était un peu beaucoup quoi, et la torture aussi. Sa quatrième et cinquième apparitions concernent des bribes d'exemples de sa clinique où viol et torture sont associés, j'avais un des exemples concrets où les patients voulaient vraiment pas parler d'un truc qui était vraiment très important comme un viol et puis en même temps la torture pendant le viol, et puis c'était trop difficile de leur faire revivre ça c'est pas la peine. Qu'est-ce qu'il faut privilégier : ma connaissance des choses, ou le bien être du patient, donc, il faut retrouver un autre contour quoi. A la quatrième apparition, l'enjeu est autour de la difficulté du patient de parler de son expérience traumatique. En parler risquerait de lui refaire vivre l'expérience et le thérapeute privilégie le bien être du patient à la connaissance des choses. Toutefois, comme nous l'avons vu, il avait exprimé puis annulé la peur qu'il peut ressentir face à ces scènes là. Est-ce qu'il s'agit de la frayeur des patients introjectée par T.1 ? Une autre dimension apparaît également dans les formulations autour de ce signifiant, l'angoisse devant la réactivation de la pulsion partielle, le voyeurisme, et du mouvement d'identification à l'agresseur. Ces dimensions s'expriment sous forme d'une peur d'être assimilée à un espion qui va dénoncer.

i. Restitution des observations des processus dans le contre-transfert

L'analyse de l'entretien nous offre un accès privilégié aux processus actifs du contre-transfert, dans la clinique du trauma. Le récit de la situation clinique choisie par le thérapeute en articulation avec le récit du scénario émergent donne un éclairage sur la mobilisation de ces processus. Nous proposons l'hypothèse que le scénario émergent permet une figuration des cryptes errantes du patient, qui vont agir dans le monde interne du thérapeute. Ces cryptes introjectées dans un premier temps, corps

étrangers dans la psyché du thérapeute, s'incrudent dans les cavités oubliées du psychisme, réactivant les « choses archaïques » - tel que le thérapeute les nomme – cet informel non exploré, non su. Les cryptes introjectées vont se nourrir de l'informel du thérapeute. Elles fonctionnent à l'image des anémones de mer : elles s'attachent sur les substrats durs et aveugles de la psyché du thérapeute, en objets solitaires au poison urticant. *Les anémones de mer hébergent dans leurs tentacules des algues unicellulaires, des zooxanthelles, qui métabolisent l'énergie lumineuse en énergie exploitable par l'organisme. De façon opportuniste, elles se nourrissent de plancton, de petites crevettes ou poissons attrapés grâce à leurs tentacules, lesquels apportent ensuite la proie à l'orifice central pour la digestion dans une cavité centrale. Les excréments sortent du corps par le même orifice. En cas d'agression, certaines anémones de mer sont capables de projeter des filaments blancs urticants, appelés aconties. Ces filaments ont des effets semblables à ceux des méduses pour l'homme.*

En s'appuyant sur l'image du fonctionnement des anémones de mer, nous pouvons, dire de manière métaphorique que les choses archaïques se nourrissent, à leur tour, des « cryptes étrangères » dans l'organisme/psyché du thérapeute, et s'y métabolisent en énergie exploitable par la psyché. Des mécanismes de défenses se mobilisent pour négocier cette énergie, projetant le poison urticant. C'est là où le thérapeute vit en lui cette « inquiétante étrangeté », sous forme d'émotions et de réactions physiques. La mobilisation des mécanismes de défense peut emprunter deux voies : le renforcement des tâches aveugles du thérapeute l'amenant à expulser l'intoxication *ça m'est arrivé de couper les séances avant la fin parce que c'était trop fort et il fallait que je mette une limite parce que j'arrivais à mes limites ;* ou l'activation d'une angoisse – alerte l'amenant à chercher à métaboliser l'énergie toxique en énergie pensable et restituable au patient, donnant sens et forme à ses cryptes errantes *parfois la patiente est en train de pleurer devant toi et tu sens sa douleur et tu vois que c'est vraiment envahissant, que ça t'envahit, ça te prend, et je pense que ça crée un lien avec le patient et elle a l'impression qu'elle n'est pas seule quoi, elle est avec toi et que tu es là vraiment, et tu es là pour elle (...) tu dis je la sens votre peur parce que tu as des crampes dans le ventre et tu le sens.*

Si cette mise en sens, mise en affect s'avère « juste », l'urtication s'apaiserait. Si elle s'avère déplacée ou insuffisante, l'urtication persisterait en recherchant une autre voie de représentation ou de mise en affect.

La résonnance avec le trauma personnel et la question du « travailler ses traumatismes en séance » : est-ce que cette résonnance qui réactive des « choses non résolues », du fait même de cette résurgence et prise de conscience permettrait une promesse de figuration possible pour le patient ? En évoquant la difficulté de l'expérience du travail dans la clinique du trauma en contexte humanitaire chez certains collègues qu'il a croisé, T1 dit : *j'ai vu ça sur mes collègues hein, j'avais des collègues qui faisaient du trauma, enfin des cauchemars à longueur de nuit, c'était des dépressions pas possible quoi, je veux dire ce n'est pas possible, c'est enfin à ce moment tu ne peux pas travailler parce que t'es tellement dans le traumatisme, t'es traumatisé et tu ne peux pas travailler*. Témoigner de l'effondrement des pairs est en soi inquiétant et constitue une remise en question de son statut de soignant, au regard d'un idéal du moi qui véhicule l'idée d'un thérapeute solide et sans souffrance pour être capable de soigner.

4.2.2. T.8

a. Eléments biographiques

T.8 est un thérapeute de 31 ans, d'origine belge. Il a été contacté pour cette recherche par une des chercheuses avec qui il a travaillé dans une des missions humanitaires qu'il a effectuées. Il a d'abord fait une formation en arts plastiques, puis en ostéopathie avant d'arriver en psychologie. Son choix d'études en psychologie fut déterminé essentiellement par son désir de partir en missions humanitaires. Depuis, il travaille comme psychologue expatrié en missions humanitaires, occupant des fonctions de coordination, de formation et d'accompagnement thérapeutique. Il a reçu une formation spécifique à la clinique du trauma : le EMDR¹⁵ ainsi que quelques cours dans la formation universitaire en faisait partie. Il a une pratique exclusivement en terrain humanitaire et essentiellement auprès de patients traumatisés.

b. Histoire personnelle de trauma

T.8 aborde assez ouvertement les événements considérés comme traumatiques dans l'histoire généalogique. Néanmoins, la structure du récit témoigne d'une sorte de confusion que le thérapeute tente de cerner, de verbaliser en s'exprimant sur l'histoire familiale qui renferme des « secrets » à tonalité traumatique.

C'est très secret, ce sont pas des choses auxquelles on a parlé, que ce soit en famille ou ...il y a des choses que je sens, où j'ai vaguement entendu parler, mais j'ai pas de ...j'ai pas d'explication directe par rapport à ça. Mais oui je pense que par rapport ... il s'est passé des choses, on ne sait exactement quoi, par rapport à des enfants qui étaient, qui ont été dans la famille pendant la guerre de 40-45, dans la famille de mon grand-père, qui étaient pris en charge..., des enfants qui étaient juifs, qui étaient pris en charge par ma grand-mère, comme si elle les gardait chez elle. Et je pense que ces enfants-là, ils ont été pris mais on ne peut pas trop poser la question chez moi. Donc voilà. Donc, je sais qu'il y a des histoires comme ça.

La formulation de la phrase autour des choses secrètes *auxquelles on n'a pas parlé* est en soi intrigante : On ne parle pas *des choses* mais *aux choses* qui se sont passées. Cette formulation nous renvoie à l'idée des événements - fantômes qui circulent en cryptes errantes et avec lesquelles la personne est amenée à négocier. T.8 annonce

¹⁵ Eye Movement Desensitization and Reprocessing- technique fondée par Shapiro.

d'emblée une intrigue à l'étage d'en - dessus, l'étage des grands-parents, qui ne peut pas être investiguée et clarifiée du fait de l'interdit de poser des questions. Il semble avoir des éléments de *ces choses* et *ces histoires*, notamment, qu'il s'agit d'enfants juifs cachés, puis déportés. Bien qu'il n'y ait pas de détails autour de cette période de l'histoire généalogique, nous pouvons penser, à partir de la dimension traumatique du vécu de cet événement, que les grands-parents maternels n'ont pas pu protéger ces enfants, les sauver, malgré leur tentative. Nous savons par ailleurs, qu'à cette période de l'histoire collective, cacher des enfants juifs était un acte très dangereux, qui expose les résistants à de grands risques de représailles. La grand-mère maternelle prenait en charge ces enfants, *comme si elle les gardait*, mais sa garde semble avoir été mise en défaillance, et un interdit de verbaliser, élaborer cette mise en défaillance, règne sur les événements depuis.

Soulignons par ailleurs l'impact du signifiant *caché*: on cache l'histoire d'enfants qui étaient cachés mais dé - cachés ensuite car déportés. Se pose ici la question du contenu de la cache et du contenant qui semble avoir un effet sur la semi - absence du récit familial.

T.8 identifie des *histoires* à tonalité traumatique du côté paternel également.

Et alors, dans ma famille aussi paternelle mais du côté de sa mère à lui, il y a beaucoup d'histoires. C'est une famille aristo belge et il y a beaucoup d'histoires très, très choquantes, mais qui n'ont pas été élucidées par une enquête ou par la justice. Il y a des histoires d'inceste, de meurtre intrafamilial, des personnes qui ont été enterrées sans ... sans enterrement, sans rituel, sans expertise etc., dans les châteaux dans lesquels ils vivaient. Et ça, c'est juste l'étage de ma grand-mère.

Là aussi, il signifie dans son énonciation la violence du non-dit autour de ces événements fortement traumatogènes, notamment le meurtre intrafamilial, les histoires d'incestes, et d'enterrements sans rituel. Ces événements nous laissent penser à la lourdeur de l'héritage. Le thérapeute se place dans un schéma familial « inquiétant », une ambiance d'autant plus anxiogène qu'il n'y a pas eu d'enquête pour élucider les histoires, laissant ainsi entendre encore une fois, la présence de fantômes errants, circulant d'un étage à l'autre, pouvant arriver rapidement à son étage, *c'est deux générations au-dessus. Ce n'est pas loin quand même*. La présence des fantômes est soulignée par l'insistance du thérapeute sur la non élucidation et le non - dit de ces histoires *très choquantes*.

Il n'y a personne qui a vraiment ressorti les histoires.

Cette insistance annonce ce qui suivra. Dans la suite de son récit autour des traumatismes transgénérationnels, T.8 enchaîne sur l'étage d'en - dessus, son étage, où il nous fait part d'une expérience traumatique personnelle en utilisant le même signifiant, *histoire*.

Et puis l'histoire, j'ai vécu un inceste dans ma famille. Donc, c'était un événement assez compliqué.

Le recours au même signifiant indiquerait l'inscription de T.8 dans une sorte de tradition familiale, à laquelle il n'a pas pu échapper. Aussitôt il se ressaisit et formule une demande d'étayage à la chercheuse,

Mais ça, c'est pas la question, non ?

Il cherche ensuite à s'assurer de l'anonymat de l'entretien,

Oui, comme je viens de dire ... le questionnaire, il est anonyme de toute manière ?

Cependant ce cycle de répétition s'arrêterait à son niveau du fait qu'il refuse d'être « complice » du non-dit, quitte à se faire *exclure du clan familial*, se faire exclure des châteaux. Par conséquent, il se désinscrit de la « tradition familiale », de ce qui avait constitué l'histoire transgénérationnelle de la famille jusqu'à présent.

Comme j'ai vécu un inceste dans ma famille, oui c'était quand même un événement assez traumatisant. Mais ce qui a été traumatisant pour moi, il y a eu l'inceste en lui-même et j'ai eu beaucoup de soutien psychologique, mais ça a été plus, comme moi j'ai décidé de porter plainte et d'amener ça à la justice, c'est plus la réaction de la famille, par rapport à cet inceste, qui est très difficile. C'est comme un deuxième événement traumatisant, c'est-à-dire que j'ai eu aucun soutien et beaucoup de reproches, jusqu'à être exclu du clan familial à cause que je n'ai pas gardé le silence sur cette affaire.

c. Elaboration sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

Dans la partie de l'entretien concernant la position théorico-clinique du thérapeute, et plus précisément à propos des réactions du thérapeute face à des récits éprouvants de

patients traumatisés, T.8 semble distinguer une réaction théorique idéale versus la réalité pratique.

Dans le meilleur des cas non, mais ce n'est pas une réalité. Ça m'est arrivé d'être affectée, même de le montrer.

Le thérapeute indique la différence entre ses attentes dans le meilleur des cas en contradiction avec la réalité à laquelle il est confronté en clinique. Concrètement, il est affecté et il lui arrive de le montrer au patient, ce qu'il appuie par un exemple où le patient aurait été étonné de cette réaction. Le thérapeute en constate la nécessité de le rassurer.

Mais je rassure le patient par rapport à mes propres émotions, en lui disant : « oui, je suis touché par ce que tu me racontes ».

Ce point renvoie à un questionnement que nous avons pu soulever dans d'autres entretiens où nous avons remarqué qu'il y aurait des postures « dictées » par la théorie et qui contrasterait par moment avec la pratique, laissant le thérapeute dans une position inconfortable, voire culpabilisante. Le thérapeute choisi de rassurer le patient ce qui suppose que la manifestation de ses propres émotions peut être inquiétante pour ce dernier.

Ceci reste un questionnement sachant que les thérapeutes ne l'ont pas verbalisé, dans ces termes-là. Toutefois, les réponses à certaines questions théoriques pouvaient subtilement diverger des réponses à des questions plus pratiques, relevant directement de la situation apportée par le thérapeute. Ce questionnement rejoint ce qui a été avancé par C. Dalenberg (2000) sur l'injonction théorique de "neutralité" et "distance" dans la formation des thérapeutes.

d. L'interrelation entre culture, communauté et vécu traumatique

Dans cette partie de l'entretien, T.8 indique que les facteurs participants de l'impact traumatique d'un événement sur une personne sont liés à la culture et à l'histoire personnelle de l'individu.

Une communauté ne va pas répondre de la même manière à un même événement traumatique (...). Il y a d'autres choses qui peuvent être liées à son éducation, à son positionnement dans cette communauté (...). La question du normal et du

pathologique, c'est très variable selon la personne, selon les cultures. Il y a des choses qui sont tout à fait liées à la personne elle-même, à l'individu, qui sont intra psychiques (...). C'est très, très personnel et c'est aussi lié à son histoire passée.

La notion de la culture émerge assez rapidement dans l'exploration des préconceptions autour des événements traumatiques. T.8 a construit son expérience professionnelle en terrains humanitaires exclusivement, auprès de patients et dans des contextes provenant de différentes cultures que la sienne, mais aussi qui diffèrent selon les pays d'interventions.

e. Contexte de travail

Très vite dans l'entretien, T.8 évoque l'importance et la complexité du contexte de travail dans la clinique du trauma.

C'est très complexe dans le cadre humanitaire parce qu'il faut d'abord travailler sur les réactions dont on parlait plus tôt, les réactions normales à un événement anormal, pour aider la communauté (...). Donc, il faut essayer de voir comment on peut essayer de prendre en charge ces personnes-là, mais c'est souvent une question compliquée.

Quand l'événement traumatogène touche la collectivité, l'abord de la clinique du trauma se déroule dans une perspective ouverte à l'interdépendance entre communauté et individu.

Et c'est plus facile de travailler sur les programmes psychosociaux ou communautaires pour soutenir la communauté entière, par rapport aux questions de reprendre la vie quotidienne, de développer les activités culturelles, de faire en sorte que les rituels soient respectés dans un autre cadre. Donc, travailler là-dessus et en même temps, c'est très interdépendant. Si on travaille juste sur la communauté et pas sur les personnes spécifiquement traumatisées, la communauté va en souffrir. Et si on travaille juste sur les personnes spécifiquement traumatisées... C'est dans les deux sens ». Cela dit, la question de la rencontre entre le thérapeute expatrié ou étranger et la communauté, la rencontre entre leurs deux mondes est d'autant plus importante à penser, « il y a un travail de préparation aussi par rapport à la culture de l'autre. Mais c'est pas spécialement qu'il faut connaître sa culture, c'est sûr que c'est toujours un plus, mais c'est aussi d'avoir cette ouverture. Des croyances peuvent être

liées aussi à sa culture ou à son environnement en général. Et d'avoir la pertinence d'aller poser des questions sur la normalité dans laquelle il ou elle a vécu.

Nous relevons dans cette séquence : le travail de préparation et la nécessité d'ouverture par rapport à la culture de l'autre, ainsi que les croyances et la relativité de la notion de normalité. Le travail de préparation et l'ouverture à la culture de l'autre renvoient à l'anticipation de la rencontre de l'altérité dans un contexte de traumatisme collectif. Le thérapeute fait référence à la communauté et à la culture dans le vécu traumatique d'un événement au niveau aussi bien collectif qu'individuel, dans sa capacité à contenir, métaboliser, donner sens à l'événement, aussi bien qu'aux manifestations d'un individu. Il pointe également la place ou le positionnement de l'individu vivant un événement traumatogène dans sa communauté comme facteur déterminant dans l'impact traumatique. Un événement est traumatique quand il remet en question, entre autre, la culture et les croyances de l'individu. A un autre moment, le thérapeute fait référence à la différence culturelle dans les réactions à un événement qu'il a, lui-même, partagé avec la communauté. L'impact de l'événement aurait été plus important sur le vécu du thérapeute que sur les autres membres de la communauté qui se sont remis rapidement. A ce sujet, nous sommes ramenés aux propos du thérapeute quant au positionnement de l'individu dans une communauté au moment de l'événement traumatogène. Un thérapeute serait-il plus exposé aux réverbérations traumatiques d'un événement quand il est « étranger » à une communauté et ses expériences collectives ? Serait-il fragilisé par cet écart culturel ? De plus, si sa fonction est source d'inquiétude ou de transfert négatif de la part de la communauté, le renforcement d'une position d'impuissance risquerait-elle de lui faire porter une « plus grande part du partage du traumatisme » ? La communauté et la culture ont également une place dans la relation d'aide et la potentialité thérapeutique de celle-ci. Cela dit, il est important d'avoir une ouverture sur la culture du patient pour mieux comprendre ce qui structure ses représentations aussi bien de l'événement traumatique que de ses manifestations psychotraumatiques. De plus, l'exploration de la culture du patient permet de comprendre ce que la communauté définit comme normal et pathologique.

En ce qui concerne sa place de soignant, le thérapeute spécifie qu'il peut être source d'inquiétude quand la démarche de soin n'est pas adaptée culturellement et désinscrit le patient de la trajectoire de soins communautaires traditionnels. Il précise également que la question de source d'inquiétude n'était pas en lien avec la crise communautaire,

donnant ainsi une dimension collective à l'événement traumatogène. Dans un tel contexte, la prise en charge psychothérapeutique risquerait de stigmatiser le patient dans un statut de « malade mental » tel que l'évoque le thérapeute.

Il peut y avoir une inquiétude dans le sens où si je vais aller voir un psy, c'est que je suis vraiment une malade mentale.

Est-ce que le type d'événement traumatogène ainsi que le contexte joue un rôle dans ce vécu inquiétant dans la relation transférentielle ? Dans un contexte de catastrophe naturelle, le traumatisme n'est pas infligé par un agresseur, ce qui affecterait positivement le lien transférentiel ?

Par ailleurs, le thérapeute décrit l'expérience du travail dans le trauma sur un terrain humanitaire avec les mêmes mots que nous pouvons utiliser pour spécifier les caractéristiques d'un événement traumatique ou le vécu traumatique. Il évoque « une solitude » et un « sentiment de vide ». A ce sujet, il précise également le besoin de soutien de la communauté des pairs, en termes de conseils et de préparation. Nous pouvons entendre un sentiment d'abandon face à l'expérience bouleversante, dans la clinique du trauma et dans la spécificité du terrain humanitaire. Est-ce que le clinicien qui se retrouve sur un terrain humanitaire passe par un moment de désinscription de la communauté des cliniciens, ce qui rentre en résonance avec la désinscription du patient traumatisé de son groupe d'appartenance ? S'ajoute-t-il qu'au niveau collectif, la population vivant dans un contexte sinistré par une catastrophe naturelle ou une guerre, nous retrouvons aussi le vécu d'être abandonné à son sort par la communauté internationale. Serait-ce un facteur qui contribue à ce sentiment de solitude et de vide chez le thérapeute expatrié qui se sent seul face à la désolation de la réalité du terrain ?

Par ailleurs, un élément important émerge de cet entretien dans le récit du thérapeute,

La question des limites est très importante, surtout dans l'humanitaire. C'est un endroit où il faut savoir mettre ses limites. Et c'est pas facile parce que nos limites ça correspond..., si je dis : « non, je peux plus, c'est trop dur », ça correspond à... C'est toute une vie qu'on a mis entre parenthèses. On est parti avec notre valise, c'est un boulot, c'est un logement, c'est tout. Donc, la question des limites est compliquée. C'est pas comme on rentre chez soi et puis on peut parler avec un ami, un voisin, un

proche, pour dire : « tiens, dans mon boulot, j'ai cette complication ». On n'a pas ce recul-là, on vit tous ensemble, donc la question des limites, elle est importante.

Ainsi, le thérapeute expatrié en situation humanitaire se confronte à une contrainte supplémentaire, celle d'avoir « toute une vie » mise entre parenthèses pour partir en mission. Comment faire quand ces limites sont atteintes ? Dans un premier temps, ce cadre paraît comme une contrainte oppressante et insurmontable enfermant le thérapeute dans un rapport contraignant avec la clinique. Cette réalité du cadre où le thérapeute baigne dans un environnement dévasté et travaille avec des patients traumatisés, où il s'agit souvent d'un même événement qui s'inscrit autant dans le paysage que dans les vies des patients, paraît comme une limite importante à la liberté d'élaboration clinique. Un contexte de travail qui fait intrusion dans la vie psychique du thérapeute du fait de l'absence de sortie, étant donné que sa vie ailleurs, fut mise entre parenthèses, mettant éventuellement entre parenthèses la possibilité d'une prise de distance nécessaire pour l'élaboration d'une clinique qui sidère et fait intrusion. D'autant plus que le thérapeute est amené à être en confrontation avec ses aspirations d'avant le départ en mission et ses attentes, devant ainsi se confronter à une sorte de désillusion.

Moi, je suis rentré dedans comme ça, un peu sans savoir où j'allais. (...) Par, oui, une envie ou une idéologie et puis voilà, sans penser à tout ce que ça allait m'apporter et me changer, et me bouleverser aussi.

Toutefois, ce premier temps de désillusion semble avoir été une étape précédant une sorte de maturation dans le cheminement intérieur de T.8.

Moi, je l'ai fort développé sur le terrain (capacité à mettre des limites), sur le terrain et dans l'après mission, dans mon travail thérapeutique, que j'ai entamé moi-même sans proposition de l'employeur, en fait. Maintenant, je pense que je suis un peu plus sensible à mes limites et j'ai les moyens de le communiquer, ce qui n'était pas, à l'époque, la même chose. C'était un peu chaotique, au début. Mes premières années et mes premières missions, c'est quand même un peu chaotique à ce niveau-là. (...) Moi, je suis rentré dedans comme ça, un peu sans savoir où j'allais. J'ai plongé dans ce travail-là par, oui, une envie ou une idéologie et puis voilà, sans penser à tout ce que ça allait m'apporter et me changer, et me bouleverser aussi.

Le nombre d'années d'expérience en expatriation, dans le contexte de mission humanitaire, a permis à T.8 de développer des stratégies psychiques lui permettant de mettre des limites, et de reconstruire des frontières dans ce « tout » où les espaces se mélangeaient.

f. Processus et négociations contre-transférentiels

L'immersion du thérapeute dans le contexte de l'événement traumatogène semble l'amener à un niveau supplémentaire de négociation psychique avec les éléments diffus du trauma, s'appuyant lui-même sur la communauté du pays d'accueil.

Surpris de voir à quel point on n'était pas du tout dans un environnement macabre, en dehors de la réalité, au niveau humain quoi. L'environnement l'était mais les gens étaient super... Toutes les personnes que je rencontrais étaient focalisées sur les choses pratiques à régler dans le quotidien. Il y avait tellement de choses... La vie était là, même très intense. De faire face à des pulsions de mort, je pense que ça a ravivé beaucoup de pulsions de vie. Mais c'est vrai que dans mon inconscient fantasmatique, je m'attendais à quelque chose de beaucoup plus lourd, dépressif, déprimant. J'étais surpris de voir cette vie, cette joie réanimée par la sensation d'être en vie, d'avoir survécu en tout cas. Oui, j'étais surpris.

Le thérapeute avait une attente par rapport au terrain et dit être surpris de l'écart entre la réalité et ses attentes. En Haïti, il y avait quelque chose de frappant dans l'opposition presque éblouissante entre un train de vie vivant, agité et la mort qui flotte autour, dans tous les recoins du paysage dévasté. Il dit que l'environnement était macabre mais pas les gens. L'environnement était remarquablement détruit.

Nous pouvons nous demander si le thérapeute avait aussi besoin de s'appuyer sur *la vie très intense* pour contrer les pulsions de mort qu'il évoque. Ceci nous renvoie à la question de la *préparation* et de *l'ouverture à la culture de l'autre* évoquée dans la partie conceptuelle sur la position du thérapeute. T.8 dit que dans son *inconscient fantasmatique*, il s'attendait à affronter un environnement de mort *quelque chose de lourd, dépressif et déprimant*. Ainsi nous pouvons penser à une activation d'un mode de fonctionnement euphorique dans l'anticipation de la rencontre, fonctionnement qui se déploie dans l'action importante souvent observée chez les expatriés en contexte humanitaire.

Par ailleurs, dans cette phrase ci-dessus, il y a des éléments qui s'opposent à la réalité du trauma : les personnes étaient focalisées sur les choses pratiques à régler dans le quotidien. Bien que ceci peut être entendu au niveau du fonctionnement opératoire, nous notons les mots *choses pratiques* et *quotidien* qui viennent en opposition à un aspect prédominant dans le trauma qu'est la rupture et la désinscription du continuum de la vie quotidienne, justement la sortie du quotidien. Ainsi, nous pouvons penser à la capacité du thérapeute à mobiliser ses ressources pour s'appuyer dans le contexte du travail à des éléments porteurs et constructifs lui permettant de mieux accompagner les patients.

Il a recours au groupe pour les choses difficiles : le thérapeute, en parlant du débordement d'émotions que peut vivre le thérapeute face au récit du patient, invite à travailler en groupe les *choses trop difficiles*. Sur ce point, le recours n'est pas limité au groupe de pairs - thérapeutes, mais le groupe en tant que communauté, en tant qu'*autres* témoins, capables d'inscrire et contenir ce *trop*, donc ce quelque chose qui ne peut être contenu dans l'individualité, ce quelque chose qui désobjective, et par conséquent de réinscrire dans l'humain.

Il évoque les répercussions directes du trauma sur la capacité du travail du thérapeute : il décrit l'ampleur que peut avoir le trauma dans un contexte humanitaire sur ses capacités de travail. Il dit avoir été *bouleversé et en manque de moyens pour retravailler sur ces moments-là aussi*, donc les moments où il se retrouve face à l'impact du travail sur sa personne. Est-ce qu'il s'agit du temps d'élaboration du contre-transfert dans le sens large du terme ? l'impact du contexte entièrement affecté par l'événement traumatique qu'a été le tremblement de terre et la gestion des affects mobilisés dans un environnement dévasté et face à la réalité de toute une population d'une part. D'autre part, il faudrait prendre en compte la réalité de vie des expatriés en terrain humanitaire (vie collective; charge de travail; conditions de vie; consignes de sécurités strictes et couvre-feu). Ces propos soulignent également la nécessité d'avoir un temps - espace pour se recueillir.

Cependant, la mobilisation des mécanismes défensifs dans le contre-transfert présente certaines failles qui s'observent en post-mission. T.8 décrit à son retour de mission, un sentiment de décalage avec les autres et le rapport à la réalité.

Mais j'ai l'impression, en allant voir ce film au cinéma, que les personnes autour de moi n'étaient pas dans la réalité. On pouvait presque en rire ou... Et moi, j'ai pleuré mais comme si... Je pleurais de choc. Je suis sorti les yeux en larmes, alors que tout le monde sortait en rigolant, parce que ça se termine avec une chanson où ça danse, Hollywood, etc. Et en fait, c'était terrible parce que le bidonville, à un moment, il est incendié et le bidonville où j'étais, il a été incendié par les autorités pour qu'ils vident le terrain, pour le revendre à des investisseurs. Et il y a des enfants et des familles qui sont décédés là-dedans. Et moi, j'étais là et je suis parti en courant et je n'ai pas vu l'incendie en tant que tel, mais j'ai vu les autorités mettre le feu et tout ça. Après, avec le dessin, tout le travail que j'ai fait avec les enfants, toutes les histoires de l'incendie sont ressorties. Pour moi, c'était vraiment sérieux, c'est quelque chose qui arrive dans la réalité. Donc, non seulement complètement en décalage avec les gens dans la salle et vraiment, je me suis sentie presque... un peu traumatisé par ça. Je ne pouvais pas en rire, ce n'est pas quelque chose de léger. Pendant toute la soirée, j'ai pleuré de revoir cette réalité qui ressortait.

Ce sentiment de décalage décrit par le thérapeute nous renvoie d'une part au vécu des personnes qui vont sur des terrains en crise humanitaire (dans le cadre des ONGs, journalistes...), au discours de personnes traumatisées et encore, à la littérature sur le trauma vicariant (*cognitive disruption, disbelief*). Ce *quelque chose de sérieux qui arrive vraiment dans la réalité* évoquerait la tentative d'inscrire dans la réalité une expérience trop dure pouvant être vécue sur un mode irréel ou du moins inscrire la personne dans une appartenance à une autre réalité d'avec sa communauté, dans une impression de déréalisation. Après chaque mission, le type d'événement traumatique semble affecter, dans l'après-coup, le rapport à la réalité, témoignant d'un impact profond chez le thérapeute.

Quand je suis revenu chez moi, donc à Bruxelles, je regardais les bâtiments et je me disais : comment ça se fait qu'ils sont aussi stables ? Est-ce que je suis fou ? Comment ça se fait que toute cette ville ne bouge pas ? Quand est-ce que ça va trembler ici ? Un peu un sentiment de folie.

A travers ces témoignages, nous pourrions penser au traumatisme vicariant. Cependant, il s'agit d'une phase transitoire. T.8 avait noté l'importance d'élaboration après une mission humanitaire dans la clinique du trauma.

Je me souviens d'un moment super touchant, c'était dans les premiers groupes de paroles que j'ai faits avec des enfants qui avaient perdu un ou deux parents lors du tremblement de terre en Haïti. En fait, c'est au moment où je me rendais compte que c'était la première fois qu'ils en parlaient. En fait, tous, c'était la première fois qu'ils en parlaient vraiment et ça m'a... Ça, ça m'a touché énormément. Mais bien sûr parce que c'est mon rôle aussi qui était en question, etc. Voilà, c'est plutôt le contre-transfert, ce que je reçois et je le vois comme tel, je le vois pas comme ce qui a traumatisé le plus le patient. Mais c'est sûr que dans son histoire, dans ce qu'il me raconte, il y a des choses qui vont me paraître plus impressionnantes par rapport à mon propre point de vue. Voilà, c'est ce que je dois travailler moi-même aussi. Bien sûr que je vis les choses selon cette grille-là et après, j'essaye, au plus, de me rapprocher de la grille du patient pour essayer de mieux le comprendre. Mais je le comprends par rapport à ma grille et ces événements-là ont des reflets fantasmatiques peut-être plus forts que les choses plus quotidiennes, mais parce que ça va loin aussi. Comme quand on est face à un patient qui est victime de n'importe quel type de violence ça touche directement le monde fantasmatique par rapport à ces violences, ou imaginaires, qu'est-ce que ça représente réellement. Mais c'est vrai que plus on avance et plus on rencontre des personnes qui sont confrontées à ça, plus on est aussi plus à l'aise, où on a fait tomber ses propres barrières par rapport, déjà, à la violence physique. C'est dur de parler, c'est dur d'en parler au début. Ça peut me faire mal, vraiment à l'intérieur. Et puis, petit à petit, on apprend aussi à gérer ça. C'est toujours plus facile quand c'est une expérience passée, c'est-à-dire qu'on sait que le patient va plus être confronté à cette violence, que quand on est dans un contexte où c'est continu, c'est-à-dire qu'au moment où il va ressortir de ça, il pourra retomber. Là, c'est beaucoup plus compliqué en tant que thérapeute parce qu'il est toujours dans ce contexte de revivre. Mais je pense qu'avec le temps, on apprend, on a de la maturité et à se dire qu'on soit là ou pas, c'est arrivé, ça arrive et ça arrivera pour certaines populations. Donc, qu'on soit assis sur son canapé à Bruxelles ou n'importe où ailleurs, ou qu'on soit dans la thérapie avec les autres, ça se passe. Donc, il vaut mieux être là et avoir un rôle, quelque part positif dans la plupart des cas, à jouer dans ces moments parfois de terreur auxquels l'autre est confronté. C'est comme ça qu'on se rassure. C'est sûr qu'au début c'est beaucoup plus choquant et puis, petit à petit, on travaille sur ce choc, en fonction du type d'épreuve que la

personne a traversé. Mais c'est vrai que ce sont toujours des épreuves qui sont, qui sont humainement très touchantes, de par la gravité.

Ce travail effectué semble lui avoir permis de mettre en mots les répercussions de son expérience dans la clinique du trauma. Il témoigne d'une certaine conscience de l'ampleur de l'impact de cette expérience sur lui, la déstabilisation qu'elle entraîne mais aussi de la possibilité de se ressaisir en trouvant l'espace pour la penser. Nous observons le cheminement interne du thérapeute dans ces propos, tels que les allers-retours et la mise en perspective au moment de l'élaboration de la réponse: mise en perspective par rapport au trauma et au contexte. T.8 explique que c'est dur d'en parler dans un premier temps, et l'élaboration s'épelle dans l'après-coup, progressivement, dans une négociation parfois coûteuse, mais où le temps de disponibilité psychique est nécessaire. La vraie élaboration a lieu dans son contexte habituel, Bruxelles, et non pas sur le terrain. C'est important dans cette partie de voir comment le thérapeute raconte les mouvements contre-transférentiels qui le traversent et à quel moment il évoque la notion du contre-transfert comme dans un mouvement de rationalisation lorsqu'il s'est senti fragilisé par *être touché énormément*. Il est à noter aussi que cette élaboration est partie d'une émergence d'un souvenir autour d'enfants qui s'exprimaient pour la première fois autour de l'événement traumatique à propos de la perte d'un ou de deux de leurs parents. Il dit d'abord *n'importe quel type de violence* pour ensuite conclure sur *la violence physique*. L'exemple qu'il donne après, en parlant des situations dures à gérer, porte aussi sur une situation de violence physique. Il s'agit donc d'enfants que le thérapeute *prenait en charge* lors de sa mission.

T.8 a évoqué une autre situation qui a été très dure en impact dans l'après-coup et dont il rêve encore.

Sinon, j'avais un autre rêve que j'avais fait, où j'étais bloqué, mais c'était quand je travaillais avec les enfants des rues aux Philippines, j'étais bloqué... J'avais traversé un pont la nuit, je rentrais assez tard du bidonville et je prenais les transports en commun, et je traversais un pont. C'était même dangereux pour ma propre intégrité parce qu'on se faisait facilement agressé, mais je n'ai jamais rien eu. Il y avait une petite fille de trois ans qui dormait là et je me suis arrêté, je l'ai regardée et puis j'ai pensé à ma propre sécurité et je suis parti, et je suis rentré chez moi. Et ça m'est resté

des années et des années et des années. Le rêve ou la situation ? La situation et j'en rêve souvent. Je m'en veux de l'avoir laissée là. Mais aux Philippines, partout on voyait des enfants comme ça, seuls. C'était impossible de... Mais là, elle était seule. C'est vrai que, souvent, ils sont deux ou trois. C'était une fille, elle était très, très jeune et je l'ai laissée, elle dormait sur le pont. Donc, j'ai fait ce rêve que j'étais bloqué sur le pont. J'arrivais plus à avancer. Je n'arrivais pas à descendre les escaliers. Plusieurs fois, j'ai fait ce rêve. Il y a pas mal d'enfants qui m'ont marqué, qui reviennent dans mes rêves. Ça ressemble parfois un peu à... à des enfants en colère, mais en même temps très proches de moi et qui font un peu peur, parce qu'il y en a beaucoup qui étaient, physiquement, scarifiés, qui avaient vécu des violences qui ont laissé des traces sur le corps. Comme s'ils faisaient peur... Oui, en fait, ces enfants sont transformés dans mes rêves, c'est comme si ça devenait des protections qui faisaient peur aux esprits autour de moi. Donc, ils font peur aux autres, mais avec moi, on est très proches, comme si je faisais partie de ces petits enfants. Il y a un côté comme ça, ils sont très impressionnants pour le monde extérieur, mais je fais partie des leurs. Leur souffrance s'est transformée en quelque chose de protecteur ? Oui, mais qui est vu par les autres comme une horreur, mais pour moi, c'est comme une protection. Ça me protège vis-à-vis du monde. Dans mes rêves ça revient souvent comme ça.

Plusieurs niveaux se condensent dans ce récit rapporté par T.8. A un premier niveau, nous pensons à l'articulation entre un comportement de mise en danger de son intégrité tel que le thérapeute l'a évoqué, et une culpabilité à l'égard de la population, dans le contexte humanitaire. Cette mise en danger renvoie d'une part à un passage à l'acte contre-transférentiel possiblement conséquent au fonctionnement opératoire imposé par l'urgence dans un contexte instable et imprégné par les événements traumatiques.

A un autre niveau, ce rêve renvoie à ce que le thérapeute a évoqué de son histoire généalogique. L'effroi de la perte de ces enfants cachés *pris en charge* par la grand-mère de T.8 semble se profiler dans l'effroi évoqué dans le souvenir de cette petite fille abandonnée, seule sur le pont, et le rêve répétitif que cette situation a généré.

g. Transmission du trauma

A la question concernant la transmission du trauma du patient au thérapeute, T.8 parle d'abord d'un bouleversement sur le plan personnel, d'un cheminement à faire, avant, pendant et après le travail dans la clinique du trauma en humanitaire, et d'une *bonne préparation*. Dans un premier temps, T.8 hésite à parler de transmission de traumatisme.

Bon, une part de son traumatisme, je ne sais pas. Une part de son histoire, après est-ce que ça me touche au point d'en être traumatisé ?

Dans un deuxième temps de la même réponse, il décrit la rencontre avec la clinique du trauma avec des mots qui se rapprochent de la description de l'impact traumatique.

Donc, c'était vraiment quelque chose de soudain, donc je pense que là il y avait un certain vide.

Il évoque un sentiment de solitude dans la clinique du trauma.

Au niveau de la préparation, c'était assez ... face à moi-même (...). Il est assez compliqué d'être seul face à ce trauma, je pense.

Il poursuit par l'évocation de réactions qui, encore une fois, peuvent renvoyer aux réactions face à un événement traumatique ou du moins une réaction à un stress important.

Oui, il y a quand même des signes, des réactions physiques, émotionnelles très grandes, suite à ce travail ;

J'étais quand même relativement bouleversé et en manque de moyens pour pouvoir retravailler sur ces moments-là aussi.

Bien que T.8 prenne ses précautions en relativisant l'impact du travail auprès des patients traumatisés, il semble opérer un déplacement sur les collègues pour pouvoir évoquer certaines émotions.

Donc, je me souviens, comme on dormait tous dans une chambre avec d'autres collègues, qui étaient pas psys mais qui travaillaient aussi sur le programme, j'avais mis un foulard au-dessus de mon lit, au-dessus de ma moustiquaire, pour qu'on ne me voit pas le soir, parce que c'était le seul moyen d'avoir un espace à moi, c'était dans ma moustiquaire, avec un foulard dessus. Donc, je crevais de chaud mais, au moins,

j'avais mon espace où, simplement, si j'avais envie de pleurer, on n'allait pas me voir. Parce qu'il y a aussi des attentes, souvent il y a des attentes par rapport aux collègues aussi, parce que tout le monde est traumatisé par la situation, que ce soit les gens qui travaillent au niveau sanitaire, médical, construction, ou peu importe.

La notion des *autres traumatisés* est déjà apparue dans l'entretien de T.1. Nous observons là également la gêne du thérapeute face à ce que peut être un surmoi professionnel. Il apparaît de plus dans ces propos la nécessité de construire des frontières palpables - poser le foulard sur la moustiquaire – comme si les frontières psychiques entre l'intérieur et l'extérieur ne suffisaient plus. Ces frontières peuvent par ailleurs préserver une part d'intimité, protéger du regard de l'autre, d'un *trop* de partage du traumatisme avec les pairs professionnels, où le regard de l'autre confirmerait son trauma.

A la fin de son élaboration, T.8 a recours à l'annulation de ce qu'il a pu dévoiler de son vécu, comme pour refermer cette brèche, en mobilisant la dénégaration comme défense.

Après, je ne peux pas dire que ça m'a traumatisé.

Cependant, des éléments qui émergent plus loin dans l'entretien questionnent à nouveau la notion de la transmission du trauma, bien que la séparation entre les facteurs liés à l'expatriation et le contexte, et ceux liés aux récits de patients traumatisés, soit difficile à opérer. Au sentiment de solitude, de vide, s'ajoute le vécu de déréalisation par rapport aux autres,

Et il y a des scènes très, très cruelles et très dures, mais j'ai l'impression, en allant voir ce film au cinéma, que les personnes autour de moi n'étaient pas dans la réalité.

Ainsi qu'un sentiment de décalage avec le monde au retour de mission, déplaçant le sentiment d'être *traumatisé* sur une situation du quotidien.

Donc, non seulement complètement en décalage avec les gens dans la salle et vraiment, je me suis sentie presque... un peu traumatisée par ça.

Lors de l'exploration des émotions identifiées dans une situation clinique précise, T.8 s'exprime plus explicitement sur ce qu'il a pu traverser dans son travail. Proposer

l'identification d'émotions semble avoir facilité cette expression, en rendant légitime d'avoir ces émotions. Il évoque le doute quant à ses croyances,

Peut-être de doute par rapport à mes propres croyances... spirituelles disons. Je me suis souvent posé la question : pourquoi est-ce que les populations étaient amenées à vivre des choses aussi horribles ? C'était quoi ce chemin de vie ? Pourquoi ils devaient vivre ça ? Donc oui, quelque part un doute.

Nous notons un autre indicateur pouvant questionner la dimension de la transmission traumatique dans les propos suivants :

Peut-être qu'à certains moments... Quand je suis revenu chez moi, donc à Bruxelles, je regardais les bâtiments et je me disais : comment ça se fait qu'ils sont aussi stables ? Est-ce que je suis fou ? Comment ça se fait que toute cette ville ne bouge pas ? Quand est-ce que ça va trembler ici ? Un peu un sentiment de folie. (...) Oui, j'avais peur. La terre tremblait encore, de temps en temps. Ça faisait peur. La nuit, je ne voulais pas dormir sous du béton. Pourtant, je n'avais pas vécu ça. Mais il y avait encore des petits tremblements. Oui, j'avais peurs.

Nous posons plus haut la difficulté de différencier entre les facteurs qui relèvent du contexte et ceux qui relèvent d'une éventuelle transmission traumatique ou d'un « partage du traumatisme » avec le patient. Ces propos semblent énoncer finement cette différenciation : T.8 exprime une peur irrationnelle au point de se sentir fou en se questionnant sur la réalité de ce qu'il vit dans son environnement habituel. Il précise par ailleurs qu'il n'a pas vécu le séisme d'Haïti, mais quelques secousses. Ce qui semble se réactiver à son retour à Bruxelles, dans un état de vigilance, n'est donc pas une expérience traumatique vécue mais celle ramenée par les patients haïtiens victimes du séisme. Dans cette séquence nous observons également cette même confusion que nous avons pu noter dans ses propos concernant l'expérience au cinéma. A un moment, nous n'arrivons pas à comprendre s'il s'agit de Bruxelles ou de Port-au-Prince.

h. La négociation contre-transférentielle avec la transmission traumatique ouvre-t-elle à la créativité ?

Concernant l'attitude à adopter face à un patient traumatisé - question posée dans la partie sur l'exploration des positions théorico-cliniques autour du contre-transfert et de la clinique du trauma - T.8 relate :

Moi j'ai développé une approche psychocorporelle qui peut être un peu...étonnante (...) Par exemple, en Haïti, j'ai développé ça, pour des personnes qui étaient survivantes d'une maison par exemple, où ils avaient perdu presque tous leurs proches. J'ai remarqué qu'un des symptômes, c'était le fait de ne pas dormir. Il y avait des personnes qui n'avaient plus dormi correctement depuis des mois et des mois. Donc, je me suis dit : avant de rentrer dans un travail thérapeutique, il faudrait quand même qu'ils puissent retrouver le sommeil, sans psychiatre à disposition, ni psychotropes. Donc, il fallait trouver une autre solution. Donc, j'ai fait beaucoup de relaxation et c'est après la relaxation qu'on pu commencer le travail thérapeutique. Relation directe et indirecte, donc parfois, moi-même, je faisais des massages. Et parfois même, au cours du massage, il y avait des émotions qui sortaient et on mettait des mots après ou même pendant. Donc, prendre en compte le corps. Mais bon, de nouveau, c'est très spécifique à une culture. C'est un peu expérimental dans le sens où c'est très intuitif et ce n'est pas... En Haïti, le corps est très important, donc ça dépend aussi de chaque contexte. Et bien sûr, ce n'est pas pour les personnes qui ont été traumatisées directement sur leur corps.

Ainsi T.8 a recours à la créativité, développant une technique qui touche au corps. Des techniques de relaxation, des massages, donc la médiation par le corps permet l'émergence des émotions pour ensuite ouvrir la voie à l'élaboration. Plus loin dans l'élaboration sur une situation spécifique, T.8 détaille cette technique dans son utilisation avec une patiente particulière où la parole ne pouvait émerger avant de *sortir un peu de son esprit et rentrer un peu dans son corps*. Ceci nous ramène aux moments d'échec d'élaboration chez le thérapeute et l'inscription d'une part du trauma dans le corps en résonnance avec la symptomatologie psychotraumatique du patient. Cette technique développée « intuitivement » dérive-t-elle d'une forme d'énaction chez le thérapeute qui répond à la détresse absolue du patient par un « holding and handling » en deçà du langage ? Le « portage » semble avoir permis l'accès aux émotions et l'émergence de la parole.

Est-ce que, par ailleurs, le recours à la « créativité » dans la clinique du trauma, telle qu'elle est évoquée par les deux thérapeutes, émane d'un sentiment d'insécurité ou de la défaillance du recours aux outils théoriques et techniques thérapeutiques déjà existants ? La nécessité du recours à la créativité est mentionnée dans l'entretien de T.8 et de T.1, comme moyen thérapeutique, mais aussi comme moyen d'accéder au récit du trauma.

i. Situation clinique

Elle a perdu sa fille d'une manière vraiment... qui l'a mise dans une position d'impuissance, qui était psychologiquement vraiment dure à surmonter, même après le décès de sa fille parce qu'elle est restée enfermée dans une école, avec d'autres enfants. Et les enfants, les jeunes filles sont décédées les unes... Enfin, il y a peu qui sont décédées sur le coup parce que le bâtiment a laissé un espace et elles n'ont pas été écrasées par le bâtiment, mais elles ont été bloquées. Donc, elles sont mortes de manque de nourriture, étouffées par la poussière à l'intérieur, mais pas sur le coup. Donc, elle est décédée deux jours après la catastrophe. La patiente est restée sur cette image de sa fille en train d'agoniser et elle, de l'autre côté, elles avaient un contact. Elles se parlaient en fait, jusqu'à un certain moment où, après, elle ne parlait plus du tout.

T.8 témoigne d'un récit qui véhicule un vécu très violent, questionnant d'emblée les moyens d'empathie, la capacité d'introjection et de transformation d'une telle douleur. En effet, T.8 est confronté à une défaillance de l'élaboration par la parole.

Cette patiente, je suis allée la voir, elle était extrêmement... je trouve même pas les mots pour dire son état psychique, mais elle ne pouvait pas en parler.

L'impossibilité d'inscrire ce vécu dans le langage, inscription supposant le passage de la perception sensorielle à la mentalisation, semble contaminer T.8 qui se retrouve face à un échec du langage également. Ceci est accompagné d'une atteinte aux capacités nécessaires pour les fonctions vitales de la patiente.

Elle ne pouvait pas manger, ni boire ni dormir. Sa propre survie personnelle était complètement remise en question par ce qu'elle avait vécu.

La patiente se retrouve en quelque sorte dans un état de dépendance absolue à l'environnement, tel un nourrisson en dépression anaclitique. Face à cet état de sidération absolue qui met en danger aussi bien la vie psychique que l'état vital de la patiente, le thérapeute semble être sollicité dans sa capacité de maternage.

Donc, on a commencé, j'ai commencé par faire simplement une relaxation par le toucher. Donc, c'est simplement un toucher au-dessus des vêtements. La personne est couchée et il y a un toucher de toutes les parties du corps, sauf les parties intimes, des bras, de la tête, du ventre, des jambes, des pieds, pour essayer que la personne prenne conscience de son corps, qu'elle sorte un peu de son esprit pour rentrer un peu dans son corps.

Cette description nous renvoie également à l'état du nourrisson qui prend progressivement conscience de son corps comme unité séparée de l'environnement, notamment de la mère.

Petit à petit, au cours de ces séances, elle a commencé à pleurer. Donc, il y a les larmes qui coulaient, donc on n'était pas dans un échange verbal. Mais parfois, je lui parlais, je lui disais : « c'est vraiment difficile ». Donc, je répondais quand même par les mots à ce que je pouvais ressentir intuitivement de ce qu'elle vivait. A un moment donné, c'était la deuxième fois que je la voyais... Et je lui dis – c'était vraiment une intuition – je lui dis : « mais maintenant, c'est comme si vous voyez le..., est-ce que vous restez sur cette image, de la voir en train d'agoniser, de la sentir ? ». Elle ne m'a pas dit, elle ne m'a pas répondu mais j'ai vu les larmes qui coulaient. Elle avait les yeux fermés mais j'ai vu ses larmes qui coulaient. J'ai senti son émotion et à ce moment-là, j'ai dit – là, peut-être le côté information, plus – j'ai dit : « c'était terrible, elle a dû souffrir beaucoup mais maintenant elle ne souffre plus, elle a plus mal, elle a plus faim, elle a plus froid, elle est quelque part, c'est vous qui savez où elle est, mais elle est dans un endroit où elle n'a plus de souffrance physique ». Et là, j'ai senti qu'il y avait un soulagement, un soupir qui venait. Et puis on en a reparlé, mais quelques semaines après où elle a pu parler. Et puis après, on a discuté un peu. Donc, c'est là qu'on rentre quand même dans quelque chose, on retourne au réel, parce qu'après j'en ai parlé.

Dans cette séquence nous observons assez clairement le processus contre-transférentiel du thérapeute. Nous observons une première phase de synchronisation

entre la patiente et le thérapeute durant laquelle ce dernier répond au niveau des besoins corporels primaires, en réanimant le corps. Il semble être lui aussi happé par la sidération et incapable de réagir autrement que par le soin corporel. A la deuxième séance, ce soin a permis l'émergence d'une pensée chez le thérapeute et d'une émotion chez la patiente. Cette émotion sera, dans une deuxième phase, transformée en mots par la capacité de rêverie du thérapeute. Il verbalise ce qui lui vient « intuitivement » à l'esprit, sa psyché traduit ce qu'elle reçoit de l'état de la patiente. Après la réanimation corporelle, est advenue la réanimation psychique.

Dans une troisième phase, le thérapeute arrive à aborder le processus de deuil,

Son mari est venu et puis j'ai dit : « qu'est-ce que vous avez fait par rapport à d'éventuelles obsèques ? ». Je savais qu'ils n'avaient pas le corps puisque l'endroit avait été déblayé, ils n'avaient pas pu récupérer les corps. Donc, le corps était dans une fosse commune. J'ai dit : « mais même sans son corps, ce serait vraiment bien, c'est vraiment important que vous puissiez organiser une cérémonie, quelque chose ; qu'est-ce que vous auriez fait en temps normal ? ». Là, ils m'ont expliqué leurs croyances, etc. J'ai dit : « dans ce cas, est-ce qu'il y a pas un prêtre ? ». Il y avait comme des barrières, ils avaient des barrières à organiser ça. Et je sentais que c'était pas des barrières, que c'était des barrières plus psychiques que matérialisées : « oui, mais on n'a pas d'argent ». Je dis : « oui, mais il y a quand même des amis autour de vous, il y a des prêtres qui pourraient le faire gratuitement, on est dans une période difficile, essayez d'en parler ». Et puis on a organisé une réunion avec la famille au complet pour essayer de voir un peu. Petit à petit ça s'est organisé, mais j'ai vraiment poussé pour que ça s'organise. Et ils ont organisé la cérémonie.

Nous notons que dans cette troisième phase, le thérapeute a dû s'appuyer sur l'environnement de la patiente et sur ce qu'il connaît des spécificités culturelles de la communauté. T.8 semble avoir eu besoin de sortir de la relation duelle avec la patiente pour pouvoir disposer lui-même de la distance nécessaire à l'élaboration contre-transférentielle plus approfondie. De même, cette distance serait indispensable pour sa préservation psychique après avoir partagé cette épreuve sidérante avec la patiente.

Pendant la cérémonie, ils m'avaient invité et je ne suis pas allé parce que j'avais beaucoup de travail, beaucoup de cérémonies et il y avait aussi beaucoup d'étrangers

qui participaient à ces cérémonies et moi, je me sentais un peu voyeur par rapport à ça. C'était ma manière de garder de la distance, je ne sais pas si c'était bien ou pas bien. Donc j'ai dit que, moi, j'étais là avec eux, tout le temps, mais que j'allais pas pouvoir venir parce que j'ai pas connu leur enfant avant et que c'était leur cérémonie, que j'étais vraiment avec eux, que je trouvais que c'était très important. Mais je ne suis pas allé, pourtant il y a d'autres expatriés, qui n'étaient pas dans ce travail de suivi psychologique de la famille, qui sont allés, parce qu'elle a invité toutes les personnes de l'organisation. Donc, ils m'ont donné un retour mais moi, je ne sais pas, j'avais... C'est peut-être une protection, mais j'avais la sensation que c'était bien de ne pas trop rentrer dans cette intimité de la famille.

Il exprime ainsi clairement la nécessité de garder une certaine distance avec la réalité et l'intimité de la famille en dehors de l'espace thérapeutique. Toutefois, ce sentiment est quelque peu confus, incertain, puisque le thérapeute se demande encore aujourd'hui si c'était *bien ou pas bien*. Cette hésitation semble persister en dépit de sa conviction de la nécessité d'agir sur cette réalité et des retours positifs qu'il a eus aussi bien des collègues que de sa patiente.

Et apparemment, les funérailles symboliques, sans le corps, etc., ont été très, très bénéfiques. Par la suite, on s'est revu et elle m'a dit combien ça lui avait fait du bien, qu'elle avait pu dire tout ce qu'elle a pas pu dire à sa fille, combien elle l'aimait, qu'elle avait beaucoup pleuré pendant les funérailles, les autres aussi. Il y a vraiment un démarrage de travail de deuil qui a été possible suite à cette cérémonie. Donc là, effectivement, on a un rôle quand même de rentrer dans le réel, ou d'aider le patient à rentrer dans ce réel, qui paraissait complètement irréalisable dans les conditions dans lesquelles ils étaient.

Nous observons ainsi dans cette narration de situation clinique le mouvement dans la relation thérapeutique : le passage de la communication non verbale et par le corps au verbal et la parole. Nous notons la temporalité du trauma, notamment quand il dit à un moment donné *Donc, c'est là qu'on rentre quand même dans quelque chose, on retourne au réel, parce qu'après j'en ai parlé*. L'entrée dans la parole marque pour le thérapeute l'entrée dans la réalité et donc une sortie de la sidération du trauma qui est par ailleurs scandée par la possibilité de l'accès au deuil, et donc la symbolisation de la mort et son inscription dans un rituel communautaire. Ce qui était figé par le

trauma s'exprimait par le corps, la respiration, les larmes et le thérapeute l'a abordé à travers une approche corporelle. *Retourner dans le réel* dans le sens de la réalité après avoir plongé dans le Réel dans le sens lacanien ?

Par ailleurs, une précision attire notre attention:

Ça a été une grosse partie du rôle, je pense, des psychologues après certaines crises, c'est de faire attention que les axes de funérailles, quels qu'ils soient, soient réalisés et soient adaptés aussi. C'est extrêmement difficile aussi au départ de ne pas pouvoir enterrer le corps. Mais encore plus difficile dans le cas où il y a des disparitions liées à des tortures politiques ou autres, que dans ce cas-là. Même quand j'en parle, je sens que je suis encore touché !

L'insistance sur l'importance d'être attentif *aux axes de funérailles* prend un premier sens évident quant au contexte : les rituels d'enterrement sont en effet d'une grande importance et peuvent être négligés lors d'événements traumatiques collectifs ou de circonstances extrêmes, empêchant l'accès à la dépouille du défunt. Cependant, un autre sens émane de cette précision, celui là en lien avec ce que T.8 a évoqué de son histoire généalogique.

Des personnes qui ont été enterrées sans... sans enterrement, sans rituel, sans expertise, etc., dans les châteaux dans lesquels ils vivaient.

L'histoire personnelle semble avoir infusé une sensibilité particulière à une question très importante, celle des rituels d'enterrement, mais qui fut souvent oubliée dans l'urgence de l'action des acteurs humanitaires.

j. Scénario émergent

Que peut nous indiquer le scénario émergent de cette situation à propos du processus contre-transférentiel exploré?

Une image qui m'est restée, c'est une maman qui essayait de sortir son enfant, son bébé qui était bloqué avec un béton, sous le béton, avec un cric de voiture. Mais elle m'a raconté, on m'a raconté, ce n'était pas... Je ne l'ai pas vu mais ça me reste dans l'esprit. Une image qui est restée fort dans ma tête, c'est ce que j'ai vu pendant les déblayages. L'odeur aussi (Silence).

Une image reconstruite à partir d'une collision d'éléments véhicule une violence inouïe, celle d'une mère dans une situation d'impuissance absolue, que nous imaginons s'acharner à sauver son bébé, émerge à la narration du scénario émergent se rapportant à la situation racontée. Cette dernière également porte sur des parents dans une situation d'impuissance, dans l'incapacité de sauver leurs enfants, dont ils témoignent de l'agonie, de la souffrance. Dans un premier temps, nous entendons que la mère du bébé a raconté, puis c'est un pronom indéfini que nous attribuerons à des dires dans la communauté, et enfin, le thérapeute dit qu'il n'a pas vu la scène mais c'est ce qu'il a vu pendant les déblayages. Ainsi, les différents récits qui l'habitaient ont pris forme sur l'image des débris mélangés aux lambeaux, la pierre mélangée *aux choses humaines*. Tout au long de ce scénario émergent, nous notons la présence de tous les sens : auditif (*j'entendais ce qu'elles disaient*), visuel (*j'ai vu les déblayages*), olfactif (*l'odeur aussi*), précédés par le toucher (*la technique de relaxation*) et une emphase, tout au long de l'entretien, sur le corps. L'imagination du thérapeute est habitée par tous les sens qui sont, dans cette situation, colorés par les bribes des traumatismes ou, ce que Feldman & al. (2015) a élaboré dans son article, « les résidus radioactifs » du traumatisme, terme emprunté à Y. Gampel (2003). Le rapport au corps de la patiente traumatisée s'inscrit dans une symbolique qui retrouve sa résonance dans le corps du thérapeute (les réactions physiques). Nous pouvons imaginer qu'il a « absorbé » le traumatisme inscrit dans le corps de sa patiente. Le thérapeute tente régulièrement de s'appuyer sur la spécificité de l'événement pour argumenter ce qui le traverse. Cette image sidérante qui construit le scénario émergent dévoile le stimulus qui a pu sidérer la psyché de T.8 dans un premier temps de la séance. Le scénario émergent l'aurait poussé à recourir à la technique corporelle afin de retrouver l'émotion, puis les mots.

Les rêves évoqués par T.8 nous donnent encore des éléments sur le processus contre-transférentiel dans son aspect le plus complet : l'intrication de l'histoire personnelle du thérapeute avec la spécificité de la rencontre avec la patiente.

Oui, mais je sais que, par rapport à elle, j'ai fait des rêves. Mais c'était drôle parce que c'était plutôt par rapport à... Je me souviens plus exactement, mais c'était par rapport à cette cérémonie justement, comme si je prenais un rôle... Justement, la peur que j'avais de prendre un rôle trop symbolique. J'ai toujours peur qu'on me voit comme quelqu'un lié à un tradipraticien ou un prêtre, quelque chose comme ça. Dans

mon rêve, je prenais ce rôle-là dans la cérémonie - De thérapeute traditionnel ? - Oui, quelque chose de spirituel. J'avais peur de ça et, en même temps, je pense – c'est marrant qu'on en parle maintenant – je pense que j'apporte quand même quelque chose de ça, donc je ramène à une certaine spiritualité. Sans vouloir passer par des croyances personnelles, trop concrètes, mais je pense que la spiritualité rentre dans la relation, surtout dans cet accompagnement du travail de deuil. J'ai rêvé des personnes qui étaient décédées, que je n'ai jamais connues. Ça m'est arrivé de les sentir, de sentir leur présence, comme je peux sentir la présence, après le décès de proches. Une impression de vivre un peu avec un monde invisible. De plus en plus, je rencontrais des gens et... Donc, oui, j'ai rêvé de ça.

Le rêve met en lien l'histoire personnelle du thérapeute qui, en début d'entretien, dans la partie sur l'histoire personnelle et transgénérationnelle, évoque les personnes enterrées sans rituels d'enterrement dans les châteaux de famille. S'ajoute à cela les choses secrètes, les enfants juifs disparus, tout un monde invisible aux histoires non résolues qui fait sentir sa présence dans la vie de T.8. Sa crainte d'être investi d'une valeur symbolique, d'une fonction spirituelle se trouve figurée dans le rêve, en s'appuyant sur des éléments de l'ambiance culturelle du pays. Tout psychologue expatrié en mission humanitaire en Haïti, après le séisme de janvier 2010, a pu entendre un récit sur le monde invisible avec ses morts errants qui visitent la nuit, les rêves des Haïtiens.

Nous pourrions aussi mettre en lien le choix de la situation racontée et l'insistance du thérapeute sur la cérémonie d'enterrement symbolique avec son histoire personnelle qu'il a abordé dans la première partie de l'entretien. Le thérapeute parle de sa peur que son rôle soit assimilé à celui d'un thérapeute traditionnel de par la dimension spirituelle chez les deux, dans quelque chose qui ramènerait à une confusion entre un vécu intérieur (*sentir la présence des personnes décédées ; vivre un peu avec un monde invisible*) et une inscription dans la réalité extérieure (*j'ai toujours peur qu'on me voit comme quelqu'un lié à un tradipraticien ou un prêtre*).

4.2.3. T.9

a. Éléments biographiques

T.9 est une thérapeute de 56 ans de nationalité française. Elle a fait une formation de psychomotricienne dans un premier temps, travaillant avec des bébés et des enfants de 0 à 5 ans. Plus tard et avant de s'engager dans l'humanitaire à 49 ans, elle effectue une formation en psychopathologie. L'engagement en humanitaire a été motivé par une grande envie et une curiosité de voir comment *ça fonctionnait ailleurs* ainsi que de découvrir ce qu'elle pouvait apporter. Elle a dû attendre élever ses enfants d'abord avant de partir en mission. T.9 a effectué un parcours personnel pour se former aux questions du trauma et de la transmission. Son travail auprès de patients traumatisés se situe dans un cadre humanitaire et au sein des activités adressées à une population dont certains pouvaient être traumatisés. La rencontre avec la population de personnes traumatisées a eu lieu dans le cadre d'une activité de traitement de la malnutrition.

b. Histoire personnelle de trauma

T.9 ne relève pas d'histoire de trauma dans sa vie, son entourage ou sa généalogie. Quant à l'impact d'une expérience de trauma du thérapeute sur l'efficacité de son travail, elle considère que par définition, le récit de tout patient renvoie à l'histoire personnelle du thérapeute. Toutefois, être thérapeute suppose *qu'il a travaillé sur soi*. Elle donne l'exemple du travail auprès des enfants : il n'est pas nécessaire d'avoir des enfants pour mieux travailler avec les enfants.

Pour la première partie de la réponse, nous relevons la notion de *travailler sur soi* qui apparaît très fréquemment dans les récits des thérapeutes ; dans la formation des psychologues, passer par un processus thérapeutique ou analytique personnel semble être un « rituel initiatique » qui marque le passage au statut de thérapeute-soignant. Un rituel initiatique implique une modification intérieure et extérieure (au regard des autres) qui prépare l'individu à son nouveau statut. Ce qui nous ramène au cœur de la question contre-transférentielle : travailler auprès des patients nous renvoie forcément à des choses en nous que, théoriquement, nous avons dû « travailler ». Or cette notion sous-entend la capacité à questionner ses mouvements internes à partir de ses expériences personnelles. Qu'en est-il de la confrontation à l'expérience inédite qu'est le traumatisme, dans sa dimension transgressive de rencontre avec le réel, de jouissance du réel ? Travailler sur soi peut-il être un travail accompli ? Qu'en est-il de

la rencontre avec le réel de l'autre dans un environnement nouveau, « étranger ». En mission humanitaire, la rencontre avec le trauma est doublement étrangère : de par l'expérience et le contexte.

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

Entamant des questions théoriques concernant les conceptions autour du traumatisme psychique, la thérapeute insiste à trois reprises sur le fait qu'il s'agit de son point de vue subjectif, de sa position personnelle. Elle distingue nettement l'événement potentiellement traumatique et la personne traumatisée (*pas du tout la même chose à trois reprises*).

Avant de désigner trois termes pour définir un événement potentiellement traumatique, T.9 repose la question au chercheur - *alors trois termes* - suivie d'un moment de silence. Elle propose ensuite la *perte totale*, une perte totale des repères habituels. Nous retrouvons la notion de perte totale de repères plus loin dans l'entretien, à trois moments :

- lorsqu'elle évoque l'expérience d'expatriation,
- lorsqu'elle relate l'expérience traumatique dans la situation choisie,
- lorsqu'elle raconte les rêves qu'elle a eus suite à cette situation.

La perte totale et les repères semblent être des signifiants importants dans le récit de T.9. Toujours pour définir un événement potentiellement traumatique, elle évoque également la perte des liens avec les autres, la famille, les amis, le peuple ainsi qu'une atteinte profonde, intime et personnelle.

Nous remarquons dans cet entretien – comme nous avons pu le voir dans d'autres entretiens conduits auprès de thérapeutes expatriés en missions humanitaires - qu'il y a une évocation de la personne traumatisée, du pays où a eu lieu l'événement traumatique, de la communauté et de la culture. Comme si en expérience humanitaire le thérapeute était sensible à ces trois registres, à la dimension et l'implication autant individuelles que collectives dans le trauma.

T.9 considère que la différence des réactions entre les individus est liée aux différents registres ; un événement traumatique peut avoir un impact biologique ; la maladie peut entraver la capacité à surmonter une épreuve traumatisante. Toutefois, elle considère que l'implication biologique dans l'événement traumatogène ne changerait pas grand-chose. Elle s'oppose à la formule « les troubles post-traumatiques sont des

réactions normales à des événements anormaux ». Malgré l'existence de catégories de symptômes communes dans les différentes réactions à un événement traumatique, la thérapeute refuse d'adhérer à un même schéma qui serait valable pour tous et tient à la subjectivité dans le « traumatisme » comme expérience individuelle à un événement, même quand cet événement touche le collectif. Les différences peuvent être d'ordre qualitatif, quantitatif et temporel (moment de l'apparition des réactions post traumatiques). Elle considère qu'il y a une relation thérapeutique particulière avec les patients traumatisés de par l'écoute même qui leur accorde un sentiment d'existence. L'écoute serait pour ces derniers comme un *cadeau*.

d. Transmission du trauma

Pour répondre à la question sur la transmission du traumatisme du patient au thérapeute, T.9 marque un temps de silence. Certaines histoires sont très difficiles à entendre et la violence qu'elles véhiculent est difficilement *digérée* selon T.9, sur le court terme. Elle distingue le travail avec les adultes de celui avec les enfants en précisant qu'avec ces derniers,

ça va très très vite, ils récupèrent très vite si on leur donne les outils.

Elle peut être *touchée* par les histoires en soulignant la nécessité de garder une distance pour ne pas se retrouver dans la même *configuration psychologique* que les patients. Comment ne pas se retrouver dans le même état que le patient sans pour autant rester insensible ? Elle exprime une difficulté à exprimer son idée (*je sais pas comment dire*). Nous relevons une difficulté chez la thérapeute face à la question qui transparait déjà dans la désorganisation des phrases qu'elle a du mal à formuler. Nous pressentons également une légère culpabilité qui se manifeste en formulant son récit.

Pour moi, je pars faire de l'humanitaire c'est pour me ... oui je vais rencontrer des histoires qui sont violentes (...) ça va me toucher (...) mais je ne suis pas là pour ça, je suis là pour les aider (...) oui bien sûr je ne peux pas rester insensible (...) sinon je travaillerais pas dans ce sens-là.

Nous observons donc la lutte qu'endure intérieurement la thérapeute face à la double contrainte que peut imposer sa tâche primaire : aider/être affecté. Ceci nous renvoie à la notion de la neutralité qui est transmise aux thérapeutes dans leur formation et qui peut servir de défense face au récit traumatique. Etre affecté par le récit signifierait une faiblesse chez certains thérapeutes et constituerait un obstacle à la réalisation de la tâche primaire.

D'abord T.9 attribue à la phrase « se laisser affecter » une dimension de débordement qui consisterait à pleurer avec le patient. Elle objecte ainsi l'idée d'une façon assez catégorique puisque *ce n'est pas ça que la personne est venue trouver, ça ne va pas aider*. Elle finit sa phrase en disant que *forcément ça va nous affecter*. Ainsi poursuit-elle ses propos en précisant *qu'à la longue, ça s'inscrit quand même en nous*, en décrivant quelque chose qui s'apparente à la reviviscence traumatique :

Il suffit d'une image, il suffit d'entendre une voix ou quelque chose et tout d'un coup, ou de voir même un paysage et tiens, on se rappelle ça.

Les propos qui suivent marquent une oscillation du point de vue au regard de ce qu'elle avait avancé plus tôt sur l'impact du trauma du patient sur le thérapeute, au court et long terme. En détaillant sa réponse, T.9 semble élaborer autour de l'apriori qu'elle avait, le fait que la rencontre avec les récits traumatiques n'affecte pas sa façon de vivre.

Mais par contre, ça ne va pas m'affecter dans ma façon, dans ma façon de vivre. Ben si, ça m'affecte quand même parce que, de toute façon, je me sens plus à l'écoute et plus ouverte et à ce qui se passe dans le monde, ce que je n'ai jamais été jusque-là.

Un changement interne au niveau de la perception du monde autour s'est opéré à partir du moment où je travaillais dans l'humanitaire, du moment de la rencontre avec la double altérité de la culture et du trauma.

Ce changement peut parfois générer un sentiment d'exclusion sociale. T.9 raconte que parfois elle fait face à des gens qui ne croient pas, doutent ou ne veulent pas entendre sur ce qui se passe ailleurs. Elle pourrait par conséquent raconter des récits traumatiques en exagérant certains traits du récit du patient. Ceci nous renvoie à ce qu'elle a pu dire précédemment dans l'entretien autour du changement de certains aspects de sa vie après l'expérience humanitaire : les choses ne sont pas pareilles que dans les médias ou les livres. De plus, nous pensons à ce sentiment d'isolement et de solitude que les thérapeutes en humanitaire rencontrés ont éprouvé dans leur milieu d'origine au retour de missions. Souvent, ils rapportent une difficulté à mettre en récit leur expérience et à trouver une écoute ou des réactions témoignant d'une compréhension de ce qu'ils ont vécu. L'indicible de l'expérience traumatique se confond avec le paysage et l'écart culturel dans les pays où se déroule l'intervention humanitaire. Le récit que peut en faire la thérapeute est à son tour contaminé par ce sentiment d'indicible et devient difficile à restituer face à une écoute qui est étrangère au contexte. Ainsi, il peut sembler nécessaire de passer par une exagération ou une

focalisation sur des traits saillants et les impressionnants des expériences traumatiques dont la thérapeute a été témoin. Les gens peuvent ne pas croire ou mettre en doute *ce qu'on raconte ou ce qui se passe ailleurs*. La thérapeute se retrouve, sur ce plan là, dans une position en miroir de celle des patients qu'elle a rencontré.

Ça n'a pas le même impact que quand on le vit soi-même, enfin quand on est déplacé, qu'on entend les gens, que c'est tous les jours. Donc c'est répétitif (...).

Nous nous apercevons dans cette phrase de ce qui relève de l'appropriation des histoires des autres que T.9 a mentionné précédemment. La répétition des récits traumatiques semble finir, malgré la mise à distance, par forcer l'introjection de la part commune des différentes expériences de ces *gens* ayant vécu des traumatismes.

T.9 fait la distinction entre la nécessité de se protéger d'une transmission d'une part du trauma du patient et de se blinder.

Il faut qu'on trouve des moyens pas pour que ça nous atteigne moins, mais juste pour qu'on puisse se récupérer soi.

La nécessité de trouver des moyens pour se récupérer soi-même ne sous-tend-elle pas un danger de se perdre, s'effondrer, un danger contre lequel il faut se prémunir ? La thérapeute évoque des techniques qui ne peuvent être qu'individuelles et personnelles pour se protéger. Les techniques *pour pouvoir se récupérer* qu'elle énumère sont toutes dans un agir concret : yoga, relaxation, marcher, courir ou encore boire.

T.9 s'arrête plus longuement sur le recours à l'alcool. Le signifiant alcool est vite associé aux personnes fragiles qui se cherchent dans l'humanitaire mais se perdent. Ceux-là s'approprient l'histoire des gens (traumatisés) au lieu de les aider, et se retrouvent fragilisés eux-mêmes. Cette notion de soignants « *pas sûrs d'eux* » qui sont fragilisés ou décompensent sur le terrain revient plusieurs fois dans les entretiens des participants travaillant dans l'humanitaire. Cette donnée nous amène à deux questions : s'agit-il d'épouvantail ? Ces gens confirment l'aspect anxiogène du travail en humanitaire, terrain où deux rencontres sont incontournables et fortement déroutantes : la rencontre avec l'altérité et celle avec le trauma. Ces deux rencontres questionnent le soignant sur son identité. Ces épouvantails servent-ils d'alerte aux autres sur la nécessité de poser une distance avec le terrain et de renforcer les remparts autour de soi ?

e. Contexte de travail

T.9 se réfère au contexte en précisant que le travail dans l'humanitaire est *totale*ment différent d'un travail qu'elle ferait en France, même avec des patients traumatisés. En mission, elle part avec une sorte de préparation interne à la rencontre avec les *pays déjà atteints et susceptibles de recueillir des personnes traumatisées*. Une préparation serait indispensable pour pouvoir se retrouver elle-même, puisqu'elle *perd tous ses repères de toute façon*. Elle doit donc retrouver en elle ou à l'extérieur quelque chose qui lui permettra d'assurer *une écoute et une aide concrète et positive*.

De plus, dans le cadre du travail en humanitaire, T.9 s'est rarement retrouvée *dans sa langue*. Ayant une formation de psychomotricienne, elle est ouverte au langage du corps. N'étant pas happé par la signification ou le sens des mots, elle est sensible aux éléments sensoriels qui entourent le récit, tels que le ton de la voix, la musique, la gestualité et la façon d'être du patient. Nous retrouvons là encore (comme chez T.8) le recours au corps comme registre parlant du trauma, qui *transmettrait* à la thérapeute, plus que le sens des mots. Ceux-ci risqueraient de *happer* son attention, le sens des mots ayant, dans ce contexte, une valeur moins sûre.

A partir du corps, la thérapeute associe avec l'importance de comprendre le fonctionnement des gens dans leur pays, la culture, le contexte dans lequel *les choses* du patient sont exprimées. Selon T.9, le récit du patient doit être réinscrit dans un contexte culturel qui permettrait de le comprendre. De plus, la thérapeute considère que la présence d'un interprète qui traduit le récit du patient change la situation puisqu'il lui accorde un temps pour réfléchir à ce qui est dit et à ce qu'elle pourrait répondre. Ici, nous relevons le besoin de temps que peut ressentir un thérapeute, face au récit traumatique : l'appareil à penser du thérapeute est moins fluide et nécessite un temps ou une sorte de médiation que constitue l'interprète. A la question si cette différence culturelle participe des enjeux contre-transférentiels aux patients, la thérapeute répond par la négative.

Néanmoins, T.9 s'est retrouvée dans l'incapacité de suivre et aider un patient quand il s'agissait de *violence sur enfant* dans une configuration de dyade mère-bébé dans une culture qu'elle *ne comprend pas*. Ne pas comprendre une culture constitue donc un obstacle à la prise en charge, plus précisément quand il s'agit d'une problématique vécue comme violente pour la thérapeute.

Mais par contre, moi ce que j'ai pas toujours, c'est justement de trouver quel est le moyen de lui faire comprendre que c'est quand même un enfant, que c'est quand même une vie et que, effectivement, est-ce qu'il y a pas d'autres moyens, est-ce qu'on

peut pas chercher ensemble s'il y a pas d'autres moyens de pouvoir nourrir les autres sans faire mourir celui-là. Voilà.

Laisser mourir l'enfant et faire mourir l'enfant sont des signifiants à résonnance particulière dans les différentes expressions. Le mode actif employé résonne avec un fantasme infanticide qui fait effraction dans le contre transfert du thérapeute et du chercheur. T.9 se retrouve dans l'incapacité de prendre en charge la patiente. Elle se réfère à la dimension culturelle dans la prise en charge et la nécessité d'avoir les codes afin de trouver *les moyens de sortir de ce trauma-là*. La notion du sacrifice d'un enfant est rattachée à la culture dans une sorte de confusion entre ce qui relèverait des *pratiques culturelles* et des contraintes économiques, omettant ce qui relèverait du rapport des patients aux soins offerts par l'ONG, contournant la possibilité d'élaborer cette représentation qu'a T.9 de la culture « de sélection » de l'organisation dans laquelle elle travaille.

f. Situation choisie

Ça, je ne m'étais pas préparée à ça. Alors on va dire que c'est à Haïti. C'est une femme qui habitait Port-au-Prince, qui avait un mari, deux enfants. Le jour du tremblement de terre, en fait elle était chez elle, dehors, dans le jardin avec son mari, ses enfants. Et elle a demandé à son mari... Non, ses enfants étaient à l'école. Elle avait une petite avec elle et elle demande à son mari d'aller chercher une veste pour sa fille, ou je sais pas trop quoi. Et le mari est rentré dans la maison, il y a eu le tremblement de terre, la maison s'est écroulée sur lui. Elle n'a pas retrouvé non plus, elle avait deux enfants qui étaient à l'école, c'est ça, elle avait deux enfants qui étaient à l'école, qui ont été ensevelis aussi avec le tremblement de terre. Donc, elle s'est retrouvée sans maison, avec un mari où elle culpabilisait beaucoup parce qu'elle était persuadée que c'était elle, que c'est parce qu'elle l'avait envoyé dans la maison que voilà. Sans situation puisqu'elle ne travaillait pas, c'était lui qui amenait l'argent. Sans famille parce qu'elle en avait plus. Et donc, avec juste une toute petite fille de deux ans. Elle a déménagé et elle est venue dans la ville de son mari, un peu plus loin. Elle est allée s'installer et en fait, elle était... Lui, il avait plus de famille parce qu'ils avaient été emportés par des cyclones successifs. Elle essayait de trouver une maison, un lieu, pour pouvoir, etc. Et c'était grâce aux voisins, grâce à des gens

qui les hébergeaient, donc elle habitait dans une pièce avec sa fille. Elle essayait de trouver du travail mais elle n'avait jamais travaillé. Voilà, ça c'est l'histoire !

T.9 commence par situer le pays, décrire la situation familiale de la patiente en question, son activité précédant le tremblement de terre, des éléments de sa vie. Dans sa narration respectant une chronologie, nous remarquons qu'il y a un souci de précision à travers les corrections qu'elle fait des détails de son récit. Elle décrit ensuite l'événement traumatisant : tremblement de terre, maison qui s'est écroulée sur son mari, enfants ensevelis sous les décombres à leur école. Nous observons trois mouvements simultanés dans l'effondrement du monde de la patiente : perte matérielle - la maison ; perte des liens et des moyens - sans famille, sans revenus ; et une grande culpabilité - elle était persuadée que la mort du mari est de sa responsabilité à elle. Ensuite, la thérapeute indique les ressources disponibles encore malgré les difficultés - il reste à la patiente une petite fille de deux ans ainsi que des voisins qui l'hébergent, elle essaye de trouver du travail. L'effort déployé pour suivre une chronologie précise et les mouvements observés dans le récit de la thérapeute, dévoilent une adhésion au récit « supposé » de la patiente. Cette adhésion témoignerait d'une grande empathie où la thérapeute se met à la place de la patiente, reconstruit l'expérience traumatique dans un récit factuel, avec les points saillants relevés par cette dernière, en étant le plus fidèle possible à sa narration, telle qu'elle s'est intégrée dans la mémoire de la thérapeute.

g. Rêve

T.9 rapporte un rêve qu'elle met en lien avec son travail en Haïti, le distanciant de la spécificité de la situation clinique choisie et le généralisant au contexte général. *C'était elle, mais... C'était même pas elle d'ailleurs, c'était une histoire de séisme, effectivement de maison qui s'écroulait, avec des gens à moi, enfin de la famille proche, des gens proches qui étaient dans la maison. Cette espèce de sensation de perte soudaine et brutale. Donc voilà et de plus rien, il y a plus rien. On n'a plus rien. Ça, c'est des sensations que j'ai eues dans tous les récits que j'ai entendus et c'était pareil sur les cyclones, enfin je veux dire c'est la même chose sur des gens qui perdent tout, qui ont même plus un objet, même plus un papier d'identité propre et qui sont plus personne. Et ça, c'est... c'est quelque chose qui revient dans les rêves parce que c'est vrai que c'est quelque chose sur lequel j'essaye de travailler un maximum*

parce que vraiment ça me pose question, le fait de se retrouver sans rien. C'est pas des gens qui sont réfugiés, c'est pas des gens qui sont partis. Même les réfugiés, ils ont emporté deux, trois choses qui étaient à eux. Là, ce sont des gens qui se retrouvent comme ça, sans rien, rien du tout. Donc voilà. Donc oui, ce sont des rêves qui reviennent - Qui reviennent ? - Qui viennent de temps en temps comme ça, que je peux faire effectivement, où il y a une perte totale de tout.

Dans le rêve, T.9 vit elle-même l'expérience de séisme où la maison s'écroulait avec la famille et les gens proches et une sensation de perte soudaine et brutale. T.9 parle de sensations de plus rien, de n'être plus personne qu'elle a pu avoir avec ces patients. La perte éprouvée questionnait l'identité et le sentiment d'existence. Elle a pu ainsi éprouver à un niveau sensoriel une part de l'anéantissement dont les patients ont fait l'expérience. Cette expérience sensorielle de la thérapeute prend forme en rêves répétitifs. S'agit-il d'un rêve traumatique témoignant de l'introjection en soi de la part commune et indicible du traumatisme vécu par les patients rencontrés en terrain humanitaire ? Cette séquence illustre la part du partage du traumatisme entre patient et thérapeute, ce dernier introjectant – à partir de sensations – quelque chose qui se dégage du récit du patient. La thérapeute s'est appropriée ces éléments introjectés qui réapparaissent dans le rêve pour revêtir son histoire personnelle et questionner la crainte de perte totale de tout. Le signifiant *perte* revient répétitivement dans la question des rêves mais aussi tout au long de l'entretien. T.9 avait évoqué plus tôt la perte totale de repère en mission humanitaire. Ainsi, les récits de perte totale de tout résonne, vient se loger dans le sentiment de perte totale de repère, et prend forme dans un rêve répétitif.

h. Scénario émergent

Là, pour moi, c'était vraiment effectivement, au fur et à mesure qu'elle racontait, moi j'avais la maison qui s'écroulait, le mari qui est rentré. Bon, je ne travaillais pas à Port-au-Prince, mais j'étais passée par Port-au-Prince, j'avais vu effectivement les maisons écroulées. C'est... C'est des bruits, c'est des... Pour le coup, oui des sensations de... de vide total tout d'un coup, brutal. Voilà, c'est... Ce n'était pas physique, mais je pouvais comprendre ce que, elle physiquement, ce qu'elle avait pu ressentir, en fait. Donc j'ai dû le ressentir moi physiquement, dans ce qu'elle me racontait elle. Mais les images, pour moi, elles étaient super claires quand elle a

raconté son...- Vous pourriez décrire ces images ? - Décrire la maison ? - Décrire les images que vous avez eues face à ce récit - De quelqu'un qui effectivement est dans une cour, un jardin, en train de parler avec son mari. Et donc, il y a des couleurs, il y a des bruits autour, de la musique, des gens, des voitures qui passent, etc. Et tout d'un coup, elle lui demande, il rentre dans la maison et là, tout d'un coup il y a la maison qui se... enfin qui se lézarde, qui se fissure et tout qui tombe sur les choses. Et elle, son moment de stupeur... Et en même temps partout en fait, c'est comme si on n'entendait plus que le bruit des maisons qui s'effondraient, des immeubles, de tout ce qui s'effondre et un espèce de silence de chape à la fin de ce bruit-là, avant des hurlements, avant des... des explosions, des choses qui sont secondaires à ce tremblement de terre-là. Voilà. Si c'est dans les images, oui. Et les images pour moi, c'était clair, c'était un ciel bleu. Enfin, l'image d'Epinal et avec cette maison qui s'effondre sur place, voilà. Et il reste plus rien, plus que des gravats. Et elle, elle est inerte et complètement, enfin inerte, sans mouvement parce que c'est trop fort.

T.9 décrit une temporalité de l'émergence du scénario qui suit celle du récit : visualisation des images au fur et à mesure de la narration de la patiente. Elle décrit des sensations de vide total d'un coup, une inscription sensorielle somatique en miroir avec la patiente. En décrivant les images perçues, la thérapeute rapporte essentiellement des éléments sensoriels visuels et auditifs, d'abord en mouvement puis en inertie. La dimension de soudaineté (*tout d'un coup*) semble confondre deux actions : une action volontaire *et tout d'un coup elle lui demande, il rentre dans la maison* et une action imprévisible *et là, tout d'un coup, il y a la maison qui...enfin se lézarde, qui se fissure et qui tombe sur les choses*. Cette collision d'actions résonnerait avec celle de la patiente, sa culpabilité d'avoir envoyé son mari là où il allait mourir. Nous observons ici un scénario émergent concordant au récit et une synchronisation entre la thérapeute et la patiente. A un moment dans le récit du scénario, T.9 passe du *elle* indiquant la patiente au *on* qui semble l'inclure dans la scène. De plus, elle insiste sur la vivacité des images *super claires* qui composent ce scénario. Toutefois, T.9 s'appuie sur des paysages de destruction qu'elle a pu voir lors de son passage à Port-Au-Prince. Ainsi, l'émergence du scénario impliquant une interaction empathique entre la patiente et la thérapeute, repose sur une co-construction entre le récit de la patiente, le monde interne et l'expérience précédente du thérapeute lui permettant d'imaginer, de se représenter ce qui peut être

représentable : la destruction. Cependant, l'indicible semble s'inscrire sur le plan somatique comme le précise la thérapeute : elle a ressenti physiquement ce qu'elle suppose que la patiente a pu ressentir.

i. Processus et négociations contre-transférentiels

Tout au long de cet entretien, nous pouvons observer une oscillation entre une empathie forte et une nécessité de garder une distance pour *ne pas rentrer dans la même configuration psychologique du patient*. T.9 dit être *touchée par les histoires des patients* puis insiste sur la nécessité de garder une distance, une lutte qui débouche sur un blocage de l'élaboration (*je ne sais pas comment dire*) et une désorganisation de la structure des phrases. La négociation entre l'empathie et la neutralité/mise à distance semble générer une culpabilité à l'égard du surmoi professionnel : être touchée est vécu comme une entrave à la fonction d'aide de la thérapeute, d'autant plus que celle-ci appréhendait d'emblée les histoires qu'elle sera amenée à entendre en humanitaire. Ce rapport empathie/distance nous paraît quelque part clivé dans les exemples que T.9 donne : une situation où la distance, par rabattement culturel, débouche sur une rupture empathique l'amenant à référer une patiente chez un autre soignant. Par ailleurs, une situation de fusion empathique qui mène à une manifestation physique chez la thérapeute qu'elle identifie comme étant une sensation physique que la patiente aurait.

Ces négociations charrient une forte charge pulsionnelle qui se matérialise dans des rêves répétitifs chez la thérapeute où les sentiments d'anéantissement et de perte totale sont figurés et l'alertent sur la nécessité *de travailler au maximum* ce quelque chose. T.9 emprunte également une autre voie, celle de la décharge par l'agir *pour récupérer* (yoga, relaxation, courir).

La psyché de la thérapeute qui reçoit les récits des patients traumatisés dans un contexte marqué par la dévastation de l'événement traumatique est précarisée, et la capacité d'élaboration en mission humanitaire est rétrécie. Il y a ainsi une mobilisation défensive, par le clivage et le déni, imposés en quelque sorte par la réalité du contexte de travail. Il y a recourt aussi au déplacement sur les autres qui seraient eux *fragilisés*, servant ainsi d'épouvantails pour écarter la crainte de la

contamination traumatique que sous-entend l'expression de T.9 *s'approprier les histoires des autres*.

4.2.4. T.10

a. Éléments biographiques

T.10 est un thérapeute libanais de 33 ans d'appartenance chrétienne. Il a été contacté pour cette recherche directement par une des chercheuses via notre réseau professionnel au Liban. Il a obtenu un DESS en psychologie clinique et pathologique dans une université française et a effectué des formations parallèles, notamment en toxicomanie et en tests projectifs. Il n'a jamais fait de formations spécifiques au trauma.

b. Histoire personnelle de trauma

Dans la première partie biographique de l'entretien, T.10 affirme ne pas avoir de particularités en lien avec le traumatisme ou la transmission de traumatisme dans la généalogie.

En ce qui concerne l'expérience de traumatisme personnel, T.10 s'adresse à la chercheuse dans une demande d'étayage.

(Silence) Euh... Question de traumatisme ? Oui, quand j'étais, quand j'étais petite, pendant la guerre libanaise. Je dois parler d'un événement particulier ?

Après cette première hésitation, T.10 parle de *quelques expériences traumatiques* vers l'âge de 4 – 5 ans puis l'âge de 10-11 ans. Ensuite, il choisit d'élaborer une de ces expériences, celle qui a eu lieu pendant la guerre et quand le thérapeute avait 5 ans.

Il y avait des troupes syriennes qui sont venues chez nous et les soldats étaient armés, ils nous ont demandé de quitter la maison. Ils nous ont donné un délai de dix minutes pour quitter la maison. Et mon père refusait de quitter la maison. Ma mère pleurait et insistait. Donc, ma seule réaction durant ce traumatisme, c'est de prendre mon doudou et le mettre dans la valise. J'étais prêt pour y aller. Je me suis mis devant la porte et... Et cet événement m'a vraiment marqué et, bizarrement, quand j'évoque ça avec mes parents, la première fois que je l'ai évoqué, ils ne se sont pas souvenus. C'est ce que je voulais dire par l'événement vraiment subjectif, parce que c'était un incident anormal mais, pour mes parents apparemment, ils l'ont bien géré. Pour moi, c'était un événement anormal, traumatique. Et les conséquences de ce trauma, c'était vraiment des..., c'était une angoisse. Ça a ravivé chez moi une angoisse de perte, une

angoisse de perte et de mort. Et ça a traîné pendant de longues années. Cet incident me revenait tout le temps. Je pensais souvent à cet incident et plus tard, j'ai pu travailler ça et le lier par rapport à tout ce que, moi, j'ai vécu.

Nous notons dans ce récit quelques éléments auxquels nous reviendrons plus loin dans l'analyse de l'entretien. T.10 évoque une situation traumatique de guerre avec l'implication d'une dimension politique d'entrée dans le récit. Il s'agit d'une troupe syrienne qui fait intrusion la nuit dans la maison familiale. Le thérapeute fait référence à une période spécifique de la guerre au Liban, qui fut appelée la guerre de la libération. A cette époque, l'armée libanaise était passée par un schisme qui l'a divisée en une troupe soutenue par l'armée syrienne et une troupe dirigée par un leader chrétien qui refusait l'intervention des Syriens dans le pays. La troupe dirigée par le leader chrétien était déployée dans certaines des régions chrétiennes. L'armée syrienne menait de violentes offensives sur ces régions. L'intrusion de soldats syriens dans les maisons avait lieu en dernière étape, après avoir fortement bombardé la région, et pour écarter les personnes qui restent. La situation rapportée par ce thérapeute aurait pu effectivement dégénérer en massacre, scénario que le Liban a largement connu pendant la guerre, entre les différentes communautés.

Par ailleurs, un deuxième élément que soulève ce récit concerne la distinction entre l'événement en tant que tel et le vécu subjectif de traumatisme ou de l'événement traumatogène. Dans ce récit, T.10 précise que ses parents ne se souvenaient pas de cet événement en considérant qu'ils l'auraient bien géré. Il en portait les traces traumatiques. Cependant, nous pouvons penser que l'oubli de cet événement puisse être une défense contre l'impact traumatique de l'événement qui a pu être refoulé.

Enfin, T.10 dit avoir mis longtemps à gérer une angoisse de perte et de mort, qu'il a travaillé plus tard et réussi à la lier à « un vécu ».

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

Le thérapeute fait la différence entre le traumatisme psychique et l'événement traumatique inscrit dans la réalité de la personne. Il se réfère ainsi, dans sa conception du traumatisme psychique, au cumul d'expériences psychiques pouvant s'inscrire dans un vécu traumatisant. Il considère qu'il y a une implication des facteurs psychologiques et culturels dans les différences des réactions individuelles face à un

événement traumatique. D'un point de vue culturel, les rituels et les traditions y jouent un rôle et d'un point de vue psychologique, la structure de personnalité et les mécanismes de défense, le vécu et le contexte contribuent à cette différence.

Le thérapeute conteste la notion d'un événement anormal. Il considère que la dimension traumatique relève du contexte et du vécu psychique de la personne, puisque l'événement peut ne pas paraître traumatique pour la famille ou même pour les professionnels. Il questionne le sens du qualificatif « anormal » qu'il considère péjoratif et imprécis : comment définir un événement anormal ? Selon quels critères ? Et y a-t-il une classification exhaustive des événements anormaux ? Le thérapeute insiste donc sur la part subjective du vécu traumatique d'un événement.

De plus, T.10 apporte une nuance supplémentaire. Il y aurait une différence dans la relation au patient traumatisé selon que le thérapeute vit dans le même contexte, *le même bain*, que lui, tel que dans sa situation, ou s'il vient de l'extérieur. Etant dans le même *bain*, il considère qu'il y a un effort de dissociation entre son propre vécu et ses représentations de l'événement traumatogène qu'il aurait vécu indirectement et ceux du patient. L'appel à faire cet effort sous-entend qu'il y a un risque de glissement, de confusion entre les deux vécus. Précisons que dans ce contexte précis, des facteurs politiques - historiques sont impliqués dans les mouvements transféro - contre-transférentiels. Cela dit, il est intéressant de revenir ici à la réponse de T.10 quant aux influences que peut avoir une expérience personnelle de trauma chez le thérapeute sur son comportement ou son efficacité.

C'est une arme à double tranchant parce que, d'une part, ça nous aide à... Je pense que moi ça m'aide à être très sensible par rapport à cette problématique. Mais il y a un danger, c'est de glisser dans, dans le discours du patient, de se retrouver..., que le patient devienne un miroir et que la relation devienne une relation narcissique avec le patient et non pas une relation objectale, si on peut dire. Sûrement ça va avoir des répercussions sur le travail avec le patient, parce que je parlais un peu de la dissociation du vécu, on pourrait plus faire cette dissociation. Il va y avoir des mécanismes de projection et... C'est aussi à travailler. Ça peut être vraiment un outil, un outil, un outil de..., plutôt un bagage qui pourrait vraiment, qui serait en parallèle avec le bagage théorique qu'on a. Ça pourrait vraiment être un bagage pour le travail avec les patients traumatisés, mais faut vraiment être conscient des limites.

Ainsi, une expérience traumatique dans l'histoire personnelle du thérapeute peut amener ce dernier à glisser dans un rapport en miroir avec le patient et son récit de trauma. La particularité de cette élaboration autour des concepts, en illustrant ses propos par des exemples cliniques et en articulation avec les propos concernant l'histoire personnelle, nous semble être l'histoire de guerre commune dans le pays. T.10 insiste sur la nécessité de dissocier les vécus, le sien et celui du patient par rapport à des événements traumatiques qu'il aurait vécu indirectement.

Mais l'essentiel, pour moi, c'est de vraiment dissocier, pouvoir dissocier entre mon vécu, mes représentations de ce traumatisme que je vis, peut-être pas directement, des traumatismes que j'ai vécus indirectement, et mon travail avec les patients (...). Parce que, j'ai travaillé avec des réfugiés du camp de Nahr El Bared, je n'ai pas vécu le traumatisme, je n'étais pas au camp mais je vivais dans le pays, je vivais dans le bain. Quand on travaillait, on entendait les bombardements sur la route. En quelque sorte, j'ai pas vécu au sein du camp avec eux, en subissant tous les traumatismes, la violence qu'ils ont vécue, mais j'y étais d'une manière indirecte.

Le thérapeute fait référence à une situation de guerre où il vit dans le même pays mais ne subit pas les mêmes violences. T.10 travaillait auprès de patients palestiniens victimes de bombardements, infligés par l'armée libanaise. Il se déplaçait dans un autre camp au nord où, sur la route, on pouvait entendre le bombardement.

Il fait ainsi référence au contexte de clivage au Liban qu'il serait important de préciser pour mieux comprendre l'enjeu contre-transférentiel: les camps palestiniens sont une sorte d'enclaves isolées dans le pays. L'enjeu politique autour de la situation des réfugiés palestiniens au Liban est complexe, et a pu réapparaître dans le travail des psychologues libanais auprès des patients palestiniens. Cette complexité a été plus marquée lors de l'intervention psychologique à l'adresse des réfugiés du camp de Nahr El Bared : il s'agissait d'une guerre entre l'armée libanaise et une cellule d'islamistes extrémistes (Fath Al Islam) qui s'est constituée dans ce camp et menait des opérations terroristes à partir de là-bas. Les psychologues libanais travaillaient ainsi avec des personnes qui ont subi des traumatismes de guerre, qui auraient été, pour certains, infligés par l'armée libanaise. Cela dit, le psychologue, dans son identité libanaise, peut facilement renvoyer à l'agresseur – l'armée libanaise qui, de son côté, représente l'état libanais. Par ailleurs, la patiente, de par son identité palestinienne, renvoie à un

passif de guerre douloureuse, de multiples massacres réciproques, entre communauté palestinienne et communauté libanaise¹⁶.

Ainsi, les traumatismes seraient vécus indirectement par les représentations qui animent le thérapeute à travers le bruit des bombardements mais serait-ce aussi en résonnance avec le passif de guerre que les libanais ont connu ? Que peut vivre le thérapeute qui « entend » les bombardements puis « entend » les récits des patients victimes de ces bombardements.

d. Contexte de travail

Plus loin, T.10 aborde une situation où il a transféré la patiente à un collègue parce qu'il s'est retrouvé dans une incapacité d'écoute, d'empathie. Il était envahi par un sentiment de révolte face au discours empreint d'une grande charge d'agressivité et à l'attaque de la part de la patiente à l'égard des soldats libanais, figure paternelle pour le thérapeute. Il précise qu'il s'agissait d'un contexte d'urgence où il ne disposait pas du temps nécessaire pour l'élaboration de sa révolte et son absence d'empathie.

Parce que le patient, la patiente plutôt, exprimait beaucoup, beaucoup d'agressivité par rapport aux soldats libanais. Et sur le champ, je n'ai pas pu... J'étais en révolte. J'étais en révolte, je n'ai pas pu être... être vraiment empathique et me mettre à la place de la patiente, et comprendre ce qu'elle vivait. C'était... C'était une attaque, vraiment à une image paternelle que j'ai. Comme nous étions dans un contexte d'urgence, je n'avais pas le temps d'élaborer tout ça et de travailler sur ça. Comme c'était un premier entretien, j'ai, d'une manière vraiment indirecte et délicate, orienté la patiente chez un autre collègue.

Le thérapeute fait référence à son travail en mission humanitaire en urgence dans le camp de réfugiés palestiniens au Liban. Précisons le contexte : en mai 2007, l'armée libanaise a lancé un assaut contre le camp de Nahr El Bared au Liban dans une guerre contre le groupe armé terroriste « Fath Al Islam ». Les réfugiés palestiniens du camp ont, encore une fois, été contraints à se réfugier dans un camp avoisinant. Les

¹⁶ Janvier 76 : Massacre de Damour commis par la PLO (organisation pour la libération de la Palestine contre un village chrétien ; Avril 1976 : Massacre de Tal Al-Zaatar commis par des miliciens chrétiens contre un camp de réfugiés palestiniens; Septembre 1982 : Massacre de Sabra et Shatila commis par l'armée israélienne et un groupe de miliciens chrétiens – les phalangistes – contre un camp de réfugiés palestiniens; Mai 85 - Juillet 88 : Harb Al-Moukhayyat ou la guerre des camps menée par un groupe de miliciens chiites - AMAL - soutenu par l'armée syrienne.

organisations non gouvernementales internationales, menant des projets psychosociaux, avaient recours à des consultants libanais. Ces derniers conduisaient les activités psychologiques et psychosociales dans le camp qui a accueilli les déplacés. La patiente en question appartient donc à une communauté accusée d'héberger des terroristes. Le psychologue appartient à la communauté représentée par l'armée qui attaque le camp. La patiente porte un discours très agressif et attaquant à l'égard d'un agresseur qui est vécu par le thérapeute comme protecteur et engagé dans une lutte de légitime défense. Sur le plan de la relation transféro-contre-transférentielle, la patiente renvoie le thérapeute à la place de l'agresseur, de par son appartenance, en attaquant les soldats. Cette place s'est avérée insupportable pour le thérapeute. Nous relevons un troisième niveau : le thérapeute évoque dans son histoire de trauma personnelle, dans un contexte de guerre, l'événement traumatique qu'a été le débarquement de soldats syriens pour les expulser de leur maison. Les soldats syriens étaient également en guerre contre les soldats libanais - comme expliqué plus haut - qui avaient la fonction de défendre les Libanais opposants à l'invasion syrienne. Ce dernier affrontement militaire marqua la fin de la guerre libanaise avec l'exil politique du chef de l'armée (figure chrétienne importante) en France, et l'emprisonnement, peu après, d'un autre chef chrétien. Le début de la guerre au Liban a souvent été reproché aux Palestiniens et a débouché sur leur enfermement dans des camps de réfugiés, enclaves parsemées dans le territoire libanais et privées de tout droit.

Ainsi, la rencontre, au cours de cet entretien, dans un contexte d'urgence où le thérapeute vit « indirectement » le trauma en entendant les bombardements sur la route vers la rencontre des patients, semble avoir buté contre la résurgence d'une histoire non résolue, tant sur le plan collectif qu'individuel.

Y aurait-il une particularité à relever dans le contre-transfert au trauma dans un contexte de guerre, de conflits politiques, qui engagerait des questions identitaires (appartenances et affiliations) qui ne sont pas nécessairement soulevés dans d'autres types de suivis, et qui prendraient le thérapeute à court?

e. Situation clinique choisie

(Silence) Ok, je vais parler du cas d'une femme battue durant douze ans. Donc elle vivait avec un mari qui était très violent et impulsif, qui était dépendant à l'alcool. Il

la battait pratiquement tous les jours. Il l'humiliait tout le temps. Il couchait avec elle sans consentement. Il était très violent durant l'acte sexuel. Donc, elle a vécu douze années d'enfer, comme elle le dit. Elle avait deux enfants. Elle travaillait, il prenait tout son argent. Elle s'est effondrée et elle a été hospitalisée pour une dépression grave. Elle était sous médication durant plusieurs années et ça fait cinq ans que je travaille avec elle.

Bien que l'élaboration théorico-clinique de T.10 s'appuyait essentiellement sur des illustrations de situation clinique de guerre, il choisit pour la partie centrée sur la clinique, une situation de violence conjugale. La description de la situation montre une forte empathie avec cette patiente et une sensibilité à ce qu'elle a enduré.

Dans la partie relevant de l'identification des émotions qui ont pu le traverser pendant le récit des scènes traumatiques, nous notons le fort sentiment de dégoût et de répulsion ; fort sentiment d'horreur et de peur, de méfiance, de panique, d'effroi, de tristesse et de désespoir, une forte envie de pleurer, un fort sentiment de colère et de rage, d'injustice, le sentiment d'être dépassé et très affecté ainsi que d'être traversé par des sentiments contradictoires. De plus, le thérapeute identifie des réactions physiques face aux récits de ces scènes, tels que la sensation de corps raide, de la fatigue, la sensation d'une oppression thoracique et une forte envie de consoler la patiente. T.10 avait indiqué dans la partie conceptuelle, qu'en théorie, le thérapeute ne devrait pas être affecté par la situation racontée et souligne la difficulté de cette position théorique dans la pratique.

Pensez-vous qu'il faut se laisser affecter par la situation traumatique racontée ? - Euh, théoriquement non, mais pratiquement je sais pas comment, comment on peut le faire - Comment on peut le faire ? - Etre vraiment, ne pas être vraiment affecté par ça, à 100 %.

Cela dit, la position théorico-clinique semble être fortement mise à l'épreuve dans cette situation. Le thérapeute affirme avoir été *très affecté*. Nous soulignons ainsi la tension entre le bagage théorique du thérapeute et son expérience pratique dans la clinique du trauma. Le recours au méta-cadre théorique aurait comme fonction de préserver la capacité de pensée du thérapeute. Qu'est ce qui contribue à la mise en échec – momentanée – de ce méta-cadre ? Explorons les mouvements contre-transférentiels à travers le scénario émergent.

f. Scénario émergent

(Silence) Par exemple, elle a parlé d'un... de situations, d'un moment où elle se disputait avec son mari, il criait, il l'humiliait, il la grondait. Il y avait la belle-mère et les deux enfants. Il est allé vers la fille, il l'a prise par les cheveux et lui a demandé de dire à sa mère qu'elle la haïssait, qu'elle ne l'aimait pas et qu'elle voulait qu'elle quitte la maison. Et il a fait de même avec le garçon. Quand elle racontait ce qui se passait, oui l'image s'est construite dans ma tête. J'ai vu le mari, j'ai vu les enfants, d'autant plus qu'elle m'a montré une fois des photos, donc j'ai une représentation concrète. Donc oui, je me suis imaginé comment il a fait, comment il a pris la fille. J'étais, j'étais révolté. Intérieurement, j'étais révolté - Vous pouvez parler un peu de ce que vous avez imaginé, s'il y a des choses particulières ? - Particulièrement, j'imaginais la disposition : il était assis, elle était debout et puis elle s'est levée et il a commencé à l'humilier, à la gronder, à la frapper. Donc, j'imaginais la scène, comment il faisait, comment il se comportait et, elle, comment elle pleurait, elle criait, elle lui demandait d'arrêter. Donc, j'imaginais un peu la scène et puis comment il est allé vers la fille, il l'a prise par ses cheveux. Donc, comment il lui demandait. Et elle, elle n'arrêtait pas de pleurer, de crier et de lui demander d'arrêter, d'arrêter, d'arrêter. Ça montait le... C'est comme si j'entendais les voix dans ma tête, parce qu'elle me disait ce qu'elle disait elle-même. C'est comme si je l'entendais dire ça. Et elle, durant la séance, elle était effondrée. Elle était effondrée, elle n'arrêtait pas de pleurer. Donc oui, durant ce moment, la limite n'était plus, n'était plus claire. Pour un moment, pour peut-être une minute, j'étais moi-même pris par ce qu'elle disait. C'est comme si j'étais dans la scène, je regardais la scène de l'extérieur. Et vraiment, il y avait de la révolte, il y avait de la rage... C'était de la révolte, de la rage. Elle, elle était triste et moi, j'étais révolté. Et puis, comme je vous ai dit, ça a duré une minute, deux minutes. Et puis c'est comme si je suis sortie, donc je vous ai dit, j'étais comme un spectateur de ce qui se passait et ce qui se passait est revenu dans ma tête, et donc j'ai repris contact avec elle et avec ce qu'elle disait. Le scénario s'est évanoui !

Le scénario émerge à partir d'une séquence du récit, un moment de cris, d'humiliation et de grondement. Le thérapeute décrit ensuite la scène imaginée à partir des éléments rapportés par la patiente, à commencer par les personnes présentes dans la scène: la

belle-mère, les deux enfants. La violence dans le récit porte sur la patiente aussi bien que sur les deux enfants.

Quand elle racontait ce qui se passait, oui, l'image s'est construite dans ma tête: l'image s'est donc imposée au thérapeute, l'aspirant dans la dynamique sidérante de ce moment où il était « spectateur ».

Nous observons plusieurs mouvements dans ce récit de scénario émergent : différents mouvements d'identifications et différents mouvements relevant de la temporalité de l'impact traumatique de la scène : un mouvement d'identification à la patiente qui *pleurait, criait, elle lui demandait d'arrêter* et un mouvement plus net d'identification à sa fille qu'il décrit plus longuement. Les autres figurants, le garçon et la belle-mère, n'apparaissent que dans le décor de la scène. Pouvons-nous parler d'une identification au mari qui est aussi longuement décrit dans ses mouvements? Observons le mouvement de temps de réaction à l'événement traumatique :

Un premier temps de sidération passive : *L'image s'est construite dans ma tête; donc oui, durant ce moment, la limite n'était plus, n'était plus claire. Pour un moment, peut être une minute, j'étais moi-même pris par ce qu'elle disait; C'est comme si j'étais dans la scène, je regardais la scène de l'extérieur; J'étais comme un spectateur de ce qui se passait et ce qui se passait est revenu dans ma tête;*

Un deuxième temps de sortie de la sidération: *Et puis c'est comme si je suis sorti (...), et donc j'ai repris contact avec elle et avec ce qu'elle disait. Le scénario s'est évanoui!*

Ce mouvement de sidération semble être bien démarqué dans le temps de la séance : *Et puis, comme je vous ai dis, ça a duré une minute, deux minutes.*

C'est également scandé par une *sortie*, une reprise en contact avec la patiente et *avec ce qu'elle disait* : comme s'il y a eu un moment hors réalité, hors temps/espace de la séance, où le thérapeute aurait même perdu contact avec l'extériorité du récit. La distance de la parole semble avoir été court-circuitée par les sensations-émotions projetées en lui dans l'infra-verbal et lui imposant leur « introjection » puis une identification aux protagonistes. Il y aurait eu un mouvement furtif mais intense d'entrée dans le trauma et une sortie entraînant l'évanouissement du scénario. Cette description indique pertinemment la dimension de la transmission traumatique dans le scénario émergent.

Le scénario émergent est en adhésion avec le point de vue de la patiente. Le thérapeute visualise une scène dynamique à partir du récit de la patiente ainsi que des photos que celle-ci lui aurait montré. Il y intègre également le son, les paroles.

C'est comme si j'entendais les voix dans ma tête, parce qu'elle me disait ce qu'elle disait elle-même. C'est comme si je l'entendais dire ça.

En racontant le scénario, il y a un moment où nous avons le sentiment en effet que le thérapeute était témoin de l'événement. Il passe du registre du *imaginer comment les choses se passent* et du *comme si* au registre d'une narration d'un événement vécu directement *Et elle, elle n'arrêtait pas de pleurer, de crier et de lui demander d'arrêter, d'arrêter, d'arrêter. Ça montait le ..., pour ensuite se ressaisir et revenir au c'est comme si je l'entendais dire ça.*

Dans ce scénario nous observons des éléments sensoriels tels que l'action, les cris, les pleurs mais aussi l'élaboration d'un sentiment complémentaire de celui de la patiente *elle, elle était triste, et moi, j'étais révolté*. Ces sentiments de rage et de révolte ressentis à une place de spectateur émaneraient-ils d'une identification à la fille de la patiente ? Seraient-ils des sentiments introjectés par le thérapeute, lui permettant de s'extirper de la sidération et de l'impuissance ?

Pour qu'il y ait eu une réponse d'une telle intensité chez le thérapeute, nous pouvons penser que la patiente a dû réaliser une reviviscence pendant la séance. A ce moment-là, le thérapeute a eu le sentiment d'être inclus dans la scène mais il reste, selon ses propres termes *spectateur*. C'est là où le scénario émergent est utile, avec les différents points de vue et les écarts. Par exemple, c'est comme si T.10 voyait agir le mari. Pour la description phénoménologique et clinique du scénario émergent, il est important de passer par l'empathie. Par exemple, ce thérapeute ressent que son empathie peut être déséquilibrée par sa trop forte adhésion, sympathie pour la mère et les enfants, mais le phénomène de rentrée – sortie qui dure une 1 à deux minutes, nous montre qu'il ne s'agit pas d'un glissement empathique confus et figé, ainsi qu'une place mobile de spectateur.

g. Processus et négociations contre-transférentiels

Dans la partie conceptuelle sur le contre-transfert et la clinique du trauma, le thérapeute décrit d'abord la qualité du discours du patient : pulsionnel, agressivité, violence, mort, perte. Ensuite, il inscrit ce discours dans la dynamique relationnelle patient-thérapeute : le patient peut jeter ce discours à la face du thérapeute ; le thérapeute doit être vigilant et conscient tout le temps pour se protéger de ce discours. Il y aurait ici un mouvement d'attaque - défense/protection dans la relation thérapeutique. Le thérapeute peut vivre la relation du patient sur un mode agressif, se sentir agressé par son discours et trouver nécessaire de se protéger de ce mouvement agressif.

C'est être tout le temps vigilant et conscient de ce qui se passe, de ce qu'on vit avec le patient parce que le discours est, en général, un discours très lourd. Un discours où il y a beaucoup de pulsionnel, beaucoup d'agressivité, beaucoup de violence, beaucoup de thématiques de mort, de pertes. Je considère que c'est vraiment un discours très condensé que le patient peut nous jeter à la face et si on n'est pas bien protégé, c'est pas évident qu'on pourrait bien, bien traiter la parole, le discours du patient et l'aider à élaborer son vécu pour lui-même.

Ainsi, au niveau de la position théorico-clinique du thérapeute, l'accent est mis sur la nécessité d'être suffisamment vigilant et protégé pour être capable de travailler avec une distance suffisante. Le travail sur soi, c'est-à-dire l'analyse personnelle et la supervision, serait la condition *sine qua non* pour favoriser la contenance et l'élaboration des mouvements contre-transférentiels.

Tout au long de l'entretien, nous observons l'articulation entre la position théorico-clinique du thérapeute, sur le plan conceptuel, son histoire personnelle, son contexte de travail et la spécificité des situations cliniques rencontrées.

Dans le processus contre-transférentiel, nous observons les mouvements suivants : un temps de rencontre qui enclenche l'empathie avec le patient ; une entrée progressive dans l'expérience du patient à travers son récit des événements traumatiques ; un temps de sidération transitoire enclenché par des mécanismes d'identification concordante et d'introjection d'éléments traumatiques. Dans cette phase, le thérapeute semble être en concordance avec les émotions de sa patiente et ceux des différents protagonistes évoqués dans le récit ; une sortie de la sidération et un recours à des mécanismes permettant l'extirpation du thérapeute d'un état d'impuissance ; un temps de transformation des émotions qui ont traversées le thérapeute qui passe par un

retour à soi. Lors de ce retour à soi, le thérapeute semble encaisser le contrecoup de cette entrée – sidération, où il peut avoir un sentiment de culpabilité de n’avoir pas été à la hauteur de ses exigences professionnelles théoriques.

4.2.5. T.11

a. Eléments biographiques

T.11 est une thérapeute française de 40 ans. Elle avait commencé ses études en psychologie selon une approche expérimentale et sociale à laquelle elle n'adhérait pas. C'est à partir d'un stage en psychothérapie institutionnelle, et en changeant d'université qu'elle s'est davantage épanouie dans sa formation. Elle a eu une expérience d'expatriation en mission humanitaire puis une expérience en France auprès de demandeurs d'asile. Elle vit en France et a été éduqué dans la religion catholique *de façon traditionnelle, pas du tout quotidienne* mais n'est pas *du tout ni croyante ni pratiquante depuis*.

b. Histoire personnelle de trauma

T.11 considère que les conséquences *par ricochet* d'un événement traumatique vécu par un membre de la famille, ont pu influencer positivement certains choix de sa vie, notamment le choix professionnel.

Je n'ai pas traversé, je n'ai pas vécu le trauma moi-même, mais quelqu'un de ma famille proche l'a vécu. Donc, par ricochet, j'ai envie de dire, je l'ai vécu. Il y a l'événement en lui-même et puis il y a ses conséquences. Moi, c'est surtout, j'ai envie de dire, les conséquences qui ont joué sur les événements de ma vie. Mais aussi de manière de positive.

Cette expérience a pu également lui être utile au niveau de la sensibilité clinique qu'elle a au regard des éléments traumatiques qu'elle peut repérer chez les patients et qui permettent aussi à ces derniers de les évoquer plus facilement.

Je pense que... d'avoir été proche de quelqu'un qui a vécu quelque chose de compliqué, dans mon histoire personnelle et infantile, m'a donné une certaine sensibilité (...) ; soit, ma sensibilité induit le fait qu'ils me le racontent rapidement. J'en sais rien mais je pense que c'est un point positif. Il y a une attention particulière. Je sais pas, je sais pas c'est assez inconscient, finalement. Et puis de me sentir en capacité d'entendre, de me sentir en capacité d'entendre.

Elle a pu avoir une crainte au début de son parcours que ces *conséquences* puissent être un empêchement dans le travail, une faille qui la rendrait incapable de travailler

dans le domaine de l'accompagnement psychologique en général. Ce point sera explicité plus tardivement, au moment de la validation des résultats auprès des participants à la recherche. A cette étape, T.11 explique :

Je crois bien que cette illégitimité à s'occuper de personnes traumatisées vient d'une culpabilité très forte chez moi. Pour que tu comprennes mieux : mon père a vécu un accident de voiture très grave quand j'avais 7 ans (ça a entraîné ou du moins aggravé les problèmes financiers dont je te parlais plus haut). Il est resté mutilé. Plusieurs mois d'hospitalisation et de rééducation et surtout il n'a plus jamais été le même. Il m'a semblé qu'il a commencé à moins souffrir quinze ou vingt ans plus tard. Dans cet accident, j'aurais dû être avec lui. Les circonstances ont fait que je ne suis pas partie dans cette voiture avec lui. En réalité, je serai sans aucun doute morte dans cet accident mais dans mon esprit - d'enfant toute-puissante !-, j'ai longtemps pensé que si j'avais été avec lui, il ne lui serait rien arrivé parce que je l'aurai prévenu. Il m'a fallu cinq ans d'analyse pour dépasser cela. Je suis quand même devenue l'enfant soignant de mon père ; dans mon esprit ! Lui ne te dirait sûrement pas la même chose ! Je me suis longtemps demandée si j'étais moi-même traumatisée ou non. J'ai « décidé » que non, c'est pourquoi je me suis autorisée à m'occuper de personnes traumatisées avec, de temps en temps, l'impression de faire quelque chose d'illégitime : puis-je les soigner si je suis du même côté de la barrière qu'eux ?

T.11 s'inscrit ainsi dans la dimension de la transmission traumatique et les répercussions d'un trauma dans l'entourage sur sa propre vie, en insistant sur le côté positif et constructeur : cette expérience de la personne proche a contribué à la construction de sa personne et de son engagement professionnel. Toutefois, cette inscription l'a aussi chargé d'un sentiment de culpabilité et d'illégitimité. Vivre un événement traumatique peut plonger le survivant dans un sentiment de honte et de désinscription de son entourage. Ce que souligne ici la thérapeute, c'est que cela peut également impacter les personnes qui entourent le survivant.

c. Elaboration sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

Dans cette partie, T.11 précise la nécessité de différencier un événement potentiellement traumatique et une personne traumatisée, qu'il est important de relever qu'il y a eu dans la vie d'une personne des traumas. Elle se demande à partir

de quel moment on peut parler de trauma, si c'est au niveau de l'événement ou du vécu, en se référant à des patients qui sont traumatisés à partir d'événements qui ne semblent pas être traumatogènes.

Elle se questionne sur l'écart entre la théorie autour de la définition d'un événement traumatique et sa propre conception. En se référant à Lebigot, elle conteste le critère du vécu du réel de la mort. De son expérience, T.11 considère qu'il suffit de se sentir anéanti comme sujet et de perdre la maîtrise pour vivre une effraction traumatique. Elle s'appuie sur la situation de violence conjugale où l'installation est insidieuse et *pour autant traumatogène*. Elle considère que les différences de réactions entre individus face à un événement sont d'ordre psychologique et social, pas culturel ni biologique. Un événement qui renvoie à une faille chez le sujet fragilisé psychologiquement ou socialement, peut faire trauma.

Sur la spécificité de la relation thérapeutique avec les patients traumatisés, elle constate que *le contre-transfert est plus fort*. Elle associe avec un exemple où elle a vécu un contre-transfert particulièrement intense dans le travail auprès d'une personne *auteur de violence, qui n'est pas victime mais bourreau*. Il s'agit de situations qui touchent les limites de l'humain.

Ça secoue, ça bouleverse aussi en tant que sujet, qu'individu, qu'humain, quand on écoute.

Ce qui est spécifique au trauma serait cette convocation des questions ontologiques qui ressortent le thérapeute, même momentanément de la neutralité ou de la bienveillance. Par ailleurs, l'évocation de cette situation peut être mise en lien avec la réponse sur le scénario émergent et la réticence de T.11 à le raconter par peur d'intégrer en elle le bourreau. Elle parle de fascination, contagion et exprime son dégoût et une sorte de culpabilité face à cela. Serait-ce en lien avec l'épisode qu'elle mentionne à la question sur la vérification en cas de doute ? En effet, elle est allée vérifier les crimes de ce bourreau dans les journaux, dans une sorte de fascination qui l'aurait effrayée par ailleurs. D'ailleurs, elle répète à plusieurs reprises qu'elle a regretté, que ce n'est pas à faire. A la question sur le doute face au récit du patient, T.11 dit :

(Silence) Ça m'est arrivé. Dernièrement, ça m'est arrivé avec des personnes – pour moi, on est toujours dans la question du traumatisme – avec des bourreaux. Enfin, ceux que j'appelle les « bourreaux », c'est un grand mot. Avec des agresseurs. Je travaille en maison d'arrêt, parmi les gens que je reçois, des gens qui passent en cour d'assise. Par deux fois, je me suis fait avoir. Je me suis fait avoir parce que, deux fois, j'ai lu des articles de journaux, ou j'ai été chercher des informations dans la presse. Pensant que ça allait m'éclaircir et m'éclairer sur le récit qu'il me fait, sur des événements flous sur lesquels on sent bien qu'il veut pas aller parce que, certainement, c'est pas en sa faveur. Il ne faut pas. Je le referai plus. Je le referai plus. Je l'ai fait encore dernièrement, il y a deux trois mois. Très mauvaise idée. C'était la question des informations qu'on recherchait d'autre part. Mais pas pour vérifier... Bizarrement pas pour vérifier que la personne est bien victime. Vraiment, ça m'est arrivé dans le sens : qu'est-ce qu'il a fait vraiment ? Qu'est-ce qui s'est passé ? Je le referai plus. Je le referai plus.

Ainsi, dans un premier temps, T.11 explique le processus par lequel elle a dû passer face au récit de ce patient. Cette contre-réaction a suscité une forte culpabilité en elle sollicitant aussi fortement le surmoi professionnel *il ne faut pas ; je ne le referai plus*. Toutefois, Après l'entretien, et dans le retour de la thérapeute à la restitution des résultats, elle élabore cette contre-réaction avec plus de distance.

Ce que je cherchais dans ces lectures d'articles, c'est la vision que la société a de cet auteur pour la confronter à ma propre vision de l'individu. Dans les entretiens, je tente toujours de me dégager des actes commis par les auteurs de peur de ne plus voir les éléments positifs de l'individu, de ne plus le voir que comme un auteur. Ce qui était perturbant dans ces lectures c'est le retour en force des actes posés (actes de tortures et de barbarie) par un patient envers lequel j'avais de l'empathie, dont je percevais aussi l'enfant malheureux qu'il avait été et avec lequel une certaine relation de séduction (séduction homme/femme) s'était installée (dont j'avais conscience).

Sur les méthodes standardisées ou personnelles dans la préparation à la relation thérapeutique avec les patients traumatisés, T.11 insiste sur l'attention et la concentration pour réguler constamment son écoute et son empathie et éviter un « déséquilibre empathique ».

Je pourrai avoir tendance à tellement bien me préparer à quelque chose de compliqué que je vais entendre, que j'aurai tendance à me fermer, comme on dit, simplement à me blinder. Donc, à éviter de ressentir. Ou, au contraire, à être dans une telle empathie que je ne gèrerai plus la relation correctement. Donc, je vais peut-être être plus concentrée sur : t'ouvres pas trop, te fermes pas trop. Enfin, c'est un peu compliqué.

T.11 considère que le thérapeute peut être affecté à un certain point. Ceci rejoint ce qu'elle avait évoqué de l'équilibrage empathique. Il est indispensable de se laisser affecté pour porter et partager avec les patients qui ont vécu des expériences déshumanisantes, sans se retrouver débordé et donc dans l'incapacité d'aider. Porter avec le patient, partager avec lui son récit est dans l'objectif de le réinscrire dans l'humanité, après avoir fait l'expérience de la déshumanisation.

Néanmoins, T.11 exprime une incertitude quant à l'aide qu'elle a pu apporter aux patients traumatisés. Ce sentiment d'incertitude et de remise en question de l'utilité de la thérapie est, selon son expérience, spécifique au travail dans le trauma. Ceci ne l'empêche pas de poursuivre le travail mais parfois de se questionner sur la possibilité de changement chez le patient et d'informer ce dernier de l'impossibilité d'effacer l'expérience traumatique en lui suggérant la perspective d'un travail permettant de vivre avec ce qui s'est passé. Ce que la thérapeute semble signifier c'est la possibilité d'une réorganisation psychique inscrivant l'expérience traumatique dans le continuum de son récit de vie, rétablissant un lien entre l'avant, l'événement, et l'après. Toutefois, ce qu'elle exprime permet de s'apercevoir du désir du thérapeute à pouvoir aider le patient à opérer un changement. Le désir de guérison que porte le thérapeute dans chaque rencontre avec un patient, est mis à mal, confronte à une importante frustration face aux patients ayant connu des expériences traumatiques complexes - peut être davantage quand le trauma résulte d'un acte intentionnel - ; le thérapeute peut se sentir submergé par la dimension inhumaine et transgressive de l'événement traumatique. A ce sujet, T.11 commente ce résultat ainsi :

C'est cela ! Est-ce que toute mon humanité fera le poids face à l'horreur d'un acte intentionnel ? Je ne crois malheureusement pas : détruire est plus facile que construire ou reconstruire.

Considérer être capable d'entendre tout discours relevant de tel ou tel événement traumatique, serait *être dans la toute-puissance*. A cela, T.11 réagit :

Oui mais ce serait peut-être un devoir humain aussi. Je tangué souvent entre les deux.

Parfois le thérapeute peut être amené à solliciter d'autres intervenants de soin, d'une part pour suppléer au traitement du patient et d'autre part pour partager l'étayage avec d'autres.

Toujours dans l'élaboration de ses positions théorico-cliniques, T.11 considère que la focalisation sur les aspects traumatiques serait alors ne pas tenir compte que le patient est autre chose que victime. Cependant, quand il s'enlise dans des détails du quotidien en évitant d'aborder le récit de l'événement traumatique, elle trouve important d'accompagner le patient vers une verbalisation de son vécu, plutôt que des faits précis.

d. Transmission du trauma

T.11 rapporte que suite à l'écoute de récits *particulièrement compliqués* elle a fait l'expérience d'un rapport différent au monde qu'elle a pu décrire comme *paranoïaque* de par l'appréhension d'une possible persécution de l'autre. Cette expérience fut plus marquée lors de la mission d'expatriation où *le collectif était dans le traumatisme*. Elle parle également d'un retour compliqué au monde, à son environnement et sa culture où *l'habituel n'était plus normal*. Elle décrit ainsi des sentiments d'incompréhension, de colère, de décalage vis-à-vis des autres qui *n'ouvraient pas du tout les yeux*. Ce sentiment d'étrangeté chez soi serait, toujours selon T.11, *l'effet de l'expatriation mais aussi l'effet du trauma*.

J'ai ressenti de nouveau cela, suite à l'accompagnement de l'homme dont je parlais plus haut (l'auteur). Le monde me paraît, dans ces moments, insécurisant et les êtres humains tous potentiellement dangereux (ce qu'ils sont en réalité, je le sais intellectuellement mais là, je le vis émotionnellement).

L'image des autres qui n'ouvrent pas les yeux et d'elle-même qui a fini par se fermer les yeux, nous fait penser à la notion de transgression dans le trauma : voir ce que l'on

n'est pas supposé voir du réel, de l'archaïque que la thérapeute évoque en parlant de l'inhumain dans l'humain.

Questionnée sur l'impact des récits traumatiques dans l'immédiat, que T.11 a évoqué en parlant de *baigner dans l'ambiance du trauma*, elle explique leurs effets déstabilisant dans la vie personnelle des expatriés. Rapportant un élément de la vie personnelle au quotidien, T.11 raconte ses réveils nocturnes, terrorisée.

Il m'est arrivé plusieurs fois de me réveiller en sursaut en entendant taper ce collègue et en ayant tout de suite en tête : c'est les Serbes qui sont à la porte, il faut partir ; Et dans mon semi sommeil, dans mon demi sommeil, en me réveillant, les Serbes étaient à la porte et venaient nous tuer.

Elle s'étonne de ses réactions, n'ayant pas connu dans son histoire actuelle ou transgénérationnelle, de trauma liés à la guerre ou à de la persécution ethnique.

Alors je suis pas albanaise, je n'ai pas, dans mon histoire familiale..., il y a pas eu de génocide, on n'est pas passés par-là. J'ai pas d'origine arménienne, je suis pas d'origine juive (...). Il y avait des choses comme ça, qui n'ont rien à faire avec mon histoire.

Son explication sur ses réactions serait liée l'exposition répétitive à des récits traumatiques autour de l'épuration ethnique des albanais, par les serbes.

Du coup, effectivement, je pense que c'était l'impact des récits que les gens racontaient : ils sont arrivés, ils ont frappé en pleine nuit, ils nous ont demandé de sortir. Ils racontaient cette épuration ethnique.

Dans la restitution des résultats, T.11 ajoute à ce propos :

Il faut te dire quand même que l'une des raisons qui m'a poussée à partir en humanitaire était de prendre part à l'Histoire. Dans ma famille, on est toujours passé au travers des événements de l'Histoire, comme si elle n'avait pas d'implication dans notre histoire, comme si elle glissait sans nous atteindre. Il fallait que l'Histoire fasse enfin trace et que j'y laisse, moi aussi, ma trace. Une question d'inscription je crois.

Par ailleurs, au niveau de la transmission traumatique et l'intégration de certains éléments spécifiques aux patients, dans la psyché du thérapeute, nous soulignons dans

cet entretien la notion de la maison détruite. T.11 remarque que la notion de la maison détruite et l'impact traumatique de cette destruction émergeaient répétitivement dans les récits des patients.

Voilà, il y a des choses comme ça très fortes. L'impact de la maison détruite aussi, qui était...- La maison détruite ?- Oui, la maison détruite parce que, notamment, les Albanais du Kosovo, quand on les a chassés, on détruisait systématiquement leurs maisons. Et donc, ils racontaient beaucoup, ça passait beaucoup par-là leur récit, ce qu'ils avaient perdu et la maison détruite.

T.11 semble lier la dimension traumatique de la destruction des maisons à la place symbolique qu'elles ont dans la culture, donc à un registre culturel.

C'est vrai que dans la culture albanaise, la maison – je pense dans beaucoup cultures – mais la maison, c'est la maison familiale où vivent plusieurs générations. C'est les hommes qui la construisent de leurs mains, c'est quelque chose d'important.

Or, en début d'entretien, elle exprimait son désaccord avec l'implication de la dimension culturelle dans l'impact traumatique d'un événement sur un individu.

Par ailleurs, l'importance de la maison et la douleur liée à sa perte ont été intégrées par T.11.

Et la maison détruite, c'est devenu quelque chose d'hyper fort, du coup pour moi. Il se trouve que dans les années qui ont suivi, ma famille a perdu la maison familiale, perdue pour des problèmes d'argent. Et ça a été, du coup, une espèce de retour, je pense que j'ai compris à ce moment-là, d'une certaine manière, ce qu'avait pu... Alors je ne sais pas si j'ai compris ce qu'ils avaient vécu ou si, parce que j'avais entendu ces récits, la perte de ma maison a été d'autant plus douloureuse.

Notons ici un élément clair d'identification avec les patients traumatisés, un trait symbolisant le trauma lors de cette mission que la thérapeute semble avoir intégré en elle.

Dans la restitution, T.11 ajoute :

Il faut quand même que tu saches (je te l'ai pas dit pendant cet entretien) que mes parents, très endettés, ont passé leur vie à tenter de sauver leurs biens. C'est le

combat de leur vie. J'ai baigné là-dedans dès l'âge de 7 ans avec la menace fantasmée des huissiers qui viendraient nous chasser pour vendre la maison aux enchères, les fantasmes d'aller vivre sous les ponts, de ne pas savoir où nous irions. Je me souviens très bien que ces huissiers avaient dans mon esprit des visages de croque-morts. Cette maison a finalement été vendue aux enchères en 2004, avec tous les biens que mes parents possédaient. J'avais quitté leur maison depuis longtemps mais elle restait un point de repère, une amarre. Je me suis sentie comme déracinée. L'année d'après, nous avons acheté une maison avec mon mari : j'avais besoin de replonger mes racines quelque part, d'autant plus que je vis avec un migrant, lui aussi déraciné... donc, l'identification avec les réfugiés du Kosovo elle est dans les deux sens : la perte de la maison, je sentais déjà ce que ça signifiait. (...) Je ne sais pas comment ça s'est passé, dans quel ordre. Mais du coup, oui, sur du long terme, il y a eu effectivement des échos à ces récits.

L'impact de la transmission traumatique peut se transformer ainsi en écho à des récits qui vont résonner sur le long terme. Peut-être pourrions-nous faire le lien entre la persistance de ces échos sur le long terme et l'identification par cette intégration d'un trait symbolique du trauma de la population rencontrée en mission.

e. Contexte de travail

Le contexte, l'immersion dans l'ambiance générale renvoyant au trauma dans ses détails semblent également contribuer significativement à la mise en place de ce processus et à l'intensité du vécu de T.11. Il s'agit d'un camp de réfugié, et les camps, éphémères, amplifieraient la réalité d'absence des maisons, de leurs destructions.

Selon T.11, il y aurait *une sacrée particularité* au travail dans le trauma en contexte humanitaire/expatriation du fait de ne pas être dans son monde, sa culture, sa langue, d'être ainsi étranger. Les collègues discutaient de la *perte de repères* et de *l'obligation à se décentrer*. Dans un premier temps, l'expatrié peut réagir avec une *pointe de racisme* jusqu'à *pouvoir lâcher prise, s'abandonner, lâcher une partie de ce qui nous fonde, dont on n'a pas forcément conscience au départ*. Cela dit, la situation d'expatriation, renforcée par la dimension traumatique, dévoilerait à la personne de nouveaux aspects d'elle-même, processus qui peut être fragilisant et solliciter des mobilisations défensives nouvelles. Se retrouver également *dans un pays instable avec des gens qui ne vont pas forcément bien autour, ça peut rajouter* parce que la

thérapeute est *exposée à des récits*, dans une ambiance renvoyant à l'événement traumatique : *on était dans des camps de réfugiés*. Ce contexte a donc eu un impact important sur la thérapeute qui faisait des rêves de *camps de concentration* où elle *passait son temps à essayer de s'échapper*. Les camps de concentration, dans la représentation collective et sur un plan historique, symbolisent la mort dans ce qu'elle peut avoir de plus inhumain : crime contre l'humanité, crime intentionnel d'épuration ethnique. Cet élément de rêve répétitif évoque le sentiment d'enfermement, de danger imminent auquel la thérapeute tente d'échapper. Ce que nous soulevons ici, c'est l'impact du travail sur le rêve. Il serait intéressant d'explorer ce qui prédomine dans cet impact, si ce sont les récits traumatiques autour d'un même événement ou/et si c'est le contexte de travail (camps de réfugiés). En réponse à la restitution des résultats, T.11 développe :

J'ai beaucoup lu de livres sur la Shoah dès mon adolescence. J'ai eu le sentiment qu'on ne m'en avait rien dit auparavant (ce qui était faux) et tout à coup j'ai découvert « ça ». Le sentiment que l'on ne m'en avait rien dit vient du fait que ça n'avait pas impacté ceux (ma famille) qui en parlaient de manière théorique, comme on raconte l'histoire du Moyen-Âge. Quand j'ai découvert la Shoah, j'ai eu le sentiment de comprendre enfin dans quel monde je vivais (j'allais dire encore que j'ai eu le sentiment d'ouvrir les yeux). Cette découverte s'est faite par la télévision quand j'avais 12 ans : elle était allumée sans que personne ne la regarde. Était diffusé « Nacht und Nebel », film en partie tourné par les SS. Je suis arrivée dans la pièce et je suis restée sidérée devant les images. À partir de là, j'ai lu « pour savoir dans quel monde je vivais » et pour apprendre par quelles stratégies, moi aussi, je pourrai survivre le jour où il y aurait la guerre. Alors oui, les camps de réfugiés ont réveillé dans mon inconscient, ces camps de déportés.

Nous retrouvons dans ce rêve un élément relevant du registre historique collectif : les camps de concentration. Dans le mot concentration, nous retrouvons la concentration des récits traumatiques, un pan de l'histoire collective qui témoigne de l'inhumain et un renvoi à l'enfermement et au danger imminent de mort. Les processus inconscients mobilisés face à l'irreprésentable de l'expérience traumatique : l'inconscient du thérapeute invoque des représentations de choses qu'il peut transformer en représentation de mots. Dans ce rêve, l'inconscient de la thérapeute a été chercher du côté de « l'impensé connu » (*the unthought known*- Christopher Bollas) afin

d'articuler l'accumulation d'éléments resurgis de cette exposition aux récits traumatiques des patients.

De plus, la thérapeute compare son expérience auprès de patients traumatisés et l'impact des récits dans deux contextes : celui de l'expatriation en mission humanitaire où *on est plus immergé dans le récit* et celui en France, *dans son pays, dans sa langue, dans sa culture, dans la petite association à côté de chez soi*, et constate que *ça n'impacte pas de la même façon*. *L'immersion dans le récit* a un impact plus vif et l'identification est plus facile étant en terre étrangère, autant pour la thérapeute que pour les réfugiés qui se retrouvent eux aussi étrangers.

Donc on était un peu des étrangers ensemble. Il y avait une identification qui était possible.

f. Situation clinique choisie

La thérapeute commence par préciser qu'il s'agit d'une *situation qui l'a beaucoup marqué*. C'est une jeune patiente qu'elle suivait dans un premier temps avec un interprète et ensuite toute seule, quand elle a maîtrisé le français. T.11 disposait du récit détaillé par écrit de l'OFPRA comme la jeune fille était dans une démarche de régularisation.

Dans un contexte de règlement de comptes politiques, cette fille et sa mère sont agressées à domicile par des militaires, qui les ont violées. La mère fut tuée en essayant de défendre sa fille et cette dernière fut laissée pour morte.

Arrivée en France, où évidemment on remet en doute son récit, et l'OFPRA lui demande « les hommes qui t'ont violée, sur leur uniforme, il y avait une barrette, deux barrettes ? Quel grade ? ».

La thérapeute parle de la violence de l'OFPRA, la violence des travailleurs sociaux qui ne croyaient pas à son âge, la violence du monde adulte qui existait en France. Elle sent le besoin d'exprimer ses ressentis sur cette situation puisqu'elle a eu *un contre-transfert vraiment très très fort*, elle a été *très maternante, très enveloppante*. Dans le récit de la thérapeute, il y a une alternance entre les violences subies par cette jeune fille et les moments en thérapie où elles sont dans un lien transféro-contre transférentiel mère-fille.

Face au premier rejet de l'OFPPRA et la menace du rapatriement alors qu'elle n'avait plus aucun lien au pays, la thérapeute s'est sentie envahie par des fantasmes très forts d'adoption, *au point que j'avais fait des recherches sur internet*. Ce mouvement d'empathie dans le contre-transfert, particulièrement fort, est interrompu par un auto rappel à l'ordre.

Je me suis dis : halte-là, ça suffit, tu vas calmer un petit peu tes ardeurs. Et je me suis forcée à revenir dans ma peau de thérapeute et d'arrêter de me fantasmer à la place de cette maman qui lui manquait beaucoup.

Nous observons ainsi ces mouvements contre-transférentiels intenses décrits par la thérapeute elle-même en entamant le récit, où il y a un temps de glissement empathique qui s'impose à cette dernière et un temps d'extirpation de cet état et de retour au rôle de thérapeute.

La mobilisation intense de fantasmes d'adoption chez la thérapeute serait une réponse empathique à la détresse abandonnique de la patiente, débridée par le rejet de l'OFPPRA, la menace du renvoi au pays où la patiente se retrouverait *sans aucun lien*.

Dans son récit sur le trajet de la patiente et son arrivée en France, la thérapeute indique à deux reprises *toute seule, toute seule à 15 ans* et relate la violence psychologique de la question d'investigation à l'OFPPRA qui l'indigne.

Comment une gamine de 15 ans... Enfin voilà, moi je trouvais ça terrible.

Ensuite, elle revient sur la violence des assistantes sociales qui considèrent la fille comme une menteuse, et se pose la question :

Enfin tout ce qu'elle peut traverser cette même, de violence... Du coup, je me dis : mais comment on peut croire au monde adulte ?

Le statut d'enfant, la solitude et la situation d'abandon de la patiente, face aux accusations des adultes, semblent particulièrement toucher la thérapeute. Nous entendons clairement l'empathie entraînant un mouvement d'identification concordante (la détresse de la « même ») et complémentaire (indignation de l'adulte supposé protéger).

Nous pourrions penser également à la culpabilité et au désir de réparation de la thérapeute étant une adulte française, donc appartenant à la communauté des adultes français qui font violence à *cette même*. Au niveau de l'histoire personnelle de la thérapeute, évoquée dans l'entretien, Nous pouvons penser à un déplacement d'une colère refoulée contre son père tant aimé et soutenu par elle, enfant surement très seule face aux adultes parentaux incapables de la protéger.

g. Scénario émergent

Je pense que c'est une manière de se représenter, en fait... Oh, ce n'est pas très agréable à raconter. Quand elle me fait le récit du viol, effectivement j'ai des images où je la vois, où je l'imagine allongée à terre, sa mère pas très loin, où je vois les vestes kaki. Je vois les vestes kaki. Je vois les vestes kaki. Je m'imagine la mère se débattre. Oui, voilà, c'est ça la scène que je vois.

La thérapeute exprime d'emblée sa réticence à évoquer le scénario émergent en disant *oh, c'est pas très agréable à raconter*. Elle décrit brièvement l'image qui a émergé lors du récit du viol *la patiente allongée à terre; la mère pas loin, se débattre* et les *vestes kaki* qu'elle répète à trois reprises. Dans un premier abord, la thérapeute semble visualiser la scène du point de vue de la patiente qui voit les vestes kaki pour parler des militaires.

Aussitôt, elle élabore sur sa réticence d'en dire plus, parce que *ça pollue*.

Ça vous gêne d'aller plus en détail ? - Oui, ce n'est pas... Ça pollue ! Ça pollue un peu.

Elle évoque le sentiment de honte qui s'empare d'elle à l'idée d'en parler comme si elle intégrait le mal commis par le bourreau, comme si elle pouvait s'imaginer des tortures, confrontant ainsi la part inhumaine en elle :

Non, c'est l'idée de... C'est l'idée de la honte de tout à l'heure, finalement. C'est... comme si, comme si le mal qui était fait à l'autre, je l'intégrais. Le fait d'imaginer... Je pense que c'est ça, le fait d'imaginer ce que l'autre a pu faire, si je peux l'imaginer, je comprends. Enfin, je comprends ? Si, je peux l'imaginer alors je peux imaginer moi aussi des tortures. Tu vois, c'est ça le truc qui beurk. J'ai même du mal – et ça, c'est depuis l'Albanie – j'ai même du mal... Je ne regarde plus de films où il y

a des scènes de violence. Je ne peux plus. Je ne peux pas. Je bouche mes oreilles, je ferme les yeux. C'est bon quoi. Je... ou je m'en vais... On est devant la télé, je dis à mon mari : « tu me rappelles quand c'est fini », il me dit : « mais c'est un film », et je lui dis : « mais je sais que c'est la vérité ». Moi, je sais que c'est la vérité, ça. Donc, non, je ne veux pas. J'ai l'impression que ça me.... Ça me contamine, voilà. C'est l'impression de contagion, avec la honte qui va avec. Je pense que c'est ça. Et du coup, de te raconter que j'ai pu voir cette scène-là en me l'imaginant, il y a peut-être quelque chose d'une fascination, mais c'est aussi d'intégrer ce qu'a fait le bourreau. Enfin, je sais pas, c'est comme ça que je le... C'est comme ça que je verbalise. Je ne sais pas trop.

Elle précise que sa vision du monde, jadis rousseauiste, croyant à la nature du bon sauvage, fut altérée par son expérience auprès des traumatisés de guerre et des réfugiés, à partir de sa première confrontation à la clinique du trauma en mission humanitaire.

Elle soulève la question de la fascination face à l'inhumain et le danger de contagion et la honte qui en dérive. La fascination devant les scènes de cruauté dans les films, celles-ci étant *la vérité*, pourrait faire plaisir à la part inhumaine et expose au danger de la contagion, d'où ce sentiment de dégoût et de honte. Ces scénarii, ces images activent *la sauvagerie*, risquant de réveiller les pulsions sadiques ou belliqueuses dormantes.

Et du coup, ces scénarios émergents, bien sûr qu'on me le raconte et que c'est ma représentation, et c'est mon cerveau qui fonctionne comme ça. Mais quelque part quand je dis que j'ai... La honte et la culpabilité, c'est aussi... Peut-être l'effet de fascination qui, peut-être, fait plaisir à ma part inhumaine. J'en sais rien. Enfin, un truc comme ça, très dégueu, quoi. Je sais pas, moi c'est pas un sentiment de solitude, c'est un sentiment de... Ça vient gratouiller du côté de la sauvagerie.

h. Processus et négociations contre-transférentiels donnant lieu à la créativité thérapeutique

Dans la réflexion de T.11 autour de la possibilité d'être vécue comme inquiétante par les patients, elle exprime sa peur d'être vécue comme « violence ». Ceci l'amène à réfléchir aux questions qu'elle va poser, à sa formulation et au moment de la poser. Il

y a également la peur que le patient doute de la solidité du thérapeute, ou qu'il la mette à la place du bourreau, ce qui peut être une source d'inquiétude pour le patient ; cette inquiétude peut provenir aussi bien des projections transférentielles du patient que de l'attitude du thérapeute. T.11 exprime un grand regret teinté de culpabilité à l'égard de ses premières expériences auprès de patients traumatisés, en situation d'expatriation. La thérapeute décrit un état de sidération face au récit des patients.

J'ai beaucoup de regrets parce que je restais bouche bée. Je ne pouvais plus rien dire. J'étais... C'était le blanc, quoi. C'était le... Le récit était là, j'étais en face et j'entendais, et qu'est-ce que je dis, qu'est-ce que je leur dis ? Qu'est-ce qu'il y a à dire à ça ?

Il en découle un sentiment d'inefficacité et même l'impression d'être source de terreur pour les patients, finissant par une sorte d'auto reproche.

Et donc, j'étais... Je n'ai pas dû être très aidante ! Ça a dû être terrible pour eux.

Elle approfondit cette part du vécu contre-transférentiel qui est culpabilisant et encombrant.

Après, dans le ressenti ? On peut se sentir, effectivement parfois, agacé, avoir des réactions de : mais comment cette personne s'est mise dans cette situation-là ? En la mettant quasiment, par moments, avec des réactions, presque la personne... Enfin, c'est des, c'est des élans, c'est pas construit comme ça, mais des émotions comme ça, qui traversent : mais enfin, comment elle a pu se retrouver encore une fois dans cette situation-là ? Des patientes qui ont pu, plusieurs fois au cours de leur vie, se retrouver dans des situations où elles ont été violées. On se dit : une fois... Je vais le dire de manière très crue, c'est un truc qui traverse comme ça, en quelques secondes, on se dit : mais qu'est-ce qu'elle a été chercher encore ? Comme si c'était de sa faute. Ou cette petite phrase : qu'est-ce qu'elle induit, pour toujours se faire agresser ? C'est terrible. C'est terrible de dire ça, de penser ça. Mais on le pense quand même. Les victimes, elles ne sont peut-être pas que victimes. Il y a des choses comme ça qui traversent, qui sont vachement agressives. Ce n'était pas ça la question, en fait ?

Ainsi, la thérapeute peut se sentir agacée devant une patiente qui se retrouve à plusieurs reprises dans des situations où elle est violée. Il lui arrive de s'interroger

intérieurement sur la part fautive de la patiente qui « induit » quelque chose pour se faire agresser. Elle précise que ce questionnement est furtif, de quelques secondes, qui la traverse et la laisse avec un sentiment d'auto-reproche *c'est terrible de dire ça, de penser ça*. La thérapeute qualifie ce sentiment/questionnement d'agressif. Elle finit ses propos par une question au chercheur sur l'adéquation de sa réponse à la question posée. T.11 a pu avoir des moments d'étonnement ou d'incrédulité face à la violence du récit du patient. Les lectures l'ont amené à questionner ces réactions et à réaliser que la résistance des soignants peut s'exprimer à travers un sentiment de doute, face au récit du patient. Or, le soignant doit *partir du postulat que ce que les gens disent, c'est ce qu'ils ont vécu*.

Ces sentiments de honte, de culpabilité, d'inefficacité, d'être source de violence évoqués par T.11 ont pu affecter largement la représentation de la thérapeute d'elle-même, de sa fonction de soignante. Néanmoins, avec les années d'expériences, T.11 ne semble pas restée enfermée là-dedans. Revenons à l'expérience contre-transférentielle qui l'avait fortement marquée auprès du patient *bourreau* évoquée précédemment. Elle a recours au mot *bourreau* puis elle rectifie *c'est un grand mot, avec un agresseur*. Suite au récit sur *des événements assez flous sur lesquels on sent bien qu'il ne veut pas aller parce que ce n'est pas en sa faveur*, la thérapeute a cherché à vérifier les faits dans la presse. Elle commente son acte à fur et à mesure qu'elle en parle : *très mauvaise idée; je le referai plus*. L'utilisation du mot *bourreau* qu'elle rectifiera en *agresseur* pour relativiser la gravité et l'ampleur de l'acte du patient, est un premier mouvement indicatif de la négociation psychique contre-transférentielle que T.11 opère. Cette négociation semble dévoiler l'ambivalence de la thérapeute, face au statut du patient. D'ailleurs elle dit :

Bizarrement, pas pour vérifier que la personne est bien victime (...) mais qu'est-ce qu'il a fait vraiment ? Qu'est ce qui s'est passé ?

Ce que nous observons ainsi serait-il la négociation qui se joue entre la fascination et la culpabilité ? T.11 condamne ce qu'elle peut vivre en termes de fascination, ce qui ravive en elle une forte culpabilité, voire un dégoût d'elle-même, tel qu'elle l'a formulé. Ce vécu témoigne de la sidération partagée par la thérapeute, induisant en elle un sentiment d'inhumanité en résonnance avec l'impact du trauma.

Cependant, T.11 dit que face à ce sentiment de sidération face au récit, elle a eu recours à des lectures, des auteurs, des échanges d'expériences, qui l'avaient beaucoup aidée. Elle a développé deux approches cliniques du récit de l'événement traumatique, à partir de son expérience avec les patients, tel un *apprenti sorcier*. Elle n'avait pas de technique prédéfinie et ne se sent pas *spécialiste de ces questions*. C'est auprès des patients qu'elle a régulé son approche en constatant que le récit peut se faire dans les premières rencontres avec le patient et qu'il serait difficile d'y revenir, dans l'après coup. Elle ne préconise pas non plus de forcer les détails, ce qui serait violent pour le patient. Par ailleurs, elle souligne que la résistance à aborder le récit peut venir autant du patient que du clinicien.

4.2.6. T.12

a. Eléments biographiques

T.12 est une jeune psychologue française de 25 ans qui est dans sa première année d'exercice au moment de l'entretien. Elle a été contactée par une des chercheuses directement, via le réseau professionnel en France. Détentrice d'un M2 en psychologie clinique et pathologique, sa formation universitaire est intégrative (psychanalyse, TCC). Elle s'intéresse à l'approche transculturelle à laquelle elle s'est initiée et qu'elle essaye d'approfondir, à travers les stages. Elle n'a pas de formation spécifique aux questions de trauma et découvre ces questions en participant à un groupe de consultation. Sa pratique est encore nouvelle et variée, mais non centrée sur le trauma.

b. Histoire personnelle de trauma

T.12 n'a pas d'histoire de trauma ou de transmission de trauma dans son entourage ou sa généalogie.

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

T.12 considère qu'il est important de différencier événement traumatogène et personne traumatisée. L'histoire, le portage culturel et l'histoire familiale vont jouer dans le vécu de l'événement. Cette différenciation permet de penser les prises en charges adaptées au profil de la personne plutôt qu'à l'événement. De plus, il y a des personnes plus « résilientes » que d'autres. La différence de réactions individuelles peut être en lien avec le psychologique et le culturel. Peut-être des facteurs psychophysiologiques qui font réagir différemment au stress et donc au trauma, mais T.12 ne maîtrise pas ces notions. Elle aurait donc plus tendance à penser : au portage culturel, à l'étayage avec certains repères, la famille, la langue et le groupe qui vont permettre l'élaboration de l'événement et la construction. Ceci est mis à mal par la migration et l'exil. Il y a également les facteurs psychologiques : capacités de chacun, histoire de chacun et mécanismes de défense mis en place.

Considérer que les troubles post-traumatiques sont des réactions normales à des événements anormaux semble, pour T.12, comme une réduction du psychotraumatisme à une réaction biologique au stress : stimulus - réponse. Les

facteurs psychologiques et culturels dans lesquels le trauma s'intrique peuvent être plus complexes, plus modelables, plus mouvant qu'une simple réponse.

T.12 précise qu'elle commence son expérience professionnelle, mais il lui semble qu'au niveau du contre-transfert *il se passe des choses qui sont parfois, personnellement, soit très violentes, soit très émouvantes*. Les thérapeutes seraient bousculés parce que renvoyés à l'impensable, et oscilleraient entre la résistance à y être confrontés et l'empathie. Ils sont parfois amenés à *sortir du cadre*, à être *hors de soi*.

Comme méthode pour le travail dans le trauma, T.12 considère que le dispositif de groupe est en soi porteur pour le patient mais aussi pour le thérapeute.

ça permet de pouvoir avoir un partage autour du contre-transfert, des différents contre-transferts qui sont partagés aussi et qui peuvent être contractés entre les différents thérapeutes.

Elle souligne l'effet de partage du traumatisme qui peut être palpable dans l'immédiat de la séance ou plus tard, au cours du travail avec un autre patient ou encore dans la vie personnelle du thérapeute. Ceci serait l'impact de la confrontation à ce qui touche à l'intégrité humaine. Il y aurait donc une nécessité de se protéger de cette transmission à travers la supervision, ou le simple fait d'en parler en groupe.

Le simple fait de pouvoir en parler après, déjà ça peut dénouer des choses qui ont été trop violente ou trop impliquante.

Elle pense que l'expérience de traumatisme dans l'histoire personnelle du thérapeute peut influencer positivement ou négativement sur son travail. Quand le récit du patient se rapproche trop du vécu du thérapeute, il peut être très touché au point d'une paralysie de la pensée. Ce dernier peut être soit dans une grande empathie ou bien dans une mise à distance.

Inconsciemment mettre un peu à distance le patient, d'être moins dans l'écoute, ou d'être moins bienveillant, ou poser des questions qui vont être forcément très orientées par ce qu'on a vécu. (...) ça peut être dans une sorte de fascination de quelque chose qu'on a vécu en commun et du coup de ne plus avoir cette position de clinicien, mais d'être presque d'humain à humain ayant vécu la même chose. (...) C'est des choses qui peuvent arriver et je pense que c'est plus facilement évitable dans un suivi de groupe que dans le suivi individuel où, là, la relation duelle peut faire glisser vers ça.

Notons dans ce passage la question de l'équilibrage empathique d'une part, et la référence au risque perçu dans la relation duelle thérapeute - patient, d'autre part. Cette dernière peut être perçue comme une menace sur l'identité professionnelle du thérapeute qui, se retrouvant seul face au récit, peut se retrouver démunie de ses défenses professionnelles et mise à nu, dans son humanité.

T.12 parle d'un classement inconscient entre les traumatismes.

Par exemple, dans le suivi généralisé, quand c'était non exclusif trauma et qu'on suit des patients qui ont plein de pathologies, du coup on oublie cette histoire traumatique, on a tendance à oublier que, par exemple, ils ont vécu des viols ou des choses, et peut être à banaliser. Et inconsciemment, quand on reçoit des patients qui ont subi des tortures ou des actes politiques, parce qu'il y a une ampleur plus étatique ou politique, on va avoir tendance à penser que le trauma est plus lourd » ; « après, c'est vrai qu'on aurait tendance à penser que les traumatismes de guerre ou les violences politiques et les tortures sont des événements plus traumatiques. Mais je n'ai pas envie de mettre un classement, je trouve ça déroutant.

Deux éléments nous paraissent intéressants à souligner dans ces propos. En premier lieu, il y a un recours à la déniation et la projection pour s'autoriser à hiérarchiser les événements traumatogènes. En second lieu, la référence à l'ampleur qui donne la dimension de guerre ou politique à la conception de la gravité du traumatisme. Ce questionnement chez la thérapeute nous renvoie à l'implication de la dimension géopolitique et historique dans le vécu contre-transférentiel du thérapeute. Les réfugiés reçus en consultation transculturelle trauma viennent majoritairement de pays politiquement instables, où il y a souvent, dans les conflits, des enjeux politiques avec la France.

T.12 semble contester l'idée d'une attitude type, attitude clinique figée. Toutefois, elle considère qu'auprès de patients traumatisés *on va être beaucoup plus dans l'empathie et dans l'écoute ; au début, de faire un petit peu alliance avec lui pour recueillir vraiment les événements à chaud.* Elle insiste sur la nécessité de se décentrer ultérieurement de l'événement traumatique pour explorer et élaborer *les choses familiales, les choses de l'intrapsychique, de la petite enfance, des choses qui ne sont pas forcément liées au trauma et pouvoir un peu se dégager de cette fascination-là, de l'événement traumatique lui-même.* L'attitude du thérapeute face au patient traumatisé devrait s'appuyer surtout sur une plus grande capacité d'écoute, d'empathie et de protection.

Pour T.12, il n'y a pas de crainte de traumatiser plus le patient par les questions, crainte qui fut évoquée dans plusieurs entretiens. Cependant, dans la suite de son élaboration, elle dit que les événements traumatiques envahissent la pensée si ils sont questionnés frontalement.

On peut être soi-même traumatique en voulant aller de but en blanc sur le trauma. Elle préférerait suivre le fil associatif du patient, en considérant qu'il est important d'élaborer sur *des choses dans la banalité*. Le récit de la scène traumatique peut venir en deuxième ou troisième temps. Se focaliser sur le récit de l'événement traumatique risque de figer la pensée sur ce qui fait peur et l'empêcher d'avancer. Nous notons l'oscillation dans l'élaboration de T.12 qui serait peut être conséquent au fait d'être encore jeune dans la pratique et donc encore dans une hésitation, quant aux prises de positions théorico-cliniques. Par ailleurs, cette oscillation peut dénoter un processus d'élaboration qui s'opère au moment de l'entretien.

Face au récit de l'événement traumatique, elle invite à être réceptif, tout en se protégeant. Elle souligne également la difficulté de se tenir à ce qu'on s'impose comme injonctions théoriques face à la clinique.

On est aussi dans une situation clinique où, voilà, on est dépassé aussi par des choses, par ses propres émotions.

Elle poursuit en disant :

Il ne faudrait pas que ça nous affecte personnellement. (...) Et si on l'est, parce qu'on le sera forcément (...) c'est inévitable.

Face à l'impact affectif du récit, elle considère que les thérapeutes devraient verbaliser leurs ressentis afin de pouvoir réajuster ce qui pourrait les dépasser. Nous entendons ici la situation contradictoire dans laquelle T.12 peut se retrouver entre l'injonction de ne pas s'affecter et l'inéluctable de cette affectation.

En parlant de sa pratique, elle se réfère à une situation clinique en individuel et explique qu'elle se sent plus impliquée pour une patiente qui a une histoire de trauma, qu'elle sent en danger aussi bien que sa fille, que pour un autre patient venant pour un autre suivi. Dans son activité de groupe, T.12, ayant intégré le suivi des patients en cours de route, a pu se faire sa propre représentation de la scène traumatique. Quand le patient arrive à en parler, le récit aurait forcément évolué en intégrant des éléments élaborés dans le suivi. En individuel, la patiente - à laquelle T.12 fait référence tout au long de l'entretien - présente un récit flou des événements traumatiques, intégrant des éléments survenus après. C'est dans le suivi que la représentation de la scène

traumatique se précise. Le patient sait qu'il est dans un cadre qui lui donne la possibilité de parler de l'événement traumatique. Travailler sur des éléments annexes et complémentaires, en dehors du traumatisme, est tout aussi utile pour le patient. La thérapeute propose d'accompagner le patient dans la verbalisation du vécu traumatique au moment où l'élaboration bute contre le traumatisme, où l'élaboration devient trop difficile ou douloureuse. Toutefois, souligne T.12 :

ça doit relever vraiment d'un souci de la personne dans sa temporalité et non pas de notre propre fascination.

Cela dit, nous entendons dans cette forme dénégative l'appréhension de la thérapeute de sa propre fascination face au trauma.

Une deuxième crainte est exprimée par T.12, celle d'être une source d'inquiétude pour le patient *c'est difficile ! J'espère que non*. L'exclamation dénote l'attachement de la thérapeute à sa fonction de bon objet, son désir d'être appréciée par le patient et la frustration ou la déception qu'un thérapeute peut vivre, quand il est vécu comme un objet persécuteur ou mauvais. Elle poursuit en précisant que les projections transférentielles du patient ainsi que certaines attitudes du thérapeute peuvent contribuer à cette inquiétude. En ce qui concerne les projections du patient, quand le thérapeute est vécu comme représentant de l'institution, de l'autorité, il peut être source d'inquiétude. Du côté de l'attitude du thérapeute, la neutralité peut être vécue comme une impassibilité à des choses très violentes suscitant chez le patient un questionnement sur l'adhésion du thérapeute à son récit.

Si volontairement ou involontairement, on essaie plus ou moins d'être neutre et c'est vécu comme si on est impassible à des choses qui sont pourtant très violentes. Et ça peut être une source d'inquiétude de se dire : est-ce qu'il me croit ? Est-ce qu'il me croit pas ?

Inversement, une trop grande empathie peut également insécuriser le patient.

On va avoir un peu une attitude de partage du traumatisme et, du coup, le patient ne se sent pas sécurisé parce que le cadre n'est pas assez contenant pour lui.

Le travail thérapeutique pourrait mettre en danger le patient dans ce qu'il s'est construit comme stratégies adaptatives. Le thérapeute est amené à faire de son mieux d'assurer un cadre contenant et protecteur pour le patient, pour qu'il ne se sente pas en danger au sortir de la consultation.

T.12 évoque à son tour la nécessité d'un équilibre empathique.

Donc, de certaines attitudes qui vont être soit dans trop de distance soit dans trop d'empathie, ou dans des choses un peu brusques, on peut peut-être susciter de l'inquiétude chez le patient.

Quant à la remise en question du récit du patient et le doute, elle opte pour une adhésion à ce que livre le patient parce qu'il s'agit du récit subjectif.

Ce qui nous intéresse, c'est comment la personne a ressenti les choses et comment elle va faire pour avancer avec (...). J'ai pas tellement à croire ou à ne pas croire, mettre en doute. C'est plus que ce qui s'est passé, ce qu'elle en fait qui est intéressant.

Etant dans un contexte émotionnel particulièrement bouleversant, le récit du patient ne peut pas être clair, chronologique. Il est forcément contradictoire, ambigu et flou parce que le trauma en soi désorganise la pensée.

De plus, l'ambiguïté dans le récit est liée aussi au contexte de la rencontre avec le thérapeute qui fait qu'il y a des choses au début qu'on veut livrer, il y a des choses qu'on veut pas livrer (...). C'est à nous de reconstruire un peu dans l'après coup, une représentation plus ou moins claire de ce qu'ils ont vécu, de ce qu'ils vivent maintenant et, éventuellement, de ce qui a bougé, dans ce vécu-là.

T.12 peut parfois ressentir le besoin de s'informer, quand il s'agit de situation de guerre ou de catastrophe naturelle, autour de notions géopolitiques pour mieux se représenter ce que la personne a vécu. Cependant, elle parle d'un risque de s'enliser dans une orientation du suivi sur des questions culturelles ou géopolitiques que le thérapeute ne maîtrise pas. Dans ce cas, la recherche de notions culturelles ou géopolitiques pourrait être une sorte d'intellectualisation/rationalisation défensive mettant à distance le vécu subjectif du trauma. Elle ajoute qu'il est important de parler de ses doutes en supervision pour les mettre de côté, parce que le doute peut parasiter la bienveillance et mettre à mal le travail du thérapeute.

d. Transmission du trauma

La thérapeute parle peu du trauma des patients à l'extérieur, ce à quoi elle ne s'attendait pas avant de commencer la pratique.

Le peu que j'en ai parlé, on a toujours des réactions un peu mi de fascination et d'horreur, et je trouve ça assez malsain (...). Quand on raconte ce petit bout de trauma qu'on a, qui est pas du tout représentatif de la personne dans sa globalité, on

a souvent des réactions un peu de fascination, d'horreur, ou de méfiance, ou d'intérêt (...). Du coup, j'évite d'en parler parce que je me trouve après dans une position que je trouve très malsaine.

Ainsi, la réaction des autres renvoie la thérapeute à quelque chose qui relève de l'incompréhension mais aussi de l'embarras d'être dans une position malsaine. Un élément indicateur de la dimension de transmission apparaît dans la formulation *ce petit bout de trauma qu'on a*.

Un autre mouvement dans les propos de T.12 s'inscrit dans la relation au patient : *Même, j'ai envie de dire, des fois, il y a des patients qu'on suit, soit dans le groupe, soit en individuel, dont on oublie vraiment l'histoire traumatique parce qu'il y a plein d'autres choses qui se passent et qui sont en mouvement, que, après-coup, on les a vus quatre, cinq fois, qu'on reparle de l'histoire traumatique, on avait oublié même qu'il s'était passé ça.*

Ainsi, dans la représentation que construit T.12 du patient, le trauma peut être *oublié* afin de permettre à d'autres pans de son histoire et de sa subjectivité d'émerger. S'agit-il ici d'un mouvement défensif chez la thérapeute ? L'oubli de l'événement traumatique et le déplacement sur le *plein d'autres choses en mouvement* seraient des mouvements en miroir avec ceux du patient dans une tentative de contourner l'événement traumatique. Une sorte de décharge de l'excès pulsionnel dans ces mouvements de vie occuperait le contenu de la séance pour escamoter l'élaboration de l'événement psychique.

Dans un mouvement de déplacement, T.12 dit qu'un thérapeute peut avoir des émotions qui le mettent mal à l'aise et qui sont importantes à élaborer en supervision. Les émotions verbalisées au patient doivent être médiatisées et viser une relance ou une interprétation. L'expression des émotions non contenues et non médiatisées du thérapeute peut faire effraction chez le patient.

Je sais pas, ça pourrait être des choses, en tant que femme, c'est une problématique de viol, ça m'a touchée parce que, ça. Et puis de pouvoir relancer sur : « vous, par exemple... », sur des questions corporelles ou de féminité.

T.12 illustre par un exemple ce qui peut faire effraction chez une thérapeute femme. L'exemple semble émerger par associations. Néanmoins, la situation choisie pour

l'entretien porte sur un trauma de viol. Nous pouvons ainsi nous demander si cette situation qui prendra forme à la fin de l'entretien ne figure pas en background des élaborations de T.12 tout au long de l'entretien. En parlant des rêves que peuvent apporter les patients, elle dit :

C'est vraiment la mise à nu totale de la vie psychique du patient (...). Après ils peuvent aussi être effrayant, ils peuvent être déconcertants, on peut ne pas arriver à travailler avec.

La thérapeute exprime, à travers cette réponse, la difficulté rencontrée dans le travail avec les patients traumatisés et fait allusion au type d'affects qui peuvent la traverser tel qu'être effrayée ou déconcertée. Le matériel de rêve apporté par un patient, notamment un matériel portant sur le viol et remuant des questions relevant du corps et de la féminité – selon les propos de T.12 – peut être déconcertant. Qu'en est-il alors du récit que peut faire la patiente ? T.12 donne la priorité à l'expression des émotions plutôt qu'aux faits chronologiques ou détaillés de l'événement traumatique.

Le récit factuel à la limite, nous, on s'en fiche. Enfin, c'est pas qu'on s'en fiche mais c'est pas ce qui nous intéresse le plus, ce qui nous intéresse c'est le vécu subjectif de ce qu'il a ressenti à ce moment-là, comment les émotions peuvent évoluer ? Est-ce qu'après plusieurs séances il peut en dire autre chose ?

Est-ce que la narration du récit « factuel » n'évolue-t-il pas aussi en donnant des indications sur l'évolution psychique du patient ? Le factuel n'est-il pas une expérience subjective ? Nous soulignons ici le mouvement d'annulation *on s'en fiche* ; *c'est pas qu'on s'en fiche* qui semble indiquer une émergence d'angoisse. Plus loin dans l'entretien, elle soutient que la séparation des différents registres – affectif, cognitif, représentation - d'un récit peut aider le thérapeute à contourner l'impact traumatique du récit.

Comme par exemple, il va y avoir un récit très factuel, un truc qui, nous-même, peut nous traumatiser.

Ainsi, le récit très factuel semble être inquiétant parce que potentiellement traumatisant.

e. Situation clinique

T.12 relate la situation d'une patiente réfugiée qu'elle a rencontrée dans le cadre du suivi médical de celle-ci. Son statut de réfugiée renvoie T.12 à une histoire traumatique.

Forcément, il y a une histoire derrière qui peut, en tout cas, être traumatique et c'est par ce biais-là qu'on essaie un peu de l'aborder.

Il s'agit donc d'une patiente qui a pu mettre en difficulté les équipes soignantes. *Quand elle raconte plus ou moins la scène traumatique, quand elle a été mise en confiance, elle a été... Il y a eu des violences politiques, apparemment assez locales, avec des persécutions de sa famille, etc..*

Cette patiente a donc réussi à fuir les persécutions, les menaces et venir en France.

Elle a subi des viols, elle a subi des viols à plusieurs reprises. Elle est arrivée en France. Pour l'instant, du coup, comme c'est un début de suivi, je ne sais pas encore très bien, ni par quel biais, ni comment elle est arrivée ici et recueillie par qui. Pour l'instant, c'est ce qu'elle en dit et c'est qu'on arrive un petit peu à verbaliser et c'est dans des choses assez factuelles, pour l'instant. Et très peu dans l'émotionnel parce qu'elle est difficilement accessible, à part sur un versant très, très dépressif, où elle a du mal, où il faut l'aider.

Nous retrouvons dans le récit de la situation, plusieurs éléments en résonnance avec l'élaboration théorico-clinique de T.12, confirmant, d'une certaine façon, la présence de cette situation clinique en arrière-fond, tout au long de l'entretien. La difficulté qui s'est posée aux équipes soignantes semble être partagée par la psychologue qui énonce la difficulté d'accès à sa patiente, qui serait dans un récit très factuel des événements traumatiques. Précédemment, T.12 expliquait que des récits très factuels peuvent être traumatisants pour les thérapeutes.

Dans la partie où le chercheur questionne les émotions qui traversent les thérapeutes face au récit des événements traumatiques, en invitant le participant à les identifier, T.12 semble plus à l'aise pour exprimer ses ressentis. Elle identifie des sentiments d'horreur, de folie, d'effroi, de dépassement, de détresse, d'être très affectée en forte intensité. De plus, elle confirme avoir eu du mal à se concentrer, un sentiment d'inefficacité dans la consultation, d'impuissance, de gêne, d'hostilité envers la patiente, de tristesse et de désespoir, d'injustice, des moments de forte envie d'arrêter

la consultation mais aussi des moments de grande admiration pour la patiente et ses capacités à survivre à ces événements traumatiques. Elle reconnaît que l'intensité de ses émotions était rythmée par celle de sa patiente et qu'elle était traversée par des variations incessantes de son état affectif. Elle identifie également des réactions physiques importantes telles que le corps raide et bloqué, des maux de têtes, un état d'agitation, une envie de bouger, un sentiment d'être vidée après les consultations et l'envie de prendre la patiente dans ses bras pour la consoler.

Ces émotions et réactions physiques parfois intenses dénotent la tension empathique au niveau du contre-transfert qui peut, par moment, mettre sérieusement à mal le travail thérapeutique.

L'exploration du scénario émergent nous permet d'avoir un regard sur les figurations mentales qui participent de cette tension empathique.

f. Scénario émergent

Pour cette patiente, je me suis un peu représentée la scène, alors pas forcément d'ailleurs au moment où elle me le disait, mais à d'autres moments où elle me parlait de son bébé. Et sur le moment peut-être de la scène traumatique où j'ai eu plus de mal à me représenter par des images ou par..., j'étais vraiment dans du récit et dans des mots. A d'autres moments où elle parlait d'autres choses, pas comme des flashes, mais quelque chose qui vient comme ça. De la voir par exemple, voilà une mise en scène un peu corporelle du viol. Alors des images qu'on essaie un peu de chasser pour retourner dans le discours et dans le moment présent de ce qu'elle dit, mais avec... Alors pas vraiment des couleurs ou des sons, mais plus une représentation imagée, en mouvement, comme on verrait une vidéo, quelque chose de... Mais très bref. Très bref et... et plutôt en décalé par rapport à ce qu'elle dit. Bizarrement, ce n'est pas apparu a posteriori après la consultation. A posteriori, c'était plus du ressenti que des images. - Est-ce que vous pouvez décrire cette image, telle qu'elle a émergée ? - Telle que je l'ai émergée, c'était cette patiente dans la position allongée, avec un homme armé, alors ça, c'est une représentation à moi, parce qu'elle me l'a pas dit comme ça. Qui la contraignait à être couchée au sol et qui baissait son pantalon, et un début de viol. Mais pas la scène de viol en elle-même, mais ces images-là qui... qui figent déjà, qui empêchent de penser à autre chose et qui... Ça provoque du dégoût. Oui, qui dégoûte et qui révulse un peu. Plus ces images-là qui

sont un peu en mouvement mais très brefs. Un début de scène sans vraiment la scène en elle-même. - C'est une image qui fige la pensée, mais est-ce que c'est une image figée ? - Non, ce n'est pas une image figée, c'est une image en mouvement, où on la voit qui est allongée, qui la contraint à rester allongée avec une arme, et qui baisse son pantalon. Et c'est tout. Alors c'est un mouvement plus ou moins. Et on la voit qui, un peu, se débat. Et c'est bref. Et c'est tout. - Il y a pas de son, il y a pas de couleur, il y a pas de décor dans cette image ? - Non. Enfin, c'est en couleur. Je vois elle et je vois lui, en uniforme. Et le décor autour, il n'existe pas. - Vous dites qu'il y a des éléments dans cette image qui n'ont pas été rapportées par la patiente. C'est des éléments que vous vous êtes représentés toute seule ? - Oui - Vous avez dit tout à l'heure que c'est des images que vous essayez d'écarter ? - En tout cas dans le moment où on est dans la consultation et où elle parle de choses, où il y a ces images-là que j'essaie d'écarter parce que je me dis : je suis plus disponible pour elle à ce moment-là, parce que je suis envahie par d'autres choses et cette image-là devrait pas venir à ce moment-là. Au-delà de ça, c'est une construction puisqu'il y a des choses qu'elle m'a rapportées. Peut-être que c'est vrai, peut-être que ce n'est pas vrai, qu'il avait une arme. Ça, c'est une construction, parce qu'elle m'a parlé aussi de violences politiques, alors sûrement c'est des choses qu'on rattache les unes aux autres. Ça, j'en ai aucune idée, précisément. Et elle ne me l'a pas raconté aussi précisément. Et aussi peut-être mon manque d'information fait qu'il n'y a pas de décor tellement autour. Et que j'essaie d'écarter parce que je me sens plus disponible et je me sens envahie. - Est-ce que c'est des images que vous utilisez dans la clinique à un autre moment ? - Pour l'instant, je n'ai pas pu parce que c'est un début de suivi. Avec elle, je n'ai pas pu en reparler. Et je pense que, pour l'instant, je serais un peu gênée d'en parler, déjà en ces termes-là et avec une représentation aussi concrète de la scène. Non, je pense que, pour l'instant, il serait trop tôt, et pour elle et pour moi, pour... pour verbaliser autour de ça, pour se représenter la chose concrètement comme ça. Peut-être que ça me traumatise plus moi qu'elle, là pour le coup cette image-là. La scène en elle-même, elle peut la décrire plus ou moins, sans tous ces détails-là, mais elle semble parfois moins affectée par cette scène-là que par des menaces verbales par exemple. Ça peut s'entendre aussi. Mais du coup, cette scène, j'aurais plus de mal à y aller parce que, moi, je pense que je suis encore dérangée pour pouvoir y aller sans être trop violente.

Nous observons une description importante de la forme, du moment et de l'impact du scénario émergent : la représentation de la scène au moment où la patiente parlait de son bébé. Au moment de la narration du récit de l'événement traumatique, T.12 était *plus dans le récit et dans des mots*. Toutefois, c'est à d'autres moments où elle a pu avoir *des flashes, une mise en scène corporelle du viol*. Il s'agit d'images qui s'imposent *qu'on essaie un peu de chasser pour retourner dans le discours, mais très bref*. Elle précise qu'*a posteriori*, après la consultation, cette représentation se dissipe laissant la place au ressenti. La thérapeute semble gênée, comme empêchée par l'émergence de ce scénario qui s'impose à elle et l'envahie.

Au niveau du contenu du scénario, il y a un « début de scène » en mouvement, très bref, figurant ce que la thérapeute s'est représentée du récit de la patiente autour du viol. Dans le scénario, on retrouve deux protagonistes : la patiente qui se débat et l'agresseur qui contraint. T.12 fait une description brève d'une scène « construite » par des éléments du récit mais aussi des éléments de l'imagination et de l'intérieur de la thérapeute. Le récit du scénario émergent se limite aux éléments sensoriels visuels sans élaborations autour de l'état affectif de la patiente ou de l'agresseur. Il est la production de l'imaginaire de la thérapeute à partir du récit de la patiente qui évoque uniquement le viol et le contexte de violence politique. Ainsi, en l'absence de précisions de la patiente, T.12 est envahie par une image produite et construite à partir de son monde interne.

Il existe ainsi des écarts dans le vécu de la thérapeute et ce qu'elle se représente du vécu de la patiente. Par ailleurs, elle parle d'un impact traumatique de la scène sur elle-même.

En l'absence d'une description plus détaillée de l'événement traumatique, l'émergence du scénario semble être invoquée « de force » dans l'imaginaire de la thérapeute s'appuyant sur des éléments de son monde interne. Elle exprime ainsi une gêne et une culpabilité face au caractère imposant du scénario, ainsi qu'un envahissement qui met à mal son travail clinique. La thérapeute avait évoqué dans la partie concernant les réactions émotionnelles, elle expliquait justement le mouvement contradictoire entre fascination/curiosité et gêne/culpabilité. Les sentiments de gêne et de culpabilité étaient liés dans un premier temps à un surmoi professionnel : ne pas devoir être dans la fascination. Or, en abordant le scénario émergent un autre aspect se dévoile : la culpabilité de se confronter à ce qui est invoqué dans l'imaginaire du

thérapeute en dehors des précisions de la patiente. Ces représentations imagées sont vécues comme potentiellement violentes à l'égard de la patiente et doivent être dissimulées. Ceci laisse la thérapeute en proie à ces mouvements de fascination/culpabilité, dans une lutte contre le caractère imposant du scénario et une indisponibilité psychique face à la patiente.

g. Processus et négociations contre-transférentiels

Nous pouvons observer le long de cet entretien les stratégies déployées pour la négociation psychique du contre-transfert. En toile de fond, une situation clinique avec son scénario émergent semble « hanter » la thérapeute dans son élaboration et l'orienter. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien que ces mouvements se clarifient, quand T.12 s'exprime librement sur les difficultés ressenties face aux images émergentes en séance.

Dans un premier temps, elle souligne l'effet de « partage du traumatisme » qui peut être palpable dans l'immédiat de la séance ou plus tard, au cours du travail avec un autre patient ou encore dans la vie personnelle du thérapeute. Ceci serait l'impact de la confrontation à ce qui touche à l'intégrité humaine. Il y aurait donc une nécessité de se protéger de cette transmission à travers la supervision, ou le simple fait d'en parler en groupe. La fonction du groupe est d'autant plus importante dans le cadre thérapeutique où le partage du traumatisme est porté par plusieurs, et, notons la formulation particulière de cette séquence : *ça permet de pouvoir avoir un partage autour du contre-transfert, des différents contre-transferts qui sont partagés aussi et qui peuvent être contractés entre les différents thérapeutes*. Le recours au signifiant « contracter » peut renvoyer autant au contrat dans le sens de l'alliance groupale et du pacte fondateur du groupe, qu'au sens de la contagion, et donc les différents membres du groupe contractent ce qui se transmet du trauma du patient. Le groupe peut ainsi avoir une fonction contenantante puisqu'il porte cette émergence de scénarii perturbants.

D'autres stratégies sont identifiables dans cet entretien dans l'objectif de lutter contre la dimension violente de la fascination face au trauma dans le contre-transfert, la part culpabilisante au regard du surmoi professionnel. Nous retrouvons le recours à l'intellectualisation à travers la théorisation pour lutter contre l'effet de fascination, le déplacement et la dénégaration. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la relation duelle patient-thérapeute prise par l'emprise de la fascination est vécue comme

menaçante au regard de l'identité professionnelle mais aussi au regard de son inscription dans la communauté des humains. Faire face à l'émergence d'images de viols construit à partir du récit du patient certes, mais infiltrée par des éléments du monde interne du thérapeute, génère une profonde turbulence intérieure difficilement acceptable pour la jeune thérapeute. Cela dit, elle cherche à se décentrer de l'événement traumatique pour retrouver la possibilité de penser la réalité psychique du patient ailleurs, dans son histoire familiale, mais aussi dans le contexte géopolitique, en *s'en fichant du récit factuel* qui peut être source de fascination et qui peut être *traumatisant*. Le déplacement se déploie aussi dans l'élaboration sur les réactions des autres, telles les équipes soignantes mises en difficultés par la patiente évoquée, ou encore, dans l'élaboration de ce que peut être l'impact de la clinique du trauma sur les thérapeutes en général.

La partie de l'entretien où la chercheuse propose à la thérapeute des possibilités d'émotions qui ont pu être ressentis lors du récit de l'événement traumatique a sensiblement facilité l'expression et délier la prise de parole sur les difficultés qui peuvent être rencontrées dans ce travail.

4.2.7. T.13

a. Eléments biographiques

T.13 est un psychiatre – psychanalyste, âgé de 35 ans, français d'origine tunisienne, d'appartenance religieuse juive. Il exerce en tant que psychiatre et psychothérapeute en institution en France, auprès d'enfants placés ou sous mesure judiciaire. Il a eu une expérience d'expatriation, dans le cadre d'un projet de recherche conduit en Israël, où il a travaillé auprès d'enfants traumatisés.

b. Histoire personnelle de trauma

T.13 aborde d'abord la question de transmission traumatique transgénérationnelle. Il évoque les persécutions politiques de ses grands-parents de par leur appartenance religieuse, dans le contexte de la deuxième guerre mondiale, ainsi que le trajet migratoire de ses parents.

Quant aux expériences personnelles de trauma, il précise d'abord n'avoir pas vécu *dans un endroit où des roquettes ou des bombes étaient tirées* mais avoir vécu des pertes et des déceptions ayant eu une valeur traumatique nécessitant une réorganisation psychique. Il considère qu'il est indispensable pour un thérapeute de faire un travail d'analyse personnelle où il revisite les moments difficiles de sa vie pour pouvoir aborder les fonctionnements des autres. Ce travail personnel influence positivement la rencontre et le travail avec le patient. Toutefois, l'expérience de traumatismes majeurs non dépassés peut rentrer en résonnance avec les traumatismes des patients et risque de provoquer de forts mouvements d'identification et de projection, constituant un obstacle au travail thérapeutique.

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

En répondant aux premières questions sur les conceptions concernant le traumatisme psychique, T.13 se limite à oui/non, des réponses qui semblent assez défendues : soit très concises, soit très théoriques, avec peu de référence à ses impressions personnelles.

Il exprime une difficulté à définir le traumatisme.

Je suis toujours en difficulté à considérer le traumatisme. Je ne sais pas de quel traumatisme vous parlez.

Il s'interroge sur sa définition : pertes importantes vécues comme des traumatismes chez les enfants ou traumatismes familiaux importants tel dans un contexte de guerre. Les troubles post-traumatiques seraient des réactions logiques aux événements qui créent une discontinuité avec la vie antérieure.

Concernant l'attitude auprès des patients traumatisés, T.13 s'exprime avec la même réserve dans des réponses très concises. Il parle de *tendance à être plus contenant, plus soutenant (...) particulièrement précautionneux* mais il remet en question cette tendance-là *je ne suis pas certain qu'il faille faire cela*. Il exprime une hésitation face à la question et du mal à y répondre *j'hésite avec cette question, je ne sais pas comment y répondre*.

Dans son abord du récit de l'expérience traumatique, il ne se focalise pas sur les aspects traumatiques lors des suivis avec les patients mais les laisse raconter comme bon leur semble.

La manière de raconter et le contenu qui indiqueront le type et lieu de résistances dressées contre certains éléments de leur vie.

T.13 considère que chez les patients traumatisés, il y aurait un fonctionnement opératoire où le discours est souvent pragmatique, factuel et défendu, rendant difficile la possibilité de dérouler un fil associatif, où l'on retrouve des représentations chargées d'affects.

La situation psychothérapeutique peut être menaçante pour les patients traumatisés, parce qu'elle peut les mettre face à leurs pertes et leurs difficultés, et lui en tant que thérapeute peut représenter la menace de ce qu'ils cherchent à éviter. L'inquiétude proviendrait, selon T.13, de projections du patient, du transfert et de la rencontre.

Du fait de la pensée et des souvenirs douloureux du patient, le silence du thérapeute peut être vécu comme insupportable ou menaçant.

C'est vrai que, souvent, avec les patients traumatisés, il est préférable d'être actif dans l'échange et de parler, plus qu'avec d'autres patients.

Ainsi, T.13 semble changer de position quant à l'attitude à avoir auprès des patients traumatisés qu'il avait qualifiée de *classique* précédemment dans l'entretien. Il avance que la préservation de la neutralité est importante, néanmoins, dans neutralité il entend d'éviter *les coups d'avance* sur les enjeux particuliers d'un vécu traumatique pour laisser la possibilité au patient de nous amener à rencontrer un point particulier

qui lui pose problème. Cela suppose que la frontière soit claire entre ce qui fait trauma pour le patient et ce qui est perçu comme tel par le thérapeute, ce qui bouleverse le thérapeute.

En ce qui concerne le doute que peut ressentir le thérapeute face au récit du patient, T.13 considère que le questionnement du thérapeute sur la véracité du récit du patient s'inscrirait dans une difficulté de penser.

Le plus souvent, lorsqu'on se demande si c'est vrai ou non, c'est qu'on n'arrive pas trop à penser soi-même.

Dans ce cas, le thérapeute partage son questionnement, ses doutes et suspicions avec le patient, étant pris dans *quelque chose de contre-transférentiel*. Cette affirmation dénote une oscillation du point de vue avec ce qui avait été dit précédemment, notamment de *ne pas partager ou faire part au patient de son ressenti*.

La verbalisation de son propre vécu de thérapeute par rapport à certains propos, venant du patient, peut être intéressante quand il y a une difficulté à penser chez le patient et le thérapeute : la verbalisation du contre-transfert pour rencontrer le vécu du patient, *sinon, le thérapeute fait son travail d'auto-analyse de son côté*. Face aux difficultés du travail d'association du patient, le thérapeute peut recourir à la verbalisation de son contre-transfert et de ses représentations, et proposer au patient de raconter ses souvenirs ou ses rêves pour partager avec lui la découverte de son monde interne.

d. Transmission traumatique

A la question sur la transmission du traumatisme, T.13 fait la distinction entre cette dernière et la transmission de la difficulté à penser, associer, rêver.

C'est plus une transmission de la difficulté à penser qu'une transmission de son traumatisme à mon avis.

Quant à la protection de cette transmission, T.13 considère qu'il *faut traverser cette épreuve avec lui, qui est la seule condition pour l'aider à dépasser ses difficultés*. Si le thérapeute parvient à relancer son propre processus de pensée, il permettrait au patient de *réussir quelque chose*. Le contre-transfert sert de moyen pour retrouver le rejeton refoulé derrière le rejeton déguisé par le symptôme qui est l'inhibition ou le symptôme du patient. L'impossibilité d'aider un patient, traumatisé ou pas, revient à

la gestion de l'affect ressenti par le thérapeute. Nous notons dans cette réponse une injonction théorique.

Il faut ensuite pouvoir métaboliser cet affectif, il ne faut pas se laisser déborder. Cette injonction de *métaboliser* ses affects, de ne pas se laisser déborder témoigne d'un surmoi professionnel intériorisé qui pose dans sa formulation la potentialité de culpabilisation face à une expérience clinique qui confronterait le thérapeute à un débordement affectif.

e. Situation choisie

J'ai rencontré une jeune fille de 10 ans, qui vivait à X, qui est une ville à côté de la bande de Gaza, donc une ville dans le sud d'Israël, et qui recevait des... Elle a reçu des roquettes, la ville a reçu des roquettes et, elle, elle a reçu un éclat de roquette sur le pied. Tout ça se passe dans un contexte où trente à quarante roquettes étaient tirées par jour et qu'elle passait beaucoup de son temps dans une chambre forte, aménagée dans la maison. Elle a perdu son... Son voisin est mort. Sa mère a fait un syndrome de stress post-traumatique caractérisé.

T.13 raconte l'histoire de sa patiente toujours avec réserve. Il précise le contexte de guerre d'une façon assez brève, puis les faits constituant l'expérience traumatique, avec détachement affectif. Néanmoins, interrogé sur les émotions identifiées lors du récit de la petite fille, il semble plus affecté qu'il ne le dit dans ce récit et dans ses élaborations théorico-cliniques. Il identifie avoir eu un sentiment de vengeance, de folie, de peur et d'appréhension, de tristesse et de désespoir, une envie de pleurer, un sentiment d'impuissance très marqué, un sentiment de colère, de rage, d'injustice, une difficulté à se concentrer, un fort sentiment de dépassement, un sentiment d'inefficacité dans la consultation et d'inutilité pesant, et une envie d'arrêter la consultation. L'identification de ces émotions et de leur intensité se démarque de ce que le thérapeute a pu dire dans la partie conceptuelle, au sujet de l'impact du récit sur le contre-transfert. Certaines émotions relèvent de la dimension transgressive de l'événement traumatique et d'autres renvoient au vécu narcissique de sa fonction de thérapeute (sentiment d'inutilité, d'inefficacité dans la consultation, d'envie d'arrêter la consultation) mais aussi à un état de débordement affectif (envie de pleurer, sentiment de dépassement). Il ressentait également l'envie de prendre la patiente dans

les bras et de la consoler, une forme d'énaction qui serait concordante avec le besoin de la fille d'être consolée par rapport à ce qu'elle a pu vivre.

Au niveau du récit, il est difficile de « comprendre » ce qui a pu traverser contre-transférentiellement le thérapeute, de par sa réserve. Toutefois, le scénario émergent semble donner plus d'élément, suite à la sollicitation et la demande de clarification de la chercheuse.

f. Scénario émergent

Dans un premier abord, T.13 dit ne pas avoir eu de scénarii émergents.

(silence) Euh... Non.

Ensuite, dans une sorte de demande d'étayage à la chercheuse, il essaye de distinguer entre les images qui ont émergé et le scénario émergent qui serait sur une dimension sensorielle.

J'ai eu des images mais, là, ce que vous dites, c'est si ça m'a pris sensoriellement, c'est ça ?

Après clarification de la chercheuse, il dit :

Constamment, j'ai eu des images constamment des images dans la tête quand elle me raconte des choses. Mais pas qui m'ait gêné. Je me suis imaginé la scène où elle est dans le jardin, où elle reçoit une roquette ou un éclat de roquette. Je me suis imaginé elle, dans la chambre forte. J'ai imaginé, oui - Il y avait des sons ou des couleurs, ou des odeurs ? – Des couleurs. Des couleurs, oui - Il n'y avait pas de son ? Non. Non, non, c'était visuel.

Il y a donc eu des images qui émergeaient dans l'esprit du thérapeute en continu. Le recours à une forme dénégative pour écarter la gêne potentiellement générée par ces images nous amène à interroger l'impact de ce scénario émergent. Pour en faire un récit, T.13 exprime encore une hésitation.

Est-ce que vous pouvez raconter ce qui a émergé, à partir du récit de la patiente ? - Ce qui a émergé dans mon esprit ? – Oui.

Il entame ensuite le récit :

Je l'imaginai jouer comme une petite fillette dans un jardin où il faisait beau, où elle était pieds nus. C'est elle qui m'a dit qu'elle était pieds nus. Je l'imaginai tel qu'elle me l'a raconté. Moi, ce que j'ai ajouté peut-être dans mon image, c'est un espèce de bien-être un peu enfantin de ce qui..., de cette scène de jeux innocents, ou insouciantes

plutôt, dans ce jardin. Et elle qui met le pied sur une lame chaude et ce bruit qui..., cette explosion plutôt que ce bruit. Dans mon esprit, je n'ai pas..., je me souviens pas avoir ajouté un son à mon image, mais quelque chose qui vient tout de suite se couper, une scène de tranquillité brutalement rompue par une scène de catastrophe.

T.13 a eu du mal à entamer la description de ce scénario émergent et plus tard, il a eu des difficultés à répondre à la consigne où il était question uniquement des images qui l'ont traversées. Il décrit donc une image idyllique d'une petite fille jouant innocemment et avec insouciance dans un environnement paisible brutalement interrompu par une scène de catastrophe.

Dans un premier temps abord, T.13 semble avoir pris le point de vue de la fille dans un moment clivé du reste du contexte : il s'agissait d'une période de guerre où la fillette passait son temps dans une chambre forte. Les moments d'accalmie ne sont pas démunis de l'appréhension de la reprise des bombardements. Cependant, la fillette a pu avoir un moment clivé, hors contexte, où elle est parvenue à jouer. Le scénario émergent est focalisé sur ce moment de jeu puis de rupture et de catastrophe. Il y a occultation de la mort du voisin évoquée dans le récit de la situation, et de la présence de la mère, qui a cru perdre sa fille.

Le scénario émergent est donc en concordance avec la séquence racontée par la patiente, correspondant au moment de l'événement traumatique. Nous y retrouvons les éléments sensoriels : le visuel, le kinesthésique (*jouer*), le tactile (*met le pied sur une lame chaude*), l'auditif bien qu'il soit en partie scotomisé (*ce bruit, cette explosion plutôt que ce bruit*). Le scénario émergent correspond à une co-construction à partir des éléments du récit de la patiente et d'autres, produits par l'imagination du thérapeute. Cependant, le récit du scénario émergent témoigne d'un travail d'élaboration que le thérapeute a effectué depuis cette consultation, celle-ci faisant partie de son travail de recherche.

Mais bon, mon intérêt, il était sur son vécu des choses à elle et mon habitude à moi, c'est d'être concentré sur la réalité des conflits en jeu dans une scène pareille. C'est pour ça que j'ai l'habitude de laisser les patients raconter librement, à leur manière, pour me rendre compte des lieux de censure et des lieux de résistance de la patiente dans son discours. Ça en dit long sur ce qui... Ça oriente sur le conflit principal, créé par l'événement. En l'occurrence, pour elle, il y a plusieurs choses qui ont compté pour elle, une des choses qui était importante c'est que sa mère, elle, a eu très, très peur de ce qui s'est passé, plus même qu'elle. Et donc, elle a vu sa mère très choquée

pendant des semaines et des semaines. La maman sursautait au moindre bruit, etc. Et la maman a même exigé que la petite dorme dans son lit pour calmer ses angoisses à elle, c'est-à-dire de mère. Ce qui a fait beaucoup les difficultés de cette enfant, plus encore que l'explosion de la roquette dans le jardin, c'est d'avoir perdu une maman vaillante pendant plusieurs semaines, avec une maman qui a cru qu'elle avait perdu sa fille. Donc, elle a dû montrer à sa mère combien elle était vivante, même en dormant à ses côtés et en la touchant, ou alors en étant très excitée, très hypomane comme on dit. Elle cherchait beaucoup à faire rire tout le monde, très volubile, etc. Elle a adopté une clinique d'hyper vivacité, peut-être pour... s'adapter à la clinique de sa mère. Il y a eu d'autres choses qui étaient importantes dans le discours, dans le récit de cette jeune fille, comme par exemple elle racontait que, dans la chambre forte, elle dormait avec les grands alors que d'habitude elle a sa chambre à elle et qu'elle dort pas aux mêmes horaires que les grands. Là, elle s'est retrouvée à vivre comme les adultes. Et donc, il y a quelque chose du cadre de l'enfance qui a été perturbé pendant ces nuits dans la chambre forte, que, ça, ça l'a inquiétée aussi, de voir qu'elle avait plus son statut d'enfant, mais un statut d'adulte comme les autres. Autrement dit, à travers ce qu'elle racontait de ce qui l'avait, elle, intéressée, on pouvait se faire une idée des conflits... particulièrement impliqués dans cet événement. Peut-être que pour d'autres enfants, et d'ailleurs pour d'autres enfants, ce n'était pas à ce niveau-là que se trouvait la plus grande difficulté ou de conflit - Si on revient aux images qui ont émergé, comment vous vous êtes positionné ? Est-ce que c'était une position extérieure à la scène, est-ce que c'est plutôt à la place de cette fillette-là ? -

Il y a eu deux temps dans mon entretien avec elle, je m'en souviens bien. Je l'ai écrit d'ailleurs cet entretien ensuite parce qu'il m'avait mis en difficulté. Il y a eu un premier temps où elle m'a raconté les choses qui s'étaient passées, presque compulsivement, d'un coup, d'un trait. Ensuite elle s'est un peu arrêtée. Et moi j'avais été assez captivé par tout ce qu'elle m'avait dit au début. Et je me suis senti un peu pris dans un sentiment d'inutilité, à un moment je me demandais à quoi pouvoir servir un échange avec moi, qu'est-ce que je pouvais lui..., quel effet ça pouvait avoir de lui..., de l'aider à lui montrer certains des conflits en jeu, de l'aider à identifier un peu certaines choses inconscientes chez elle. Je me demandais quelle fonction ça avait au regard de la permanence du conflit, au regard de la permanence des tirs de roquette, entre autres pour elle, au regard de la permanence de la clinique

traumatique de sa mère. Et donc, je... Voilà, j'ai eu des doutes sur les effets éventuels d'une consultation qu'on pourrait dire consultation thérapeutique. J'aurais espéré faire une consultation thérapeutique, mais je me demandais quelle possibilité j'avais pour mener ça. Finalement, j'ai eu le sentiment... J'ai essayé de me reprendre en milieu de consultation parce que j'étais un peu en doute sur ça, un peu ému. Je me demandais si... Je me sentais un moment un peu trop dans un mouvement de protection vis-à-vis d'elle et donc, j'arrivais pas trop à identifier ses névroses et ses perversions, et sa vie infantile habituelle, comme une enfant normale. Et c'est dans un deuxième temps, lorsque je me suis intéressé un petit peu à elle, à ses différentes facettes de son fonctionnement, que j'ai eu le sentiment de pouvoir lui proposer un peu plus d'aide qu'au début, où j'étais juste là à l'écouter et à être ému.

- Emu par ce qu'on peut penser parce que, dans la première partie, dans le premier temps, c'était l'impact de ce récit-là qui vous a inspiré ? -

Oui, qui m'a ému. Séduit, ému. Ce qui m'a ému, moi, c'est de la voir obligée d'être trop vivante pour rassurer sa mère. Ça, ça m'a ému. Sa clinique anti-dépressive pour sa mère, ou de réassurance pour sa mère, de voir que sa mère a craqué et qu'elle l'avait plus ou moins remarquée. Ça, ça m'a ému. Et qu'il y a quelque chose contre lequel, moi, je peux rien, c'est : je peux pas lui arrêter le conflit israélo-palestinien, je peux pas lui arrêter la pluie de roquettes, je peux que l'aider à..., à penser sa relation à sa mère, à penser son état d'enfant par rapport à sa vie d'adulte. Je peux que l'aider à penser qu'elle n'a plus été enfant pendant quelque temps et qu'elle ait cette idée en tête. C'est mes limites à moi, pour elle. A côté de ça, je ne peux pas lui arrêter la guerre. C'est là mon sentiment d'impuissance. - Pour revenir au scénario émergent, c'était plutôt proche de son récit ? - Oui.- Vous avez dit que vous aviez rajouté de vous un sentiment, c'était le sentiment de ? - D'insouciance, oui. D'innocence, mais d'innocence au regard aussi de la névrose qu'elle peut avoir. Je l'imaginais, je l'ai idéalisée comme une petite fille innocente alors que... C'est sans doute l'effet de mon émotion, sinon je l'aurais pensé comme je pense les enfants habituellement, c'est-à-dire des petits pervers polymorphes, cruels et des petits diables, comme il faut être d'ailleurs quand on est enfant. Mais je voyais plus chez elle la petite coquine qu'elle aurait pu être. Je voyais qu'une petite fille innocente dans un jardin.

- Et vous pensez que c'était lié au contexte dans lequel elle s'est retrouvée ? -

Oui. Oui, sans doute. Et mon émotion aussi de la savoir engagée dans un soin, entre guillemets, pour sa mère.

Nous puiserons dans cette élaboration autour du récit et du scénario émergent pour explorer les processus contre-transférentiels en question.

g. Processus et négociations contre transférentiels

L'élaboration de cette situation démarre du scénario émergent. Celui-là porte d'abord sur la séquence de l'événement traumatique pour finir par une insistance sur le fait d'imaginer. Les images sont donc visuelles, en couleurs. Ensuite, le thérapeute poursuit son récit en traçant trois séquences :

Un avant l'événement qui est présenté d'une façon idyllique et co-construit entre le récit de la patiente et le monde interne du thérapeute (*je l'imaginais ; j'ai rajouté c'est une espèce de bien-être un peu enfantin ; je l'ai idéalisé comme une petite fille innocente*). Ensuite, advient le moment de l'événement qui fait rupture avec le moment idyllique.

L'après événement est marqué par le vécu traumatique mais aussi par l'élaboration après-coup du thérapeute qui souligne le déplacement qui s'est opéré sur l'événement. *Ce qui a fait beaucoup les difficultés de cette enfant, plus encore que l'explosion de la roquette dans le jardin, c'est d'avoir perdu une maman vaillante pendant plusieurs semaines, avec une maman qui a cru qu'elle avait perdu sa fille.*

Le thérapeute évoque une mise en difficulté face au récit (*cet entretien m'avait mis en difficulté*) de par l'effet de fascination (*j'avais été assez captivé ; oui, qui m'a ému. Séduit, ému*). Cette fascination séductrice et émouvante a eu un impact de neutralisation ou de « paralysie » (*je me suis senti un peu pris dans un sentiment d'inutilité*) quant à sa fonction soignante, sa fonction d'aide (*à quoi pourrait servir un échange avec moi*). Ce sentiment d'inutilité est exprimé au regard de la réalité de la situation traumatique.

Je me demandais quelle fonction ça avait au regard de la permanence du conflit, au regard de la permanence des tirs de roquette. (...) J'ai eu des doutes sur les effets éventuels d'une consultation qu'on pourrait dire consultation thérapeutique.

La « tâche primaire » (Kaës, 1987) - « la consultation thérapeutique » - est mise en doute : Le thérapeute est extirpé de sa fonction primaire, la consultation

thérapeutique, par un sentiment d'impuissance face à son désir d'agir sur la réalité traumatogène.

Il y a quelque chose contre lequel, moi, je ne peux rien, c'est : je ne peux pas lui arrêter le conflit israélo-palestinien, je ne peux pas lui arrêter la pluie de roquettes. (...) Je ne peux pas lui arrêter la guerre. C'est là mon sentiment d'impuissance. Fascination et impuissance ayant pris le dessus, le thérapeute a été happé par un mouvement de protection à son égard, l'empêchant dans un premier temps de penser ses conflits intrapsychiques. Toutefois, dans un second temps, la capacité de penser a été restaurée.

J'ai essayé de me reprendre en consultation, (...) je me sentais un peu trop dans un mouvement de protection vis-à-vis d'elle et donc, je n'arrivais pas trop à identifier ses névroses et perversions (...). C'est dans un deuxième temps, lorsque je me suis intéressé un petit peu à elle, à ses différentes facettes de son fonctionnement, que j'ai eu le sentiment de pouvoir lui proposer un peu plus d'aide qu'au début, où j'étais juste là à l'écouter et à être ému.

Le thérapeute élabore longuement autour du vécu traumatique de la patiente et des répercussions de l'événement sur la relation de celle-ci à sa mère. Il se détourne ainsi du récit du scénario émergent, ce qui nous amène à faire le lien avec la formulation dénégative qu'il a utilisé au début de son récit (*mais pas qui m'ait gêné*). Quand le chercheur le ramène aux images qui ont émergé face au récit de l'événement traumatique, le thérapeute verbalise autour des difficultés rencontrées à ce moment. Il précise qu'il y a eu deux temps dans son entretien avec la patiente (*je l'ai écrit d'ailleurs cet entretien ensuite parce qu'il m'avait mis en difficulté*). Cette difficulté résulterait de l'effet de fascination du récit qui semble avoir neutralisé les capacités d'élaboration en activant le scénario émergent.

Et moi j'avais été assez captivé par tout ce qu'elle m'avait dit au début. Je me suis senti un peu pris dans un sentiment d'inutilité, à un moment je me demandais à quoi pourrait servir un échange avec moi, qu'est-ce que je pouvais lui..., quel effet ça pouvait avoir de lui...

Revenons aux propos du thérapeute dans la partie théorique sur le contre-transfert sur l'attitude auprès des patients traumatisés.

La tendance serait d'être plus contenant, plus soutenant, mais je ne suis pas sûr que ce soit la bonne attitude à adopter.

Nous les mettons en lien avec ce qu'il évoque de son attitude avec la patiente en question.

Je me sentais un moment un peu trop dans un mouvement de protection vis-à-vis d'elle.

L'écart entre la position théorique (idéal du moi) et la position pratique est-elle génératrice d'une culpabilité inhibitrice barrant la route à la créativité du thérapeute ? Le scénario émergent, dans son caractère imposant, déclenché par l'empathie du thérapeute, ne peut-il pas faire fonction du chemin d'accès à la plongée régressive dans l'inconscient, celle-là ouvrant l'accès aux représentations de choses pour en ressortir avec une représentation de mots ?

h. Contexte

Nous ajoutons à cette exploration du contre-transfert à travers le scénario émergent et son élaboration, l'intrication de l'histoire de traumatismes collectifs transgénérationnels dans les enjeux contre-transférentiels. Ses grands-parents ont connu la persécution politique lors de la Seconde Guerre mondiale et les parents ont dû migrer en France dans la petite enfance.

Mes parents ont migré de X jusqu'en France dans leur petite enfance. Mes grands-parents ont vécu les travaux forcés pendant la Seconde Guerre mondiale parce qu'ils sont juifs et de X. La patiente en question est juive dans un pays en guerre où l'appartenance religieuse est mise en avant comme paramètre fondamental dans l'identité du conflit.

Ce qui m'a ému, moi, c'est de la voir obligée d'être trop vivante pour rassurer sa mère. Sa clinique antidépressive pour sa mère ou de réassurance pour sa mère (...) ; et qu'il y a quelque chose contre lequel moi, je ne peux rien, c'est : je peux pas lui arrêter le conflit israélo-palestinien, (...), je peux que l'aider à, à penser sa relation à sa mère.

Le sentiment d'impuissance émerge face à la réalité du méta-cadre, un conflit politique actuel sur lequel T.13 n'a pas d'emprise. Cette expression contre-transférentielle couvre d'une part l'impuissance face au désir de protection vis-à-vis de la patiente, et de l'autre l'impuissance face à la résurgence du fantôme de l'histoire collective, originaire de la persécution des Juifs. Cette histoire même a imposé les travaux forcés à ses grands-parents et la migration de ses parents.

Tout au long de l'entretien, le thérapeute affichait une grande réserve dans ses réponses. A plusieurs reprises, il oublie la question posée, demande de répéter (*je ne sais plus ce que vous avez dit ; c'est quoi la question exactement ? ; je ne sais plus, c'est quoi la question ?*), donne une réponse qui marque une violation à la pertinence ou encore des réponses marquées par l'évitement (*j'hésite avec cette question, je ne sais pas trop ; ça dépend, il y a ..., ça dépend. Je ne pourrais pas dire... ; je ne peux pas dire plus que ça*). Ce n'est que dans le développement autour de sa situation clinique, c'est-à-dire vers la fin de l'entretien, qu'il paraît plus à l'aise et prend plus de liberté dans sa réponse. Ses recours à l'évitement et l'hésitation dénoteraient probablement une certaine gêne quant à la situation d'entretien, d'autant plus que la première partie concernant les aspects théorico-cliniques généraux peuvent renvoyer à un sentiment d'évaluation des connaissances. Néanmoins, un autre aspect que nous abordons dans la partie relevant du contre-transfert du chercheur, peut aussi rentrer en jeu. La situation abordée par T.13 relève d'un contexte de guerre en Israël, et la chercheuse est de nationalité libanaise. Israël et le Liban sont dans un conflit historique également, traversé par des temps d'invasions et d'occupations israéliennes des territoires libanais. Le conflit est encore d'actualité. Les tensions entre les deux pays sont franches. Nous pourrions penser le lien entre la réserve dans le déroulement l'entretien et la réserve que pouvaient ressentir le thérapeute et la chercheuse dans l'abord de la situation.

4.2.8. T.14

a. Eléments biographiques

T.14 est un psychiatre – psychanalyste, libanais de 63 ans. Il est d'origine chrétienne mais ne reconnaît pas d'appartenance religieuse chrétienne. Il a fait des études de médecine puis de psychiatrie en internat dans les hôpitaux psychiatriques en France. De manière concomitante, il a fait sa formation analytique, son analyse et puis des supervisions. Il ajoute qu'il a eu des activités qu'il considère comme faisant partie de sa formation, telle que sa contribution à l'ouverture de l'asile et de l'hôpital psychiatrique sur la cité en France quand il avait 26-27 ans. Il occupe actuellement la fonction de chef de service de psychiatrie dans un hôpital au Liban et de psychanalyste en libéral. Sa pratique s'exerce auprès de problématiques variées, dont celles liées au traumatisme. Il a été également consultant pour un projet psychosocial dans le cadre de la mission post guerre de juillet 2006 au Liban, auprès d'une agence internationale.

b. Histoire personnelle de trauma

Concernant l'histoire personnelle de trauma ou de trauma dans la généalogie, T.14 raconte une séquence entre sa sœur et lui pendant laquelle elle lui restitue un événement dont le récit a eu un impact sidérant.

On était sur la tombe, tous les deux, de nos parents. Donc on visitait la tombe de nos parents et elle m'a raconté une histoire, son histoire, qui m'a sidéré.

Il s'agit du récit d'un deuil qui a été traumatique pour sa mère et qui a fortement impacté l'état de santé de sa sœur qui venait de naître.

Au moment où ma sœur est née, ma mère était en deuil (...). Donc ma grand-mère a dû mourir et ma mère a dû accoucher de ma sœur très vite après (...). On constate que cette sœur, tout en étant allaitée par notre mère, qui avait donc beaucoup de lait, donc elle allaitait cette sœur et ma sœur ne se développait pas. (...) Elle était atone, elle mourrait ». L'arrivée d'un médecin, ami de la famille, et qui était l'objet d'un transfert massif de la part de la mère, aurait, à travers une parole qui a eu un impact thérapeutique, sauvé la sœur de la mort « et donc il allait chez ma mère, ne sachant pas s'il allait présenter ses condoléances ou s'il allait présenter ses vœux de maternité. Il a eu cette pensée, cette parole fameuse, il a dit : « je venais chez toi un

peu comme Hamlet – quoi que la comparaison s'arrête là – avec un œil qui pleure et un œil qui rit » ». Il a réussi ainsi à prononcer la parole qui guérit, qui sauve « arrêtes de l'allaiter tout de suite, tu es en train de lui donner du poison » (...) A partir du moment où elle l'a confiée à une nourrice, elle a commencé à croître tout à fait normalement. Ce médecin a eu une parole, c'était il y a donc soixante-dix ans.

Quant à l'expérience traumatique personnelle, T.14 l'évoque sur un ton humoristique.

Bon je suis monté au-delà du fil électrique et j'ai dû recevoir un choc électrique qui était absolument indescriptible. Ça m'a rendu un peu fou ! ça serait ironique, moi qui ai combattu les électrochocs toute ma vie, d'avoir reçu un choc électrique quand j'étais petit.

Il considère que l'expérience d'une souffrance humaine rend apte à devenir psychothérapeute, en se référant à la phrase d'Alfred De Musset.

Dans le service, j'ai mis la phrase de Alfred de Musset « l'homme est un apprenti, la souffrance est son maître et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert ».

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et pré-conceptions concernant la clinique du trauma

T.14 aborde la place d'interprète sur un niveau plutôt symbolique comme étant une fonction inhérente à celle de l'analyste.

Je considère que la fonction de l'analyste c'est d'être l'interprète des patients, dans le sens où nous transmettons leur langue si particulière, nous interprétons leur langue si particulière et, d'une certaine façon, nous la transmettons au social.

L'analyste aurait ainsi une fonction de transformation, de traduction mais aussi de témoignage face au social.

Il distingue l'expérience psychosociale dans la clinique du trauma où il y a un *effet direct du trauma sur la population*, de celle psychanalytique où *on rentre dans une lecture particulière du trauma, de ce que c'est que le trauma et des effets du trauma sur le patient, et qu'est-ce qu'il en transmet dans la cure*. T.14 relève certaines caractéristiques de cette clinique tels que : le silence imposé sur le patient comme un effet traumatique.

A l'effet traumatique sur quelqu'un, c'est le silence. Il y a une impossibilité (...) de décrire même ce qui s'est passé.

Le retour du trauma dans la répétition comme la répétition des rêves traumatiques dans une tentative de dominer et contrôler de manière active ce qui s'est passé pour ne plus le vivre passivement et en silence ; l'effet de silence sur l'analyste.

Dans une cure, il a un effet de silence particulier sur l'analyste ou le thérapeute. C'est absolument difficile, très, très difficile à vivre pour le thérapeute ce que lui transmet le patient traumatisé dans la forme première qu'il a subie, ou plutôt qu'il a eu lui-même (...). Et dans la cure, le patient l'impose à l'analyste.

L'identification du patient à l'agresseur dans la relation à l'analyste qu'il cherche à aggraver de la manière dont il a été agressé lui-même, avec le but de constater chez l'analyste une autre manière de recevoir le trauma. L'attaque du thérapeute est une recherche d'un contenant de son trauma qui résistera à la destruction. Ce processus transférentiel peut provoquer chez le thérapeute de fortes réactions contre-transférentielles de rejet que ce dernier est amené à transformer en rationalisant ses ressentis.

Je ne le supporte plus. Une fois, deux fois, trois fois, mais ça fait un an et demi qu'il m'insulte ! J'ai envie de l'envoyer balader, en lui disant « allez voir un autre analyste, il y en a marre de vous (...). En même temps je ne le fais pas, évidemment, parce que je réalise bien qu'il essaye de trouver en moi une réponse adéquate, saine ou plus saine que ce qu'il a eue lui comme réponse, par rapport à son propre père. Ces réactions contre-transférentielles sont aussi spécifiques à la clinique du trauma puisque le thérapeute arrive à reconnaître un patient traumatisé.

Du fait de ce qu'il éprouve dans le transfert (contre-transfert dans l'école lacanienne) du trauma.

S'il est question de contre-transfert spécifique au trauma, cela n'implique pas pour T.14 une attitude spécifique auprès des patients traumatisés, celle-ci pouvant contribuer à une stigmatisation du patient dans une identité pathologique.

C'est vrai que dans la pratique, c'est ce que je repère quand j'ai des patients traumatisés, mais je me défends d'avoir une attitude qui serait la même avec tous ces patients traumatisés. Une attitude pareille contribue à cette fameuse identité qu'on va leur coller dessus.

Il considère que l'identité de « patient traumatisé » contribue au maintien d'une identité supplémentaire de la personne couvrant l'autre part de l'identité de la personne en question. Ainsi, il privilégie l'accordage relationnel avec le patient à la position théorique rigide voire dogmatique imposant une posture spécifique avec un

type de patients. D'ailleurs, T.14 revient souvent sur la question de la stigmatisation ou de l'enfermement du patient dans une identité diagnostique de « patient traumatisé ».

Les troubles post traumatiques sont à penser comme une réaction normale à un événement de vie anormal, une réaction défensive contre la mort.

Après tout, face à un événement anormal dans la vie d'un individu, il faut bien qu'il puisse réagir, à moins de mourir.

Toutefois, nous notons une oscillation de point de vue dans l'élaboration de T.14 dénotant la difficulté de la position du thérapeute auprès d'un patient traumatisé. Tout en objectant l'adoption d'une attitude spécifique auprès de ces patients, il préconise certaines attitudes à éviter : la neutralité bienveillante qui peut être vécue comme malveillante par les patients, répétant quelque chose du vécu traumatique.

Un patient traumatisé, en thérapie, en analyse, particulièrement en analyse, ne peut pas être accueilli avec la dite neutralité bienveillante parce que si on l'accueille avec une neutralité bienveillante, elle se transforme en neutralité malveillante.

Et la commisération,

Et à nouveau quelque chose à ne pas faire, c'est ne pas sombrer dans la commisération, dans la pitié, dans quelque chose qui serait trop comprendre la personne traumatisée.

De plus, le thérapeute se retrouve dans une position d'acrobate entre la nécessité de ne pas manifester une inquiétude sans tomber dans le déni ou la complicité.

Le but transférentiel du patient traumatisé, c'est d'être contenu par une mère de substitution – le thérapeute – qui ne va pas s'inquiéter de ce qui lui est arrivé, ou qui ne va pas s'inquiéter des effets sur lui, de ce qui lui est arrivé;

Ne pas être non plus comme les mères dans le cas d'abus sexuel infligé par le père, *qui ont une attitude de déni et de complicité passive (...). Le manque d'inquiétude est grave » parce que perçu comme une complicité, là où le patient a besoin d'une « authentification » du trauma « donc c'est très difficile à décrire mais je dirais, l'analyste et le thérapeute sont dans une position d'acrobate, vraiment d'acrobate.*

Le bon équilibre d'acrobate est à trouver également dans l'approche du récit traumatique à plusieurs niveaux : au niveau de l'exploration,

Un thérapeute, un analyste qui cherche à trop savoir ce qui est arrivé, ou ce que le patient ne veut pas lui dire, peut être aussi inquiétant qu'une mère inquisitrice;

Au niveau de son écoute de la répétition du récit du trauma qui témoignerait de la complaisance, la jouissance, le masochisme et c'est au thérapeute de savoir quand intervenir pour arrêter.

Tout dépend de la manière dont le patient se situe par rapport à son trauma. Il peut être complaisant par rapport à son trauma, à vouloir le raconter en permanence. Il y a des patients comme ça, qui n'arrêtent pas de reparler, de raconter. On sent tout de suite qu'il y a de la complaisance, ça devient une jouissance, du masochisme, à revenir au trauma. A mon sens, c'est un art, tout l'art du thérapeute est de repérer s'il doit le laisser et pendant combien de temps;

Et dans ce qui peut le trahir sur le plan contre – transférentiel dans des manifestations non verbales.

Disons que les attitudes ou les réponses, conscientes ou inconscientes, –contre-transférentielles qui, immédiatement, sont perçues par le patient et qui peuvent l'inquiéter, parce qu'il sent que son thérapeute est inquiet.

Le thérapeute est, par ailleurs, appelé à être entièrement présent dans la relation thérapeutique avec le patient traumatisé.

Il faut être là, mais là entièrement, dans son corps, dans son psychisme.

Cette élaboration montre l'exigence que s'impose le thérapeute quant au travail avec le patient traumatisé, qui finalement impose de par sa problématique et la spécificité de sa souffrance, des réaménagements dans son attitude.

d. Transmission du trauma

Selon le thérapeute, sa survie comme contenant capable de recevoir ce que le patient lui transmet de son trauma fait partie de la guérison.

Un patient ne peut pas guérir s'il n'arrive pas à transmettre une part de son trauma, ou tout son trauma, au thérapeute. (...) Donc c'est ce qu'il cherche, il cherche un contenant de son trauma en s'assurant que son trauma ne va pas détruire le contenant. (...) Si on s'en protège, on ne peut pas aider la personne traumatisée. Cette transmission est incontournable :

On ne peut pas ne pas être affecté. C'est dans la même logique, on ne peut pas ne pas être affecté. On ne peut pas ne pas être affecté. Voilà.

Néanmoins, elle implique impérativement un travail de transformation, de métabolisation au risque de faire objet de transmission dans une sorte de réverbération traumatique.

Il faut absolument l'accepter (ce qui vient du patient traumatisé) à condition d'en faire quelque chose dans l'intérêt du patient lui-même, sinon je le transmettrai à quelqu'un d'autre.

Ainsi, le trauma dans sa part transmise, métabolisée ou enkystée, opère un changement chez le thérapeute que ce dernier ne peut pas saisir ou expliquer.

Et là, le thérapeute change. On ne peut pas apprendre, ça ne s'apprend pas.

Il est tout simplement témoin, lui-même, de ce que le récit d'un événement traumatique lui fait vivre.

Je crois que c'est la chose la plus difficile qu'il m'ait été donné d'entendre. En trente-cinq ans de pratique, malgré tout ce que j'ai pu entendre (...). Je crois que je n'ai pas pu, je n'ai pas pu cacher la manière dont ça me touchait, mais je pense que je n'en ai pas montré beaucoup d'éléments. (...) Alors que moi, de l'intérieur, j'étais en train de m'effriter à entendre ça. C'était terrible.

En élaborant autour d'une situation précise dans la clinique, T.14 illustre parfaitement cette part de transmission du trauma. Il aborde l'échec de toute représentation de mot, un échec du langage.

Dans une situation comme celle-là, qu'est-ce qu'on peut utiliser avec lui, d'un quoi que ce soit de l'ordre du langage, qui pourrait atténuer un tant soit peu, même pas sa douleur, je sais pas quoi, sa mort.

Il souligne la défaillance de l'esprit humain à trouver des mots pour symboliser l'inimaginable.

C'est inimaginable, l'esprit humain n'a pas pu, jusqu'à aujourd'hui, trouver des mots (...). Mais là c'est impossible, il n'y a pas de mots.

Face à cela, sa fonction est d'accompagner le patient dans son impossibilité de se représenter et sa destruction.

Je crois que je l'accompagne dans son impossibilité de se représenter quoi que ce soit, ce qui est terrible. (...) C'est pour ça que je me suis détruit. Littéralement, je me suis détruit petit à petit.

Il y aurait donc une absorption du trauma du patient.

Je crois que je l'ai accompagné en absorbant une partie de ce qu'il vivait. Mais en l'absorbant tel quel, je n'avais pas d'autres possibilités.

La seule inscription symbolique possible s'impose sur le corps et nécessite un recours à des soins corporels.

Il a faillit que j'aie fait de la thalassothérapie, c'est-à-dire que des gens s'occupent de mon corps et pas de mon esprit, qu'ils s'occupent de mon corps, de me masser, de me toucher, de me faire des jets d'eau sur le corps.

Ainsi, il note une inscription symbolique corporelle d'en deçà du langage comme chez les nourrissons.

Un peu comme un nourrisson en état de perte physique, que l'on prend et que l'on réanime. Voilà, on m'a réanimé.

La transmission du trauma impliquerait l'expérience d'une mort psychique transitoire en contenant la mort dans le trauma.

La seule chose que j'ai faite, c'est contenir la mort qui était en lui, donc mourir un peu avec lui.

e. Contexte

T.14, comme nous l'avons indiqué dans les éléments biographiques, travaille dans différents cadres cliniques : celui de la psychanalyse, celui de l'institution hospitalière et le cadre humanitaire. Il a choisi une vignette clinique relevant de son cadre de travail institutionnel. Cependant, son intervention se déroule dans un contexte de guerre, celui de l'invasion israélienne contre le Liban en juillet 2006.

Cette offensive s'est lancée suite à l'enlèvement, par un parti politique et militaire de résistance, de deux soldats israéliens qui étaient en patrouille à la frontière libanaise. Elle avait comme objectif l'annexion de la banlieue sud de Beyrouth ainsi que le sud du Liban, zones de présence de ce parti. Ces zones étaient habitées majoritairement par la communauté chiite¹⁷. Le parti politique avec sa branche armée en question est chiite également. Dans la représentation collective de la population, la communauté chiite dans ces zones est systématiquement affiliée à ce parti. Ainsi, les régions visées par le bombardement étaient assignées à ce parti politique, dans une affiliation communautaire plutôt que nationale.

Les différents partis politiques dans le pays débattaient de cette guerre. Certains discours politiques accusaient ce parti chiite d'entraîner le pays dans une guerre qui n'était pas la sienne, de suivre un agenda politique extérieur. De loin, on pouvait avoir

¹⁷ Au Liban, dans la population musulmane, il y a deux communautés : musulmans sunnites et musulmans chiites.

des avis politiques concernant cette invasion, la justifier ou la condamner. On pouvait avoir peur du bruit des bombardements et craindre un élargissement des attaques ou être rassuré, sachant qu'il n'y avait pas de risque tant qu'on n'était pas dans les zones – cibles. Les zones cibles étaient des zones d'ombre pour une grande tranche de la population libanaise, des zones fantasmées parfois jamais visitées. A Beyrouth, l'appellation « banlieue sud » désignait ce qui représentait un fief chiite partisan du parti politique. Une ligne de démarcation datant de l'époque de la guerre civile (1975-1990) est encore présente dans les représentations collectives de la population libanaise et sépare cette banlieue Sud – chiite, de la banlieue Est – chrétienne. Ces deux espaces sont dans une grande proximité géographique, mais ils sont clivés en deux mondes différents et étrangers l'un à l'autre, séparés par un espace de tension aigüe. L'hôpital où se déroule la situation clinique raconté par T.14 est situé dans la banlieue est.

f. La situation racontée

Le thérapeute choisit une situation qui renvoie à un contexte commun à la chercheuse, au patient et à lui-même. Il commence par situer le cas clinique, le contexte et l'année. Nous avons choisi de retranscrire ci-dessous l'intégralité du récit qui est long et détaillé pour l'exceptionnelle richesse des détails, dans la narration.

C'est la situation de cette famille en temps de guerre, en 2006. Bon, il s'agissait d'une famille d'un quartier de la banlieue sud à Beyrouth, qui a été bombardé par l'agression israélienne. Cette famille était dans un immeuble de trois ou quatre étages. Ils sont tous descendus au premier étage, pensant qu'ils seraient plus en sécurité qu'aux étages exposés, ceux du dessus. En fait, ils se sont retrouvés au premier étage et les bombes qu'utilisaient les Israéliens à ce moment-là étaient des bombes virulentes, qui traversaient des immeubles entiers et allaient dans le sous-sol, à plusieurs mètres dans le sous-sol. Toute la famille a été décimée. Et restait de cette famille... Donc, ils étaient dix-neuf. Ils étaient dix-neuf, sont restés vivants le père, la mère et un enfant de 9 ans, un garçon de 9 ans. Les treize autres ont été décimés, morts, dans un même bombardement. Donc, ils ont été hospitalisés en urgence à l'hôpital. Au bout d'un moment, le directeur de l'hôpital m'a demandé de raconter à la mère que les trois enfants, les trois enfants âgés de 20, 21 et 19 sont morts, que le petit, qui était à l'hôpital en soins intensifs, et le père savait, mais le petit ne savait

pas et la mère ne savait pas que les trois enfants étaient morts, une semaine après. Donc, le directeur de l'hôpital m'a demandé d'intervenir. Je lui ai dit que ce n'était pas à moi d'intervenir, ce n'est pas parce que j'étais psy, psychiatre ou psychanalyste, que j'avais à intervenir, que c'était le rôle de quelqu'un de la famille. En fait, il a insisté. Visiblement, personne ne pouvait assumer cette charge. J'ai été voir le père, avec l'infirmière chef du service qui était avec moi. Quand on est arrivés, c'était à l'autre palier, au quatrième étage mais de l'autre côté, le père était assis autour de ceux qui pouvaient rester membres de la famille, qui n'étaient pas présents, ce soir-là. Mais quand je suis arrivé, je savais rien. Je savais que trois enfants étaient morts et qu'il fallait le dire à la mère. Donc, je m'assois auprès de ce père et je commence à discuter avec lui. Je me présente et je lui dis qui j'y suis, etc. Et il me raconte. Il me raconte qu'il a perdu seize membres de sa famille, donc ses trois enfants, 20/21/22, son père, sa mère, son oncle, son frère, sa sœur, sa belle-sœur, sa belle-sœur enceinte, son autre frère. Mais au moment où il nommait, où il comptait, j'avais une impression très bizarre, c'est qu'il comptait des nombres, des chiffres, donc les seize personnes. Evidemment, il distinguait ses trois enfants des treize autres. Et je regardais cet homme et je voyais, sur son visage, quelque chose absolument d'indescriptible. Evidemment, je n'avais jamais vu ça et probablement que je n'aurais plus jamais ça. Au fur et à mesure qu'il me racontait, j'ai senti que j'allais l'aider à dire à sa femme, donc que les trois enfants étaient morts. Assez rapidement, j'ai compris pourquoi, pas parce que j'étais psychanalyste ou psychiatre, mais tout simplement parce que j'étais un citoyen et que j'ai senti que, au fur et à mesure qu'il était en train de me raconter, de me dire, de me nommer ceux qui n'étaient pas nommés, en fait de me dire leur fonction : mon beau-frère, ma belle-sœur, etc., je sentais que je partageais sa douleur puisque sa douleur se transmettait en moi. Au fur et à mesure que lui me disait, j'avais mal. Je le sentais, ça. J'avais mal et c'était au fur et à mesure qu'il continuait à compter. J'avais de plus en plus mal. Là, j'ai réalisé que, comme dans n'importe quel deuil habituel, la fonction sociale du deuil était aussi simple que ça : partager la douleur. Partager la douleur de celui qui était dans le deuil. Et comment partager cette douleur ? Il faut l'écouter nous raconter ce qu'il a vécu lui, dans le deuil, dans cette mort. Tout simplement, entre le quatrième étage sud et nord, c'était une situation de voisinage, mais c'est comme si j'étais son voisin de palier. Comme au Liban, on fait souvent ça, dans nos traditions, encore existantes dans certains villages mais pas dans les villes, de moins en moins,

c'est d'ouvrir la porte de l'appartement pour recevoir les condoléances, c'est-à-dire donner un espace supplémentaire parce que, en général, les appartements sont relativement petits ou moyens, et même quand ils sont grands, ils ne supportent pas l'arrivée de cent, deux cents, mille personnes qui viennent présenter les condoléances. Donc le voisin ouvre sa maison à son autre voisin. Qu'est-ce qu'il fait en ouvrant sa maison ? Il participe, intérieurement dans son espace psychique et dans l'espace de sa maison, à l'accueil de ceux qui viennent présenter leurs condoléances. C'est comme si lui recevait les condoléances, donc c'est comme si lui était endeuillé, alors qu'il l'est pas, il est simplement le voisin de celui qui est endeuillé. Et j'étais un peu dans cette situation-là. Donc, je suis rentré avec lui dans la chambre d'hôpital de sa femme, pour qu'on dise à la femme ce qui s'était passé. Bon, c'était très compliqué parce que chacun se disait : comment ça va se passer ? Comment ça va se passer ? Que va être cet instant, cette minute ? Moi je me disais : comment je vais faire ? Bon, j'ai vu que le père se cachait derrière moi, c'était une situation un peu humoristique, mais bon, en même temps, assez terrible. Il se cachait derrière moi, il ne voulait pas affronter sa femme pour lui dire que nos enfants sont morts depuis une semaine et que je n'ose pas te le dire. Donc, je suis arrivé. Qu'est-ce qu'il m'est sorti comme paroles ? « Bonjour Madame, je suis le docteur X, je viens vous dire qu'on m'a confié la mission la plus terrible qu'on m'a confiée jamais dans ma vie », et elle me répond tout de suite : « mes enfants sont morts ? ». Donc, elle savait, seulement elle avait besoin d'une confirmation de ce savoir. Elle avait besoin que quelqu'un lui dise : oui. Et je lui ai répondu : oui. Mais là, elle a... Elle a lancé un cri, qui est... je sais pas, je peux pas le qualifier. Je ne peux pas le qualifier, un cri inhumain qui est sorti du plus profond de ses tripes. La première chose qu'elle a fait, c'est d'interpeller son mari : « pourquoi tu m'as pas dit ? Pourquoi tu ne m'as pas dit ? ». Tout de suite à côté, le frère, la sœur, lui ont dit que c'était impossible, qu'ils pouvaient pas, que c'était... que c'était comme ça. Là, elle m'a dit à moi : « je peux vous demander quelque chose ? », je lui ai dit : « oui », elle m'a dit : « tuez-moi, tuez-moi, jetez-moi par la fenêtre, faites-moi une injection létale », enfin quelque chose comme ça, qui était terrible. Donc, je suis resté un peu mais je n'en pouvais plus parce que je sentais de plus en plus... Parce qu'elle hurlait et la chambre était pleine. C'est comme si tout l'hôpital s'attendait à ce moment, tout l'hôpital savait qu'elle ne savait pas. Il y avait une situation comme ça qui s'englobait, qui s'amplifiait : elle, son cri, la chambre, ceux qui étaient dans la chambre, le couloir, l'étage et tout l'hôpital et, à la limite,

tout Beyrouth. Comme on le voit parfois dans ces zooms que l'on fait à partir de Google Earth, quand on va chercher un point, on descend dessus, il est tout petit au début, puis il grandit. C'était un peu ça, cette impression bizarre. Et je lui dis : « il faut que j'aïlle, il faut que j'aïlle, je suis là, si vous avez besoin de moi, je serai là ». Je suis parti avec l'infirmière chef, je suis arrivé dans mon bureau, je me suis effondré en pleurs. Ça a été très, très dur. Maintenant, on en parle comme ça, c'est à distance ça va. Mais longtemps après, je ne pouvais pas en parler sans ressentir cet effondrement intérieur, quelque chose qui se brise, un peu comme un verre qui se brise en mille morceaux ». (...) Par la suite, ça m'a donné l'idée, cette participation active du citoyen qui écoute un autre citoyen lui transmettre son malheur dans le deuil, ça m'a donné l'idée de faire cette émission télé, qui était en fait une émission télé de relais. Les gens qui sont dans la montagne ou dans la banlieue sud, qui ont vécu le trauma, nous racontent à nous, sur ce poste télé où nous étions, mais qui peut être vu par d'autres. L'idée qui m'était venue, c'est : il suffit que quelqu'un parle de son malheur, du malheur qui lui est arrivé, à moi, dans cette émission télé, pour que d'autres voient cette émission télé et que, ainsi, le traumatisme diminue dans sa virulence. Tout simplement, parce que des gens qui ne connaissent pas la personne traumatisée, grâce à la télé et au témoignage fait par cette personne, le transmette. En fait, qu'est-ce qui m'a prouvé, disons la justesse de cette idée ? C'est qu'au bout d'un certain temps, nous avons fait deux émissions par semaine pendant un mois et demi. C'était un peu pendant la guerre et surtout après, disons que ça a commencé fin juillet, l'émission. Les gens qui écoutaient l'émission, des amis à moi, des parents, les gens de la chaîne de télévision, qui faisaient cette émission, me disaient : « s'il vous plaît, arrêtez, s'il vous plaît, arrêtez ». Ils n'en pouvaient plus. Les gens n'en pouvaient plus d'écouter le témoignage de ceux qui étaient traumatisés. Ça indique à quel point si ces gens n'en pouvaient plus, qui étaient derrière leur poste de télé, qui écoutaient parler d'un trauma subi par quelqu'un qu'ils ne connaissaient absolument pas, mais qui était juste transmis à nous dans cette émission-là, ça indique, la réaction de ces gens, la douleur de ces gens qui nous disaient « arrêtez », indique la justesse de la..., enfin disons de l'effet thérapeutique, dans le sens où quelque chose se transmettait comme un sac de douleur. Ce sac douleur, imaginons qu'il est comparable au mont Everest, que ce sac du mont Everest et des tonnes et des tonnes de douleur se transmet de personne en personne, en personne, il diminue, il diminue, il diminue. A ce moment-là, comme réaction de thérapeute et d'analyste, j'étais

tellement, tellement traumatisé moi-même, que j'étais déprimé mais totalement déprimé, qu'il m'a fallu une cure de thalassothérapie pour pouvoir me remettre un tant soit peu sur mes pieds. Autrement dit, pour le dire, j'emploie le terme sciemment, j'ai failli en crever moi-même. C'est pas une métaphore, attention. Donc, pour revenir à comment on accueille le trauma d'un traumatisé, j'ai failli en crever moi-même. C'est pas une métaphore, c'est-à-dire que le trauma subi par le patient et qu'il nous raconte peut être létal.

Retraçons la trame du récit de la situation racontée. T.14 démarre son récit par une contextualisation générale qui renvoie à plusieurs implicites communes entre le patient, la chercheuse et lui-même et qui ne sont pas précisés : un quartier de la banlieue sud à Beyrouth implique qu'il s'agit d'une famille appartenant à une communauté confessionnelle précise. Dans ce premier temps de la narration, nous sommes face à une situation dans laquelle se sont retrouvées beaucoup de familles pendant l'invasion israélienne de 2006. La description de la situation est sur un niveau général. Il y a ensuite une entrée progressive dans le récit du patient qui est articulé à l'expression du vécu du thérapeute : le récit commence à se personnifier et à se préciser. D'emblée, T.14 dit qu'il ne s'agit pas d'une fonction de soignant d'annoncer la mort des enfants à la mère et au frère, mais à un membre de la famille, laissant profiler quelque chose qui le destitue de son statut professionnel et qui le renvoie à son statut d'humain. Il procède par une description cartographique des lieux dans un retour à la description événementielle et des interactions en les articulant à son vécu, reconstruisant ses impressions et en les élaborant. Savoir que trois enfants sont morts et qu'il faut le raconter à leur mère, dans ce premier temps du récit, équivaut à ne rien savoir pour le thérapeute. Ça indique, d'une part, la mise en place de défenses assez « tranchantes » où le thérapeute est encore dans une mise à distance de l'intensité de la charge affective que charrie cette situation. D'autre part, nous pouvons le mettre en lien avec la multiplicité des histoires de cet ordre pendant cette guerre. Elle est donc mise au même plan presque journalistique qui interpelle mais ne touche pas encore profondément.

Cette entrée progressive dans le récit du patient qui a vécu l'événement traumatique opère un changement dans le ton de la narration du thérapeute. Ce dernier devient plus impliqué et évoque simultanément ce qui le traverse. Il parle d'une impression bizarre et d'une expression de visage *absolument indescriptible*. Notons là que ce qui

participe de la transmission de « quelque chose » du trauma est le non-verbal. T.14 indique l'expression du visage de cet homme. Progressivement, la dimension d'indifférenciation dans le chiffre indiquant les treize morts s'estompe. Ceux-là semblent d'une certaine façon ressusciter, reprendre leur humanité, pour mourir de nouveau. Ceux qui étaient des chiffres s'individualisent, s'humanisent dans la psyché du thérapeute qui ne l'est plus, qui est à son tour juste un citoyen, un humain. Là, il sent qu'il partage la douleur, qu'il a de plus en plus mal.

Il nous semble que le contexte ici joue un rôle important. T.14 fait référence au contexte large : la guerre. Ensuite il fait référence au voisinage entre le 4ème étage nord et sud, comme le voisinage aux villages libanais, s'appuyant sur les coutumes d'une culture partagée. Pendant les rituels de condoléance le voisin partage le deuil, il est endeuillé aussi et reçoit les condoléances, partage la douleur de son voisin. Revenons sur la spécificité du contexte de cette situation racontée : cet homme perd sa famille dans un bombardement qui vise un immeuble situé dans cette banlieue sud – cible de l'invasion. L'hôpital en question est situé de l'autre côté de la ligne de démarcation banlieue sud – banlieue est de Beyrouth. Depuis la fenêtre du 4ème étage nord de cet hôpital, l'équipe, ce chef de service, pouvait voir la fumée noire qui s'élève en dessus de la banlieue sud. En tant que citoyen, il témoigne de ce bombardement. Inopinément, il est amené à un témoignage plus intime qui donne une autre dimension aux bruits de bombardement et à sa fumée noire. Les chiffres de morts qui passent dans le news - bar sur l'écran de la télévision prennent une autre dimension aussi. Ils deviennent visages, histoires de vies perdues, interrompues, des liens qui laissent les proches avec *une expression de visage indescriptible*.

Le thérapeute fait partie de la population du pays en situation de guerre, une guerre qui avait comme cible une communauté de la population. Tout le pays témoignait des bombardements contre une tranche de la population, sauf qu'il s'agit d'une tranche obscure, sans visages ni noms. Les rapports de voisinage n'étaient pas si évidents que celles dans les villages au moment de deuil. Pendant cette guerre, les rapports de voisinages étaient tendus et taisaient beaucoup de non-dits. La perte de l'autre côté de la ligne de démarcation n'était pas représentable. Cela dit, cette rencontre n'était pas uniquement une rencontre entre un patient et un thérapeute. Elle a été aussi une rencontre entre deux citoyens d'appartenances différentes, voire de deux mondes qui sont perçus comme différents. D'où d'ailleurs l'alternance, dans l'élaboration de T.14 de cette situation, entre sa position de thérapeute et sa position de citoyen.

Dans le processus du partage de deuil, T.14 entre dans une empathie fusionnelle, dont témoigne le discours : il y a une indifférenciation entre le patient/homme/voisin et lui. T.14 parle avec le premier pronom personnel, il est dans la peau du patient. S'en suit une restitution animée de la deuxième séquence de la situation : la « confrontation » avec la mère pour lui annoncer la mort de ses enfants. Le thérapeute parle d'un cri qui ressort du registre de l'inhumain et génère par conséquent une incapacité à le qualifier. Il a recourt à une image pour le décrire, une image qui amplifie le cri pour qu'il couvre la ville entière. Ce cri provoque un sentiment d'insupportable et un effondrement. T.14 se retire pour s'effondrer en larme dans son bureau.

Quant aux émotions identifiées lors du récit du patient, T.14 décrit un sentiment d'horreur très fort, un grand sentiment d'injustice et de folie.

Parce que c'est incommunicable, parce que ça n'a pas de nom.

Il identifie aussi un grand sentiment de tristesse et de désespoir, une envie de pleurer, un sentiment de rage, de dépassement. Cependant, il a eu un fort sentiment d'impuissance dans un premier temps, quand il a été sollicité pour intervenir, mais après l'entretien, il a eu le sentiment d'avoir contribué à atténuer la douleur du patient.

Une fois j'ai fait en écoutant, je me suis rendu compte que j'ai atténué sa douleur. Donc, ça n'était pas une impuissance totale.

Il dit avoir été très affecté (*puisque j'ai explosé en pleurs après*). L'intensité de l'émotion était rythmée par celle du patient :

Désespoir, détresse. J'avais l'impression de descendre avec lui, au bas fond, on peut dire du désespoir humain. Un sentiment de glissement vers le bas.

Sur le plan physique, il évoque un état de grande fatigue liée à une mort psychique face au témoignage.

Puisque après, l'émission télé, qui n'était pas face à ce patient en particulier, qui n'était pas face à un patient, mais face à ce témoignage, et face à tous ces autres témoignages, la fatigue que j'ai éprouvé était une fatigue qui était complètement liée à une mort psychique. Je sentais que je mourais.

Il se retrouvait face à un état inconsolable et à un trou béant.

Il n'y avait pas de mots, c'est ça qui est terrible. Il n'y avait pas de mots, je ne pouvais rien dire parce que aucun mot ne peut venir boucher, ici, un trou. C'est la fonction du mot, le symbole, c'est de mettre un symbole donc à la place d'un trou. Ici,

c'est impossible, le trou est béant. C'est un trou béant. C'est comme un cratère volcanique.

Ceci nous renvoie à ce que T.14 a évoqué précédemment du silence imposé au thérapeute. A la défaillance de la fonction du langage se rajoute la défaillance de la fonction du rêve face à l'immensité du non symbolisable du trauma.

si j'étais dans un état d'abattement total, de désespoir et de détresse, c'est que je n'ai pas pu rêver. Je n'ai pas pu rêver. (...) L'immensité de cette histoire traumatique, plus de toutes les autres que j'ai entendues, l'immensité était non symbolisable. Le rêve est une symbolisation d'une frustration, d'une privation, d'une castration, d'un trauma. Ça veut dire qu'on en a fait quelque chose et on en rêve.

Il y a eu ainsi un échec de la capacité d'élaboration.

Je pense que ce qui peut spécifier ce qui m'est arrivé suite à ça, c'est que je n'ai pu rien élaborer.

g. Scénario émergent

Après avoir longuement élaboré autour de la situation choisie, T.14 n'évoque pas de scénario émergent. Quand la chercheuse revient à l'exploration des images qui ont pu émerger, le thérapeute laisse entendre une irritabilité.

Bon, ça fait rien, je vais vous retourner la question et à ceux qui ont fait le questionnaire. Ceux qui ont fait le questionnaire ont l'expérience de quelqu'un qui a perdu seize membres de sa famille ? Je pose la question. Je les connais pas, qu'ils répondent eux-mêmes à cette question, donc qu'ils ajoutent un item, je ne sais pas.

Dans ce commentaire, nous pouvons noter un sentiment de solitude face à cette situation clinique. La solitude réside essentiellement dans ce sentiment de mort et d'incommunicabilité.

Non, ce n'est pas ça, je ne peux pas, j'ai rien fait, ni scénarii, ni rêve, ni rien. La seule chose que j'ai faite, c'est contenir la mort qui était en lui, donc mourir un peu avec lui. Je suis mort avec lui.

J'ajouterai dans cette phrase, que l'on perçoit également de la colère de la part de T.14, qui semble ne pas s'être atténuée avec le temps. Il y a dans ces émotions ressenties, une part d'intemporalité. Des années plus tard et malgré un effort d'élaboration important, cette situation semble raviver chez le thérapeute un noyau « sourd » quant à la métabolisation de certaines bribes traumatiques introjectées. Il

évoque une impossibilité, un « rien » permettant de faire émerger une représentation quelconque de cet événement. L'absence de scénario émergent dans cet entretien est directement mise en lien, par le thérapeute, avec l'effraction vécue lors de la situation, au cours d'une transmission traumatique.

h. Processus et négociations contre-transférentiels

T.14 n'a pas fait une expérience directe touchant à son intégrité physique ou psychologique, il n'a pas eu une confrontation avec une menace de mort. Cependant, dans son discours, il évoque cette expérience de mourir avec le patient.

Nous observons au cours de cet entretien un changement d'intonation, d'intensité et d'implication entre le début qui porte sur des questions plutôt générale et la fin qui est centrée sur une situation clinique spécifique. En racontant cette situation, les réactions exprimées sont plus franches, plus vives, plus intenses que ce qui a pu être dit dans les séquences cliniques évoquées précédemment dans l'entretien, sur la différence des cliniques. La narration de la vignette est détaillée et inclut le thérapeute dans une réalité qui dépasse la réalité psychique du patient rencontré. Il est confronté à sa réalité extérieure à un double niveau : la rencontre avec les membres de sa famille impactés par l'événement traumatique ainsi que la réalité du contexte où les deux « protagonistes », patient et thérapeute, vivent. Bien que les événements traumatogènes ne soient pas vécus avec la même dangerosité, le méta cadre – l'invasion israélienne du Liban – ouvre une brèche rendant la psyché plus sensible au récit d'expérience traumatique. L'empathie, dans son versant positif – allant jusqu'à l'empathie fusionnelle - ou négatif - allant jusqu'à la rupture empathique - est aux aguets. Le thérapeute fait une rencontre avec le patient dont l'expérience traumatique est encore à vif dans un contexte de guerre qui est encore à vif. Dans la partie théorico-clinique, T.14 fait une distinction entre le travail dans le cadre psychanalytique et le travail dans le psychosocial où il est question d'un *effet directe du trauma sur la population*. La membrane séparant la réalité intérieure, du patient, de la réalité extérieure a subi l'effraction traumatique, mais la membrane séparant la réalité du thérapeute et celle du patient est précarisée. La détonation des bombardements aériens qui résonnent massivement dans les alentours de ce 4^{ème} étage est suivie d'une rencontre avec un père et une mère qui viennent de perdre seize membres de leur famille, dont leurs trois enfants. En dépit des clivages géographiques

et politiques, les mouvements d'identification et d'empathie sont largement facilités, jusqu'à l'indifférenciation entre le thérapeute et le patient qu'en témoigne l'utilisation du « je » par le thérapeute, en parlant de son patient.

La brèche dans la psyché du thérapeute accueille quelque chose du trauma du patient et de sa femme. L'image du cri amplifié couvrant la ville a été d'une certaine façon concrétisée par la mise en place d'une émission télévisée de témoignages que rapporte T.14. Dorénavant, l'agression sur une zone ciblée ne se limitera pas aux victimes de cette zone. Leurs pertes, leurs expériences traumatiques seront relayées, propagées au niveau du pays au point de saturer la capacité des citoyens de supporter. Le thérapeute parle de partage du deuil pour l'alléger. Nous nous demandons si ce n'est pas surtout un partage du traumatisme à travers le témoignage. Cette propagation de bribes traumatiques est devenue, à un moment donné, insupportable, pour les uns et les autres. Y a-t-il eu une possibilité de figuration ou de transformation de ces bribes ? Le pays était clivé entre régions relativement sûres et d'autres « trous de mort ». Une émission de témoignages sortait les uns de leur solitude, d'un sentiment d'abandon communautaire et plongeait les autres dans un sentiment de culpabilité et d'impuissance insupportables, aiguissant, peut-être, l'ambivalence dans les réactions à cette guerre. Le thérapeute devient un témoin et c'est son statut de citoyen, d'humain qui prend le dessus sur le statut/fonction du thérapeute.

Un autre élément souligne cette transmission traumatique et que nous avons évoqué plus haut, c'est l'inscription corporelle de l'indicible du trauma. Ce qui n'a pas pu être métabolisé s'est inscrit dans le corps et l'a abattu, nécessitant des soins corporels que T.14 a qualifiés de réanimation.

De plus, un élément supplémentaire serait intéressant à pointer quant aux réactions – contre-transférentielles massives activées. Au début de l'entretien, nous apprenons l'histoire d'un deuil traumatique de la mère du thérapeute ayant perdu sa propre mère à la même période de l'accouchement de sa fille. Selon le récit rapporté par T.14, ce deuil a mis en danger la vie de sa sœur. La « scène » qu'il décrit est celle d'un médecin qui rentre dans la chambre de l'hôpital avec un œil qui pleure et l'autre qui sourit – selon l'expression de ce médecin. C'est ce médecin qui, grâce à une parole thérapeutique, aurait sauvé la vie de la sœur encore nourrisson. T.14 insiste sur le fait que ce médecin a eu la bonne parole, spontanément, loin de toute formation ou fonction psychothérapeutique. Cette scène nous renvoie à la scène qu'il a vécue lui-même, où, sollicité dans sa fonction psychothérapeutique, il fait face à la défaillance

du langage, à l'absence de parole et par conséquent à la dissolution transitoire de sa fonction de psychothérapeute. C'est en tant que citoyen qu'il a pu assurer une fonction d'aide, de partage.

4.2.9. T.16

a. Eléments biographiques

T.16 est une thérapeute femme de 33 ans, de nationalité libanaise vivant au Liban. Elle dispose d'un diplôme d'études spécialisées supérieures de psychologie clinique et pathologique, d'orientation psychanalytique. Elle a effectué des formations en France, auprès d'enfants autistes. Elle n'a pas fait de formations spécifiques au trauma, à l'exception de quelques cours dans le cadre des études universitaires. Sa pratique est variée, auprès de réfugiés irakiens, de prisonniers et en cabinet privé.

b. Histoire de trauma personnelle

T.16 fait référence à une histoire de trauma personnelle et familiale qui est le décès de son frère et le contexte de guerre. La mort du frère a été un traumatisme vécu à deux niveaux : au niveau personnel mais aussi au niveau de la transmission du traumatisme vécu par les parents.

C'était un gros traumatisme pour toute la famille, pour chacun d'entre nous, et probablement le traumatisme de ma famille, de mes parents a été aussi transmis, en plus du traumatisme que moi-même j'ai vécu.

Cet événement traumatique est parvenu dans un contexte que la participante décrit comme traumatogène.

Il y a eu aussi la guerre au Liban. Il y a eu sûrement des traumatismes vécus, qui ne sont pas liés à ... si peut être à des événements particuliers ou à des événements plus généraux, dans une ambiance générale qui était un peu traumatisante (...). Il y a eu aussi la mort de mon propre grand-père, quand mon père était très jeune.

Quant à l'influence que pourrait avoir un vécu personnel du thérapeute sur son efficacité, T.16 considère que le recours à l'analyse et à la supervision permettront de pouvoir gérer son vécu traumatique au regard du travail dans la clinique du traumatisme sans que ce vécu ait une influence quelconque sur les compétences du thérapeute.

c. Elaborations sur la position théorico-clinique et préconceptions concernant la clinique du trauma

T.16 met en avant son manque d'expérience dans la clinique du trauma dans une formulation assez précautionneuse, pour dire qu'elle ne voit pas de spécificité dans la relation aux patients traumatisés.

Moi, je ne l'ai jamais perçu comme ça, peut-être parce que je n'ai pas assez d'expérience avec les personnes traumatisées en tant que telles.

Quant à l'attitude adoptée avec le patient traumatisé, T.16 dit :

L'écoute avec le patient traumatisé est une forme de présence qui est au niveau du corps qui dit que l'écoute et la présence sont présentes, que je suis là, que je suis prête à apporter l'écoute. Peut-être que je le sens dans le corps physiquement parce que c'est plus simple que de le porter dans ma tête (...). Pouvoir supporter le coût. Précisément par rapport aux patients traumatisés, de pouvoir, au moment du fait de raconter des événements traumatiques, pouvoir ne pas pleurer par exemple. C'est ce à quoi je pense, mais peut-être que ce n'est pas dans l'accueil, mais surtout au moment où quelqu'un raconte quelque chose de difficile, de pouvoir entendre sans s'effondrer.

Ainsi, le travail avec un patient traumatisé a un « coût », et le thérapeute déploie un effort pour ne pas s'effondrer face au récit du patient. Ce travail s'inscrit, selon T.16, dans le corps du thérapeute. Ce dernier serait donc affecté par le récit de la situation traumatique et lutte pour préserver l'image du thérapeute.

On est affecté sûrement. (...) J'essaye de me souvenir de situations où on me racontait des choses très difficiles. (Silence) on est sûrement très affecté, mais l'idée est de pouvoir ne pas oublier qu'on est dans une position où on est thérapeute, où il va falloir contenir tout ça et ne pas s'effondrer aussi.

Il y a d'une part une injonction d'un idéal théorique.

ça m'est arrivé d'être dans une... d'avoir envie de pleurer et de même pleurer peut-être, et ça c'est très difficile pour la personne en face qui vient raconter (...). Il faut quand même garder en tête qu'on ne peut pas être trop affecté, ou de perdre ses moyens, et de contenir l'autre personne.

D'autre part, il y a la réalité clinique où la thérapeute a pu être affectée indépendamment de ce qu'il faut ou ce qu'il ne faut pas faire théoriquement.

Je ne sais pas ce qu'il faudrait ou il ne faudrait pas. Par exemple, une fois, j'ai pleuré devant une petite fille. J'ai pleuré. Non, j'avais les larmes aux yeux, disons. Je lui ai dit que ce qu'elle racontait, que je ressentais que c'était très difficile et que c'est pour ça que je pleurais. J'avais parlé de ça, en disant que... que ça m'avait beaucoup touchée. Ça m'arrive de dire que... que c'est très difficile, que ce qu'il raconte semble très difficile. Pas difficile, éprouvant peut-être.

Cette culpabilité face au surmoi professionnel peut fragiliser la thérapeute tel que nous pouvons l'observer dans l'évocation des expériences considérées comme des échecs.

ça m'est arrivé de ne pas savoir gérer des situations et, du coup, la thérapie ne marchait pas. La personne partait ou ne venait pas, donc c'était un échec, mais sans que je puisse le formuler en tant que tel. Peut-être que je n'ai pas assez d'expérience pour dire au départ ou au moment où quelque chose est dit, comme un signal, de dire « je ne pourrai pas travailler avec vous.

Notons qu'en évoquant la question d'aider les patients traumatisés, le fil associatif porte une série de lexiques « contrôler », « échec », « expérience », renvoyant à la fragilité narcissique quant à l'identité professionnelle du thérapeute. Nous retrouvons cette fragilité narcissique professionnelle dans la plupart des entretiens conduits auprès de jeunes thérapeutes. Elle poursuit dans son élaboration sur les difficultés ou complications rencontrées dans la clinique du trauma.

La difficulté était que je savais qu'ils avaient vécu quelque chose de difficile par les parents et c'était très compliqué. Etant donné que les enfants ne savaient pas que je savais, parce que ça vient de mon cadre où je vois les parents d'abord seuls (...). Donc j'ai été mise dans une situation où je savais qu'un enfant avait vécu un certain traumatisme et je pensais pouvoir, à travers un jeu qu'il avait lancé, l'aider à en parler. En fait c'est compliqué, c'est très compliqué. Pour deux, trois, quatre enfants ça a été très compliqué.

La difficulté « d'en parler » à l'enfant qu'évoque T.16 semble être déplacée sur le cadre et provenir d'un secret partagé entre les parents et la thérapeute. Toutefois, cette

situation nous renvoie au silence qu'impose le trauma sur le thérapeute, à la difficulté de nommer l'innommable, de penser le traumatique dans le jeu qui viendrait plutôt se loger dans le corps tel qu'a pu l'évoquer T.16 précédemment. De plus, la répétition de « *c'est compliqué* » dans cette séquence nous fait penser par ailleurs au souci qu'ont pu exprimer plusieurs thérapeute de « re-traumatiser » le patient en séance.

Cette crainte est d'autant plus soulignée que la thérapeute représente l'événement traumatique ou l'agresseur.

C'est comme quand les enfants, ils me donnent la sorcière à faire bouger en marionnette, ou un garçon qui me mettait un des monstres qu'il avait ramené avec lui, des extra-terrestres. Il me le met devant moi. Donc il a tous les autres avec lui et il me dit : « c'est celui-là, le méchant ». Il me signifie que le méchant, il est de mon côté. Ça, c'est par rapport au fait qu'il m'identifie à l'agresseur et sûrement aussi à l'agresseur en tant que personne qui représente ce qui a été traumatisant, parce qu'ils savent sûrement qu'à un moment ou à un autre, ils vont devoir parler des fantômes du traumatisme ou du traumatisme.

Le renvoi de la thérapeute à une représentation de traumatisme ou d'agresseur contribue-t-elle, en début du parcours professionnel ou quand le thérapeute n'y est pas suffisamment formé/préparé, à la fragilisation de son identité professionnelle puisqu'il y a une attaque de sa fonction soignante ?

d. Transmission du trauma

Elle est plus affirmative quant à la question de la transmission du trauma du patient au thérapeute.

A plus long terme aussi, sûrement. D'une certaine manière... Ça dépend de combien de temps on prend pour prendre conscience de ce qui a été transmis et comment on travaille là-dessus dans sa propre thérapie, en supervision.

Elle souligne l'importance de pouvoir en parler. S'en protéger sur le moment même serait un mouvement inconscient, qui n'est pas réfléchi à l'avance du fait même que le thérapeute n'est pas préparé à entendre quelque chose de difficile quand il est en séance avec le patient, à part pour certaines situations, quand d'autres acteurs de soin lui font part de l'histoire de ce dernier (le patient). T.16 change de point de vue en

élaborant pour affirmer que dans certaines situations, il lui est arrivé de se sentir « *blindée* » donc protégée par une mise en mots de ce que le patient va lui dire (à partir des dires des autres acteurs de soin). Il y aurait donc parfois un déploiement de stratégies pour se protéger de l'éventuel impact du récit traumatique.

e. Situation clinique

L'entrée en récit est hésitante (*j'essaie de me souvenir si...*) pour ensuite se décider à parler de l'histoire d'un jeune garçon de 12 ans qu'elle avait rencontré quelque temps avant l'entretien. T.16 situe vite l'événement traumatique en question.

Le père et le grand-père ont été kidnappés depuis maintenant quatre ans. La famille pense qu'ils sont déjà morts, en fait. Ça, c'est la mère qui l'a fait comprendre d'une certaine manière.

De nouveau, elle hésite et prend des précautions dans une sorte de demande indirecte d'étayage.

Ce n'est peut-être pas la peine que je donne les détails, peut-être que ça viendra dans les questions.

Elle poursuit le récit de l'événement traumatique en allant un peu plus dans les détails mais en passant encore une fois par un clin d'œil faisant fonction de demande d'étayage au chercheur en faisant référence à un élément passé dans l'entretien.

Donc, son père et son grand-père ont été kidnappés en Irak parce qu'ils ont été voir – je fais comme pour la question où on exagère peut-être, on met l'attention sur les événements très difficiles. La tante de ce garçon avait eu un accident et on a dû lui amputer le bras. Son frère, son père et sa sœur, donc le grand-père, le père et la tante respectifs de ce garçon, ont été visiter leur sœur et fille. Sur le chemin, ils ont pris un raccourci et ils ont été kidnappés. La tante du garçon est revenue, donc on a relâché la tante du garçon, mais le père et le grand-père ne sont jamais revenus. Le jeune est venu me voir... En fait, la maman et sa tante l'ont amené parce qu'il a très mal au bras. Il fait des crises de douleur très intenses au bras, de manière imprévue. C'est lié à rien par rapport à ce qui se passe. Parfois, la nuit. Parfois, deux, trois fois la nuit, la mère se réveille – elle dort à côté de lui – il a très mal au bras pendant une minute et puis il arrête, après ça s'arrête.

Elle finit son récit par une formulation précautionneuse et une demande d'étayage à la chercheuse.

Donc, en gros, c'est ça. Donc, je ne l'ai pas vu très longtemps. Je l'ai vu, peut-être deux, trois fois. Je ne sais pas si ça va être assez pour que je puisse répondre aux questions.

Les émotions liées à ce suivi que la thérapeute a identifiées varient entre la honte, l'horreur, le désir de vengeance, le sentiment de folie, la peur, l'effroi, la colère, le dépassement, la passivité, l'angoisse, la détresse, des difficultés à se concentrer, un sentiment d'impuissance, mais aussi des sentiments d'admiration vis à vis des capacités de l'enfant à gérer son traumatisme. Elle identifie une sorte de synchronisation des émotions avec l'enfant.

Maintenant, je me rends compte que cet enfant-là, il était lui-même très contrôlé. Peut-être que ça paraîtra dans les questions après, mais la manière dont il a présenté les choses, il les présentait par petits bouts, comme s'il avait peur – je l'ai vécu, moi, comme ça – comme s'il avait peur d'être débordé par l'émotion, donc il disait par petits bouts. Il avait très peu d'émotions. Du coup, par rapport au rythme, sûrement qu'il y avait plus d'émotions qu'à d'autres moments. Donc, ça augmentait par rapport à moi aussi. Je me souviens de cette séance où il y avait eu très peu d'émotions, en fait.

Elle a identifié également des réactions physiques qu'elle attribue à la relation thérapeutique tel un raidissement du corps.

Je ne voulais pas me détacher affectivement. En fait, il s'est passé quelque chose de contraire, c'est que je sentais qu'il fallait que je sois très...lui n'arrivait pas à exprimer des émotions, en fait. Il disait les événements mais il ne disait pas les émotions. Donc je ne sais pas, je n'étais pas, ce n'était pas difficile à porter, je n'avais pas besoin de fuir quelque chose. Je savais que l'émotion est là, qu'il y a une tension, que cette histoire d'être raide, un peu, elle était liée à ça.

La tension et l'intensité de l'émotion refoulée, de l'affect délié de la représentation, s'inscrivent dans le corps qui raidit. La thérapeute décrit quelque part le processus d'accordage émotionnel thérapeute – patient, qui active la fonction de transformation des émotions et leur verbalisation à travers sa capacité de rêverie, notamment, sa

capacité à identifier la tension qu'elle ressent dans le corps comme une tension liée à un moment de forte émotion non élaborée par cet enfant.

Dans cette situation clinique, l'accès au récit de l'événement traumatique a d'abord été verbalisé par la mère du patient. Comme il s'agit d'un enfant, l'élaboration autour de l'événement se faisait à travers les jeux et les dessins, des bribes de narration. Qu'est-ce que la relation thérapeutique appuyée sur les bribes de récits a pu faire émerger comme scénario chez la thérapeute ?

f. Scénario émergent

En suivant le récit du scénario émergent nous pouvons observer chez T.16 le mouvement d'identification à la mère.

Mais je ne connaissais pas les détails et je ne savais pas lui comment il avait vécu les choses, puisque la mère me disait : « il ne dit jamais rien, il ne parle jamais de son père, du tout, il dit jamais rien de ce qu'il a vécu ». Et je crois que j'ai demandé à la mère comment il était avant et elle se souvenait pas parce qu'elle était prise par sa propre tristesse, par son propre...Et elle me dit : « depuis ce jour-là, il n'a rien dit, il a pas pleuré, il a rien dit ». Donc, elle se souvient qu'il n'a pas pleuré. Quand lui m'a raconté, donc j'essayais d'imaginer dans quel contexte c'était au niveau physique.

La mère ne se souvenait pas comment son fils était avant cet événement traumatique pour les deux, mère et fils. En explorant précédemment ce qui traversait l'esprit de T.16 avec ce patient, elle expliquait comment elle s'efforçait de le penser, de l'imaginer. Ce temps d'accordage psychique semble répondre à ce qui a pu être une défaillance dans la capacité de la mère à penser son enfant, étant elle-même sous l'impact sidérant des événements. Ainsi, la thérapeute s'est retrouvée placée dans cette fonction maternelle antérieurement défaillante, à se débattre avec le vide de représentations, tentant de réanimer, de réactiver cette même fonction chez l'enfant. Nous repérons dans le récit de T.16 un double « trou » : celui de la mère traumatisée, celui de l'enfant traumatisé et confronté au trou représentationnel de sa mère devant assurer cette fonction de pare-excitation et de transformation. Ceci nous renvoie aussitôt aux propos de T.16 sur son vécu personnel de la perte de son frère où elle dit avoir vécu cet événement dans une dimension doublement traumatique : son propre traumatisme et la transmission du traumatisme des parents. Il y a ainsi un temps de

défaillance de l'environnement pare-excitant qui fait trauma, et cette rupture approfondie par l'incapacité, dans l'après-coup, à habiter ce trou par autre chose que les résidus traumato-actifs dans la transmission inconsciente des parents. Plusieurs couches se superposent : le vécu direct de T.16, celui des parents face à cet événement, mais aussi celui du père qui avait perdu son propre père très jeune, et donc la perte de son fils réactivant une perte antérieure dans sa dimension traumatique. Une résonnance entre le scénario émergent figurant l'impact traumatique du vécu du patient sur la thérapeute et l'histoire traumatique de cette dernière, émerge dans le « choix » des personnages imaginés par celle-ci.

Je sais pas pourquoi j'ai eu besoin de lui poser des questions : où est-ce qu'il était ? Donc, il me dit : « on a été chez la voisine ». Ils ont été chez la voisine et, là, il a vu que sa mère pleurait beaucoup et il a appris, là, que son père et son grand-père avaient été kidnappés. Donc, j'essayais d'imaginer. J'essayais d'imaginer quel âge il avait, le visage qu'il avait. Ce n'est pas que j'essayais, c'est venu spontanément d'imaginer comment serait son visage. Au moment où il apprend la nouvelle, est-ce qu'il a été choqué ? J'essayais aussi d'imaginer les scènes que lui me racontait, auxquelles il n'a pas assisté puisqu'il n'était pas là au moment du kidnapping. Mais il dit : « ils ont pris un raccourci, on leur a arrêté la voiture, ils sont descendus de la voiture ». Tout ça, j'essayais... C'est pas que j'essayais, j'imaginai tout ça pendant qu'il le disait : le père qui descend – que je connais pas du tout, bien sûr – le père et le grand-père qui descendent de la voiture. Il m'avait parlé de l'accident avant, de la voiture qui s'était renversée par rapport à sa tante. Ça, c'était important de comment il a vu sa tante sans bras, comment ça l'a choqué. Je voyais une femme sans bras et comment ça peut être choquant pour un enfant et comment il s'est habitué petit à petit, que maintenant c'est normal par rapport à lui. Ceci dit, il la voit plus. Et maintenant, lui, il a mal au bras, donc voilà.

La thérapeute se retrouve face à un scénario qui émerge *spontanément* en imaginant des scènes auxquelles le patient n'a pas assisté : il y a donc une tentative de figuration du trou noir qui court-circuite l'appareil à penser du patient.

De plus, T.16 imagine le père et le grand-père en précisant *qu'elle ne les connaît pas, bien sûr*. Pourquoi ce besoin de préciser ce détail plutôt évident dans la narration ? S'agit-il d'une tentative de discerner le vécu personnel de la thérapeute, donc les

visages de son père et de son grand-père ? N'y a-t-il pas ici une superposition de plusieurs époques et contextes ? Revenons au récit du traumatisme personnel de la thérapeute où elle relate :

Il y a eu aussi la guerre au pays. Il y a eu sûrement des traumatismes vécus, qui sont pas liés à des..., si peut-être à des événements particuliers ou à des événements plus généraux, dans une ambiance générale qui était un peu traumatisante. (...) Sûrement, il y a eu quelque chose au niveau de ..., il y a eu un impact sur moi, qui est la mort de mon propre grand-père, quand mon père était très jeune.

Et en parlant de l'histoire du patient dont le père et le grand-père ont été kidnappés dans un pays en guerre sans pour autant que l'événement soit lié à la guerre, mais plutôt à une « *ambiance générale* ». Ainsi, des éléments de résonance entre les deux histoires sont repérables à partir du scénario émergent où, dans ce récit, nous observons assez clairement l'enchevêtrement de deux subjectivités, créant un espace tiers composé de deux mondes inconscients, celui du thérapeute et celui du patient. On y retrouve les objets internes des deux : le père endeuillé de la thérapeute, le grand-père disparu des deux, et la mère sidérée des deux.

g. Processus et négociations contre-transférentiels

Soulignons d'abord l'émergence d'angoisses dans l'entretien que nous notons dans les expressions de la thérapeute témoignant d'une gêne, d'une difficulté par rapport à ses réponses.

Justement à la question « sentiments contradictoires », je suis sûre que j'ai dit une bêtise par rapport à ce que je dis maintenant, mais c'est pas grave ; je me rends compte qu'il y avait plein de contradictions dans la manière dont j'ai répondu mais bon ; je ne sais pas ce qu'il faudrait et ce qu'il ne faudrait pas ; je ne l'ai pas vu très longtemps. Je l'ai vu peut-être deux ou trois fois. Je ne sais pas si ça va être assez pour que je puisse répondre aux questions.

La situation d'entretien met d'emblée à mal la thérapeute qui sent qu'elle doit répondre à des questions par des *il faudrait* et des *il ne faudrait pas*. La situation d'entretien, face aux moments d'insécurité dans l'identité professionnelle, semble renvoyer à une situation d'évaluation des compétences de la thérapeute.

Quant au processus contre-transférentiel dans le travail auprès des patients, il apparaît de façon saillante, la lutte contre le besoin de contrôler ce qui a été à un moment donné incontrôlable – l'événement traumatique – chez les patients. La thérapeute relève l'impossibilité de contrôler le récit des patients, surtout les enfants.

On ne va pas contrôler ce que les gens disent, on ne peut pas contrôler comment les choses viennent ; avec les enfants déjà on ne peut pas leur demander de parler de quoi que ce soit. Ils disent des choses quand ils veulent, comme ils veulent, souvent à travers le jeu, de toute façon. Souvent dans des situations où on ne s'attendait pas à ce qu'ils sortent quelque chose par rapport à ça, à travers le jeu.

L'aller-retour entre l'histoire personnelle et la relation thérapeutique, apparaît également dans le processus contre-transférentiel. La thérapeute s'appuie sur le vécu de son analyse personnelle, une résonnance qui dénote l'empathie et contribue à la capacité de penser la relation thérapeutique avec l'enfant, penser les bribes éparpillées du récit de l'événement traumatique. Ce mouvement permet à T.16 de « patienter » et d'être confiante, malgré les moments d'insécurité, dans la démarche de co-construction thérapeutique : la construction d'un récit du traumatisme est possible à la fin de la thérapie.

La définition du traumatisme étant que c'est difficile d'en cerner tous les aspects, je crois que, en fin de thérapie, quelqu'un peut faire un récit complet, mais ce n'est pas au cours d'une thérapie.

Quand le thérapeute y voit plus clair, le patient y voit plus clair.

Peut-être, en posant ces questions, j'ai l'impression que, moi, j'essaie d'y voir plus clair dans cette situation mais aussi que je l'aide à y voir plus clair.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, le récit de T.16 décrit le processus d'accordage affectif, processus qui est fondamental dans la relation transféro-contre-transférentielle : temps de synchronisation/accordage entre l'appareil psychique du patient et celui du thérapeute à partir duquel ils pourront co-construire ; un temps d'intégration du patient pour le penser et lui restituer une pensée.

Elle a recourt à l'intellectualisation de son travail pour y donner sens, mouvement qui – là aussi – illustre finement la fonction transformatrice du contre-transfert, la mise en mots comme banalisation pour ouvrir la voie à l'expression.

C'est sûrement une banalisation par rapport à lui parce que j'imagine que c'est beaucoup plus compliqué que ça. Il y a beaucoup plus de choses paradoxales et de choses ambivalentes, que le fait de mettre des mots, c'est de simplifier... Je ne sais

pas si c'est banalisé ou si c'est... Ça peut être vécu comme banalisé et peut-être qu'il faut passer par là pour que quelque chose commence à s'exprimer différemment. Le fait de banaliser.

Cette fonction échappe souvent au thérapeute pendant la séance, ce qui le laisserait dans une appréhension de la justesse de son approche. Cette appréhension concerne les précautions et à la remise en question de ses compétences professionnelles en parlant d'échec.

L'analyse longitudinale nous a permis de suivre le fil associatif des différents participants tout au long de l'entretien. L'analyse est produite à partir des différents cadres proposés dans la méthodologie. Nous nous sommes ainsi appuyé sur le cadre idiographique situant chaque entretien dans sa particularité. Un regard socio-constructiviste nous éclaire sur les interactions entre l'expérience subjective du phénomène du contre-transfert dans la clinique du trauma à la lumière du contexte dans lequel le discours des participants est énoncé. La lecture psychanalytique approfondit l'exploration dans les niveaux intra-psychiques et intersubjectifs de la relation thérapeutique.

A partir de l'exploration individuelle de chaque entretien, de la singularité de chaque expérience phénoménologique, se tissent des pistes de compréhension plus élargies dépassant progressivement l'individualité de l'expérience et dégageant des catégories plus universelles – dans le sens de l'universalité élaboré dans notre partie méthodologique.

Dans l'analyse transversale qui va suivre, nous dégagerons de la totalité des entretiens les méta-thèmes qui se dégagent avec la distance exigée dans la deuxième étape de l'analyse phénoménologique interprétative.

4.3. Analyse transversale

L'analyse transversale des trente et un entretiens ouvre sur cinq méta-thèmes.

Le méta-thème du corps est prédomine dans la totalité des entretiens. Le registre corporel dans le discours des participants recouvre l'implication du corps du thérapeute dans ses manifestations contre-transférentielles ainsi que dans sa présence dans les séances. Ce thème recouvre le choix de techniques thérapeutiques impliquant le corps du patient dans ses manifestations symptomatiques, ainsi que le corps des thérapeutes dans le recours à des moyens de détente et d'évacuation corporels.

En deuxième lieu, nous retrouvons le méta-thème relevant du contexte de travail. Ce méta-thème se décline en plusieurs sous thèmes dont l'implication du contexte dans la relation transféro-contre-transférentielle, le contexte de différence culturelle, l'impact du contexte sur la disposition interne du thérapeute, ainsi que la place de l'analyse personnelle, la supervision et le temps d'élaboration que nous avons considéré comme facteurs influents dans le contexte de travail.

Le troisième méta-thème est la traversée émotionnelle des thérapeutes où nous avons dégagé les expériences émotionnelles constituant des moments de forte turbulence psychique pour les participants : la fascination, la confrontation à l'inhumain, la culpabilité et le sentiment de honte au regard d'un surmoi professionnel et de l'identité professionnelle, la résonance avec l'histoire personnelle, les sentiments existentiels et enfin le sentiment de maturité ou le traumatic growth.

Le quatrième méta-thème est la mise à l'épreuve de l'espace thérapeutique. Ce méta-thème regroupe les différentes expériences pouvant d'une quelconque manière porter atteinte à la relation thérapeutique soit par une rupture ou par une neutralisation de la fonction thérapeutique de cette relation. Nous y retrouvons la mise à l'épreuve de la solidité du thérapeute, la tension empathique entre rupture et fusion, l'intensité du contre-transfert, et la crainte pour le patient.

Le cinquième méta-thème est celui du scénario émergent. Il couvre une dimension qui constitue un niveau d'exploration recherché dans la structure même de l'entretien. Comme nous l'avons présenté dans la situation de la problématique et

dans la méthodologie, nous avons choisi d'explorer systématiquement les scénarii émergents à partir des situations cliniques rapportées par tous les participants. Bien que le scénario émergent constitue une question dans notre entretien, l'exploration dévoile de nouvelles dimensions qui émergent, ce pour quoi nous avons retenu le scénario émergent comme méta-thème. De l'analyse transversale se dégagent quatre formes de scénario émergent : le scénario en concordance focale avec le récit du patient ; le scénario en écart du récit du patient obéit à trois stratégies : le déplacement sur le contexte générale, le déplacement sur le cadre de l'événement traumatique, et le contournement de l'événement traumatique ; le scénario émergent évitant ; et l'absence de scénario émergent.

4.3.1. Le corps

Le thème du corps a émergé dans vingt-neuf entretiens sur trente-et-un et se décline sous différentes formes que nous avons regroupés en deux sous-thèmes : le corps du thérapeute ; le corps et les techniques thérapeutiques.

a. Le corps du thérapeute

Concernant le corps du thérapeute, nous retrouvons deux sous-parties : le corps dans les réactions contre-transférentielles prédomine dans les vingt-neuf entretiens, et la présence du corps dans la séance apparaît dans trois entretiens.

a.1- Le corps dans les réactions contre-transférentielles

Des réactions physiques ont été évoquées parmi les réactions contre-transférentielles chez les participants. D'une part, l'exploration dans l'entretien des manifestations contre-transférentielles a permis d'identifier des réponses corporelles chez les thérapeutes. D'autre part, l'implication du corps dans la relation thérapeutique a été évoquée spontanément dans le discours des thérapeutes au niveau de l'impact du récit des patients dans leurs corps.

T.1 Si on le ressent comme ça dans sa chair parce que j'avais le ventre noué, j'avais envie de vomir

T.11 (...) il y a les moments des récits où il y a une crispation (...). Oui, effectivement, physiquement (...). Une sensation d'être mal dans son corps, ah oui. D'être pas bien. Ce n'est pas la douleur, ce n'est pas le mal de ventre, c'est mal dans sa peau, mal dans son corps, pas bien. Une sensation de mal être, oui, sur des récits, quand les gens racontent précisément.

Ces manifestations corporelles ont pu être très intenses pour certains, notamment quand il s'agissait de récits autour de l'asphyxie :

T.8 je pense qu'à d'autres moments, j'ai eu des angoisses corporelles (...). J'avais beaucoup de mal à respirer. En plus ce cas là, c'était une mort par asphyxie.

T. 22 c'est vrai que ce jour là j'avais l'impression d'étouffer, qu'il y avait de la fumée autour de moi et j'arrivais plus à respirer, comme si moi j'étais pris un

petit peu dans cet événement, j'arrivais plus à respirer, j'avais besoin d'aller vers la porte pour aérer les choses quoi. Je souhaitais ouvrir les fenêtre.

a.2- La présence du corps dans la séance

Dans certains entretiens, l'implication du corps s'annonce d'emblée, dans la spécificité de l'attitude thérapeutique avec les patients traumatisés.

T.6 il y a toute une qualité du silence je crois à apprécier, ça peut être aussi une attitude corporelle.

T.14 il faut être là, mais là entièrement, dans son corps, dans son psychisme.

T.16 c'est une forme de présence qui est au niveau du corps (...). Moi je le sens au niveau du corps, une présence au niveau du corps qui dit que l'écoute et la présence sont présentes (...) peut être que je le sens dans le corps physiquement parce que c'est plus simple que de le porter dans ma tête.

b. Le corps et techniques thérapeutiques

L'implication du corps dans la clinique du trauma s'est manifestée également dans le choix des techniques thérapeutiques utilisées auprès des patients et comme recours du thérapeute pour son propre bien être en réponse à l'impact des récits traumatiques.

b.1- Pour le patient

Dans six entretiens, les thérapeutes ont eu recours à des techniques corporelles comme réponse thérapeutique au patient.

T.1 Par exemple la plus part du temps il y a la palpitation et tout ça donc je peux faire un travail mécanique sur la palpitation et puis tu mets l'autre main sur le cœur et puis tu pompes et puis tu vois quoi. Ça c'est une méthode. Tu peux faire des petites choses.

T.2 Il y a des personnes qui sont tellement dans la dépression qu'elles n'arrivent même plus à prendre l'aide qu'on peut leur apporter quoi. Et je ne sais pas quelle solution on pourrait ... peut être des choses plus douces, des choses comme la relaxation.

T.8 Moi j'ai développé une approche psychocorporelle (...). J'ai fais beaucoup de relaxation et c'est après la relaxation qu'on a pu commencer le travail thérapeutique (...).

T.15 Et on avait mis en place une thérapie de relaxation pour lui, avec une de mes collègues marocaines. On travaillait en binôme.

b.2- Pour le thérapeute

Dans six entretiens, les thérapeutes ont expliqué la nécessité de soigner leurs corps en réponse à l'impact physique du travail dans la clinique du trauma. Cela par le recours à des médiations corporelles, le sommeil ou encore les médicaments.

T.9 Il y a des gens qui font du yoga. Il y a des gens qui font de la relaxation. Il y a des gens qui vont marcher. Il y en a qui vont courir.

T.14 Il a fallu que j'aie fait de la thalassothérapie, c'est à dire que des gens s'occupent de mon corps et pas de mon esprit, qu'ils s'occupent de mon corps, de me masser, de me toucher, de me faire des jets d'eau sur le corps. Un peu comme un nourrisson en état de perdition physique, que l'on prend et que l'on ranime. Voilà, on m'a réanimé.

T. 24 J'ai commencé à avoir un mal à la tête, ça m'a duré jusqu'au soir et j'ai du prendre de l'aspirine.

T.28 Après le premier entretien, j'étais pas bien, quand je suis rentrée chez moi j'ai dormi deux heures.

4.3.2. Contexte de travail

Le contexte de travail a été identifié dans vingt-cinq entretiens sur trente-et-un. Ce thème recouvre plusieurs dimensions qui ont été abordées par les participants.

a. Contexte et relation transféro-contre-transférentielle

L'implication du contexte dans la relation transféro-contre-transférentielle est apparue dans dix entretiens.

a.1- Contexte et transfert

Dans certains contextes humanitaires, le conflit politique interférait dans le vécu transférentiel des patients, induisant un aspect de méfiance.

T.1 Vu que j'ai travaillé dans les zones de guerre et que j'étais étrangère pour eux, il y avait la question : est ce que je suis pas une espionne qui est venue faire quelque chose, enfin prendre ces informations où elles étaient torturées, violées, tout ça, et les reporter aux militaires pour qu'ils viennent.

T.3 Encore une fois c'est dans le contexte surtout des patients victimes du conflit. Il y avait toute la question de « est-ce qu'on allait le répéter, est-ce qu'on était des espions... » Voilà, il y avait une grande inquiétude de ce qu'on pourrait faire des récits... sur qui on était, quel était le but de ces thérapies, il y avait des moments où la méfiance s'infiltrait dans les séances, dans les entretiens.

Par ailleurs, le contexte de travail institutionnel participe également des enjeux transférentiels.

T.35 Des fois, le centre devient une source de menace ou bien persécuteur, ou bien des sujets, par exemple le psychologue ou bien l'assistante sociale. Oui, on nous identifie à l'agresseur des fois.

a.2- Contexte et contre-transfert

Le contexte de travail impacte les mouvements contre-transférentiels également, en raison des exigences du travail, ou bien de l'immensité de la réalité traumatogène renforçant un sentiment d'impuissance chez les thérapeutes.

T.13 Ça, ça m'a ému. Et qu'il y a quelque chose contre lequel, moi, je peux rien, c'est : je peux pas lui arrêter le conflit israélo-palestinien, je peux pas lui arrêter la pluie de roquettes (...). A côté de ça, je ne peux pas lui arrêter la guerre. C'est là mon sentiment d'impuissance.

T.11 Là, pour avoir fait les deux expériences, entendre des récits de personnes qui ont vécu des traumas, quand on est en France, dans son pays, dans sa langue, dans sa culture, dans la petite association locale à côté de chez soi, ça n'impacte pas de la même manière que d'être totalement immergée. D'aller le camp de réfugiés, de vivre avec eux cette expatriation, cette... alors eux, c'était pas de l'expatriation, ils avaient été expulsés quasiment, enfin ils avaient fui en tout cas, ils étaient réfugiés. Ça impacte plus, bien sûr. On est plus immergé, plus immergé dans le récit. C'est plus vif. Et puis l'identification est aussi plus facile, on est en terre étrangère.

a.3- Contexte de différence culturelle

La différence d'appartenance culturelle pose une altérité difficile à réfléchir dans la clinique du trauma, dépendamment aussi du contexte de travail. En contexte humanitaire ou d'urgence, cette double altérité peut entraver le lien thérapeutique, ou bien au contraire, après un temps d'élaboration, contribuer à une capacité de décentrage qui élargit la perspective du thérapeute.

T.9 Quand il s'agit d'une mère qui est vraiment, qui est fermée (...) que moi j'arrive pas à comprendre la culture qui est autour, enfin la culture, ce que je sais de la culture dans laquelle elle vit, dans laquelle elle bouge, j'en sais pas assez pour pouvoir comprendre cette mère, ce qui pousse cette mère à faire ça (...). Du coup, j'ai passé. C'est plus au niveau de manque de culture, manque de connaissance de la culture dans laquelle je travaillais, j'évoluais, plus que

quelque chose que je comprends pas, que j'admets et donc je ne peux pas l'aider.

T.10 La patiente (réfugiée) plutôt, exprimait beaucoup, beaucoup d'agressivité par rapport aux soldats libanais. Et sur le champ, J'étais en révolte. J'étais en révolte, je n'ai pas pu être ... être vraiment empathique et me mettre à la place de la patiente, et comprendre ce qu'elle vivait. C'était... C'était une attaque, vraiment à une image paternelle que j'aie. Comme nous étions dans un contexte d'urgence, je n'avais pas le temps d'élaborer tout ça et de travailler sur ça. Comme c'était un premier entretien, j'ai, d'une manière vraiment indirecte et délicate, orienté la patiente chez un autre collègue.

T.11 Et puis après, quand on apprend, quand on laisse, quand on lâche prise aussi sur sa culture et sa logique, on finit par comprendre quelle est la logique des gens qui sont autour de nous, à se dire : (...) je comprends mieux. Mais ça implique de lâcher prise et d'abandonner, de lâcher aussi une partie de ce qui nous fonde et dont on n'a pas forcément conscience au départ. Donc, c'est un sacré boulot. C'est un sacré boulot.

Dans un contexte de travail plus stable, l'intrication entre la clinique du trauma et la différence culturelle semble avoir motivé les thérapeutes à « s'informer » sur des notions géopolitiques et culturelles de l'autre.

T.21 (...) Que je vois des patients traumatisés ici, qui sont liés à des événements politiques plus larges, j'ai une tendance à vérifier. Pas vérifier mais de me mettre au courant de ce qui s'est passé, comment ça se passe par exemple pour les Tigres Tamoul, ou par exemple sur la guerre d'Algérie, des trucs comme ça.

T.24 Des fois quand on me raconte des choses... C'est plutôt avec MSF, dans certains endroits, j'ai eu envie d'aller lire des traités géopolitiques quoi. C'est-à-dire que c'est tellement impressionnant sur le plan individuel qu'on a envie de rattacher ça à un contexte, considérer que ce n'est possible parce que le

contexte est comme ça, envie d'aller voir....Je sais pas quoi, défense intellectuelle quoi, c'est-à-dire d'aller rechercher des éléments collectifs.

a.4- Contexte et disposition interne du thérapeute

Neuf thérapeutes travaillant dans les terrains où se sont déroulés les événements traumatogènes, ont fait référence à l'impact du contexte sur leur disposition interne et leur travail.

T.1 C'est sûr que parfois si j'avais une séance très dure avant et que ça m'avait envahi et que je commençais une autre séance sans faire une pause au milieu par ce que ça arrivait qu'on enchaînait 6 ou 7 patients d'un coup et on devait respecter le couvre feu être à la base à 6 h, 6 h 30 avant la tombée de la nuit, et puis tu peux pas dire à une patiente qui est venue à pied de loin, je ne te vois pas, donc c'est arrivé que j'enchaînais et que je restais avec le truc d'avant, de temps en temps je pensais que ça affectait un petit peu.

T.8 (...) J'ai vu des déblayages avec des lambeaux. Ça m'a dégoûtée de voir ces pierres mélangées avec des choses humaines. Ça, ça m'a vraiment dégoûtée. C'est comme si le corps humain devenait un morceau de viande. C'est très inhumain quoi. (...) Ça m'a vraiment dégoûtée, mais ce n'est pas directement son histoire à elle, c'est le contexte général.

T.10 Ça dépend du contexte dans lequel on est. Mon expérience, c'est avec des personnes traumatisées dans un contexte dans lequel moi aussi, je vivais. Donc, la relation du thérapeute avec un patient traumatisé, si le thérapeute vient de l'extérieur par exemple, je pense qu'elle est complètement différente que celle avec un thérapeute qui vit dans le même bain et qui essaie de travailler avec les patients traumatisés.

T.15 Des expériences traumatiques ? Oui, je dirais comme tout le monde. Dans le cadre professionnel, ça peut être des expositions, notamment dans le cadre humanitaire, sur des zones de conflits. Mais ça a été aussi en France quand je travaillais sur des cellules d'urgence où, parfois, c'était des scènes avec décès.

a.5- Analyse personnelle, supervision et temps d'élaboration

L'incontournable de l'analyse personnelle et de la supervision a été évoqué dans dix-huit entretiens. Certains thérapeutes ont précisé leurs recours à ces deux moyens pour se protéger de l'impact de la clinique du trauma, d'autres ont souligné la nécessité d'en bénéficier pour transformer ce qui est déposé dans la psyché du thérapeute.

T.6 On met en place un certains nombre de précautions ; nous-mêmes, nous avons mis en place des supervisions, mais on sait que ce n'est pas anodin quoi.

T.8 Mais il est assez compliqué d'être seul face à ce trauma, je pense. Pour moi, c'est vraiment le soutien d'aînés ayant travaillé dans l'humanitaire, c'est toujours mieux. Mais j'ai aussi eu des soutiens, par exemple j'ai commencé une analyse avec une personne qui est professeur et qui est très intéressant, qui n'a jamais fait d'humanitaire, mais quand même ça m'a beaucoup aidée dans ce travail par rapport à ces événements.

T.25 Enfin sur, non après ça dépend, se préparer à la, à la perspective je sais pas si il y a... l'idée après c'est d'être euh, de pouvoir en discuter en groupe quoi, d'avoir une supervision.

T.23 Je pense qu'il y a pas de façon de se protéger parce que finalement on arrive à le métaboliser, on arrive à en faire quelque chose quand on est thérapeute et que ... Il faut qu'on travaille sur ce ...soit en groupe avec un superviseur, soit tout seul mais je pense qu'on arrive à le métaboliser ça.

T.13 C'est indispensable pour qu'un thérapeute s'occupe de patients, quels qu'ils soient, qu'il soit revenu lui-même sur les moments difficiles de sa vie, en particulier au cours d'un travail personnel, d'analyse par exemple.

4.3.3. Traversée émotionnelle des thérapeutes

Dans trente-et-un entretiens, les thérapeutes ont évoqué spontanément ou bien ont identifié dans la liste des émotions proposée dans l'entretien, des émotions et des sentiments intenses. Les propos des participants dessinaient la traversée émotionnelle confrontée dans la clinique du trauma. Elle peut se décliner en six catégories.

b. Fascination

Dans quinze entretiens nous avons retrouvé le thème de la fascination face au récit de l'événement traumatique, sentiment qui semble être pesant pour les thérapeutes dans leur fonction clinique.

T.12 On a toujours des réactions un peu de mi de fascination et d'horreur, et je trouve ça assez malsain.

T.13 Je me suis senti un peu pris dans un sentiment d'inutilité (...). J'étais un peu en doute sur ça (capacité à aider la patiente). (...) Oui, qui (le récit de la patiente) m'a ému, m'a séduit.

T.32 Tu vois par exemple, il y a des patients je me prépare, je me mets en condition, mais pour les nouveaux à chaque fois, j'ai l'impression de me faire avoir, dans le sens happer quoi, donc c'est pas possible de se préparer quoi.

c. Confrontation à l'inhumain

Dans treize entretiens, les thérapeutes ont exprimé le sentiment d'avoir été confronté à l'inhumain et par conséquent ont été bouleversés à un niveau ontologique.

T.3 Il y a des moments où on se demande qu'est-ce qu'on peut faire quoi...s'il y a quelqu'un qui a perdu toute sa famille, qu'il n'a plus de maison, on se demande un peu en tant que thérapeute quelle aide on peut apporter ?

T.21 *Pas mal de gens qui appartiennent aux classes aisées comme moi, s'en foutent de ce qui se passe avec les plus pauvres. Le fait que la police est assez violente, que la police n'est violente qu'avec les pauvres, donc ils s'en foutent. Du coup, je ressens un peu de la honte.*

T.12 *En dehors du clinicien, on est aussi confronté personnellement à des choses qui touchent vraiment à l'humain, à l'intégrité humaine.*

T.14 *Il est mort, ce bonhomme est mort tout en restant vivant. C'est inimaginable, l'esprit humain n'a pas pu, jusqu'à aujourd'hui, trouver des mots.*

d. Culpabilité et honte au regard d'un surmoi professionnel et de l'identité professionnel

Nous retrouvons dans dix entretiens des références à la culpabilité ou à un sentiment de honte ressenti au regard de l'identité professionnelle et l'image de soi « thérapeute », ainsi qu'au regard d'un surmoi professionnel. Dans ce dernier cas, l'expression de la honte et de la culpabilité se manifestent à l'égard de ce que la profession « dicterait » comme attitudes et attentes professionnelles.

T.1 *Il y avait mes sentiments (...) des sentiments qu'un psy n'a pas à avoir.*

T.6 *Je ne peux pas le haïr cet homme, pourtant c'est dégueulasse ce qu'il a fait (...). Et mon devoir de thérapeute, quand il m'a raconté comment il avait été transformé, c'était dur de me rappeler que c'est un humain.*

T.11 *La honte et la culpabilité c'est aussi... peut être l'effet de la fascination qui, peut-être, fait plaisir à ma part inhumaine. J'en sais rien.*

T.23 *Je le reconnais même si ça me déplaît de voir que je suis une thérapeute qui met en doute la véracité.*

e. Résonnance avec l'histoire personnelle

Nous retrouvons dans neuf entretiens les références à la vie personnelle des thérapeutes, mis en lien avec le choix professionnel d'une part et les réactions rencontrées dans la clinique du trauma d'autre part.

T.1 Moi j'ai pas peur, peut-être ce qui m'a facilité, enfin mon vécu m'a facilité quoi, peut-être, de ne pas avoir peur, je me dit bah j'ai traversé ça, je sais ce que c'est quoi, ça me fait pas peur, c'est peut-être ça.

T.6 C'est là où l'histoire personnelle est vachement importante je crois. C'est à dire qu'à ce moment là, c'est là, voilà pourquoi je vous ai raconté l'histoire de la guerre d'Algérie, dans l'après-coup aussi, je pense que ça a un impact à cause de mon histoire personnelle, et que j'avais de l'empathie pour cet homme.

T.24 Je me souviens quand j'étais enceinte, j'avais une dose que je pouvais pas dépasser, c'est-à-dire vraiment, lorsque j'avais vu dans la même semaine trois infanticides, c'était trop pour moi quoi, mais ça m'est arrivé quand j'étais enceinte.

f. Sentiments existentiels

Dans huit entretiens, des thérapeutes ont évoqué des sentiments intenses de décalage avec l'environnement ou de changement de rapport au monde.

T.8 Mais j'ai l'impression, en allant voir ce film au cinéma, que les personnes autour de moi n'étaient pas dans la réalité. (...) Donc non seulement complètement en décalage avec les gens dans la salle et vraiment, je me suis sentie presque un peu traumatisé.

T.11 Ça m'est arrivé, après avoir entendu des récits particulièrement compliqués, pendant quelques jours, pendant les quelques jours qui suivent,

d'être différente dans mon rapport au monde, de regarder les gens un peu de manière étrange (...). Oui que ça fausse un peu mon rapport au monde.

T.35 Tu sais, quand tu écoutes des tas d'histoires, tu sens que si ça arrive avec d'autres personnes qui sont innocentes, ça peut arriver avec toi aussi. Du jour au lendemain, tu te trouves torturé, emprisonné.

g. Sentiment de maturité/ *traumatic growth*

Nous retrouvons dans trois entretiens, des références à un sentiment d'élargissement de soi et de maturité conséquents au travail dans la clinique du trauma et à l'exposition à des réalités contraignant à la remise en question de soi, de ses acquis et ses évidences envers son monde.

T.8 J'ai plongé dans ce travail-là par, oui, une envie ou une idéologie et puis voilà, sans penser à tout ce que ça allait m'apporter et me changer et me bouleverser aussi.

T.11 Et puis ça a été effectivement quelque chose qui a toujours été parlé dans l'équipe d'expatriés, de l'impact que ça pouvait avoir sur nous, de la perte de repères, de cette obligation de se décentrer. Et puis de réagir à ces petites pointes de racisme que je ne pensais pas avoir.

T.29 Après ce qui s'est passé quand je suis allée au Zaïre, il me semble que j'ai cheminé.

4.3.4. Mise à l'épreuve de l'espace thérapeutique

Dans la totalité des trente et un entretiens, apparaissent des propos touchant à la mise à l'épreuve de la solidité du thérapeute et de l'espace thérapeutique. Ce thème se décline sous quatre catégories différentes.

a. Mise à l'épreuve de la solidité du thérapeute

Le questionnement ou la mise à l'épreuve de la solidité du thérapeute par le patient ou par la relation transféro-contre-transférentielle est un élément qui émerge dans vingt-quatre entretiens. Elle se décline sous deux formes : la mise à l'épreuve par le patient de la capacité du thérapeute à entendre, contenir et authentifier son expérience traumatique ; le sentiment du thérapeute de devoir être apte à « encaisser », à penser sa fonction et son apport thérapeutiques, et à faire face aux différents mouvements contre-transférentiels qu'il confronte dans la relation thérapeutique, sans être ébranlé ou sans porter atteinte à l'objectif thérapeutique.

T.9 Oui je vais rencontrer des histoires qui sont violentes. Oui, ça va effectivement me toucher, bien sûr. Mais je suis pas là pour ça, je suis là pour les aider. Donc, si je me retrouve dans la même configuration psychologique qu'eux, ça va pas aller, voilà. Je sais pas comment dire.

T.14 Donc je réfléchis beaucoup à la manière dont le patient essaye de me piéger, de me paralyser, de m'empêcher de continuer à avancer, dans ce qu'on appelle aussi communément la « réaction thérapeutique négative » (...). C'est des insultes bien aiguisées qui touchent à ma personne (...).

T.23 Il faut dire à quel point ce qu'on entend nous paraît insoutenable... Enfin, pas insoutenable parce que ça voudrait dire que je ne pourrais pas le supporter, mais que ce qu'on entend est d'une violence terrifiante, que je peux en être terrifiée.

T.24 Mais de temps en temps il doit y avoir des éléments sur lesquels justement mes capacités de sublimation sont dépassées.

b. La tension empathique, entre fusion et rupture

La référence à la tension empathique nécessitant un effort d'accordage ou de régulation, oscillant entre la fusion et le point de rupture et mettant à mal le travail thérapeutique, émerge dans seize entretiens.

T.1 Pour avoir cette empathie là t'es obligée de faire un peu un collage et puis une fusion entre guillemets avec la patiente donc forcément tu attrappes des choses.

T.10 Je n'ai pas pu être vraiment empathique et me mettre à la place de la patiente et comprendre ce qu'elle vivait. C'était une attaque, vraiment à une image paternelle que j'aie.

T.12 Soit on va être beaucoup plus dans l'empathie, soit, au contraire, on peut avoir aussi une réaction de mise à distance pour se protéger.

c. Intensité du contre-transfert

La particularité de l'intensité éprouvée au niveau des réactions contre-transférentielles est apparue dans dix-huit entretiens. Certains thérapeutes l'ont évoqué comme une spécificité du travail dans la clinique du trauma, d'autres ont soulevé l'épreuve ressentie face à la résurgence d'éléments archaïques en eux dans le contre-transfert auprès des patients.

T.1 Celle-là (la séance) je l'ai coupé parce que j'en pouvais plus (...). Donc je pense que je l'ai vécu vraiment très fort et après j'ai essayé de réfléchir, à mettre en lien avec mon histoire vécue et les peurs, mes trucs archaïques que j'ai en moi et réfléchir là-dessus.

*T.6 (La relation thérapeutique avec les patients traumatisés) ça sollicitait des choses en nous, qui paraissaient très particulières et qu'en tous cas ça n'était pas quelque chose d'anodin du tout. Donc forcément il y a une relation thérapeutique qui est à examiner avec beaucoup de précautions. (...)
Le thérapeute est fortement sollicité.*

T.15 Il y a quelque chose du point de vue contre-transférentiel qui joue aussi. (...) Je me suis probablement identifiée à lui en tant que parent. (...)

Je trouve que le trauma extrême c'est de perdre un enfant dans cette situation là.

T.21 Je dirais qu'il y a quelque chose de spécifique, surtout au niveau du contre transfert, c'est à dire il y a des événements traumatiques qui te touchent plus. Dans ce genre de cas, ça peut entraîner des réactions qui peuvent être un peu gênantes, des choses qui arrivent à te toucher plus profondément.

d. Crainte pour le patient

Nous avons relevé dans quatorze entretiens des propos exprimant les craintes que peuvent éprouver les thérapeutes à l'égard des patients traumatisés, qui concernent plus particulièrement le souci de l'intrusion quant au récit de l'événement traumatique et la possibilité de « re-traumatiser le patient » en séance.

T.3 Je me suis beaucoup demandée si de faire parler cette personne dans le lieu même où un des événements traumatiques avait eu lieu c'était pas traumatisant pour elle.

T.4 Je serais plus attentive à ne pas brusquer les choses, à ne pas remettre des patients en situation traumatique.

T.32 Je fais attention à ne pas être trop intrusive, peut être que je fais plus attention à mes questions qu'avec d'autres patients.

T.33 Je pense qu'il y a un temps spécifique pour pouvoir faire ça et si on avance ce temps avant que le patient ne soit prêt à faire ça, on fait des désastres, on peut faire des gros dommages au patient. (...) c'est un peu du côté du voyeurisme, le fait de pousser trop les patients à parler de certaines choses, surtout dans un moment où, ça, c'est pas quelque chose de fonctionnel à la thérapie.

4.3.5. Scénario émergent

L'émergence de scénarii chez les participants face aux récits d'événements traumatiques de leurs patients a été explorée dans tous les entretiens.

Nous avons analysé les scénarii émergents selon le contenu, les mécanismes de défenses déployés par les thérapeutes lors de leurs récits, ainsi que les critères d'analyse des écarts et des occurrences :

- écart de point de vue ; écart des émotions ; écart de thème ; écart de sens
- occurrence d'éléments émotionnels ou affectifs ; occurrence d'éléments sensoriels ; occurrence d'action-posture-énaction

Nous avons par conséquent regroupé les scénarii émergents selon quatre catégories.

e. Scénario émergent en concordance focale

Dix participants ont décrit des scénarii émergents focalisés sur un moment du récit de l'événement traumatique, ou bien en collage avec les détails descriptifs restitués par les patients. Dans cette catégorie, prédomine l'occurrence d'éléments sensoriels ou de posture – action - énaction aux éléments émotionnels. Ces derniers sont presque absents dans la totalité des récits.

T.1 Je voyais la scène, je sentais l'odeur de la mort. Bah je voyais la petite fille qui ouvrait le sac et puis qui voyait la tête de sa mère pourrie avec euh toute bleue, enfin telle que l'a décrivait la tante quoi, bleue avec des... enfin ça a été fracassé enfin tabassé quoi, et puis le sang...noir, les yeux beurrés, la pourriture, je voyais l'effondrement de la grand-mère et la tante et puis la petite fille qui courrait, je voyais la scène quoi.

T.22 Donc elle a décrit un peu la scène de façon très détaillée, très authentique comme si elle était dans la scène donc... comme si elle nous demandait qu'est-ce qu'il fallait faire quoi, comme si nous on était là aussi un peu avec elle et... aidez moi quoi, comme si elle s'était à l'instant présent et elle était dans cette panique avec ses enfants où elle s'est réfugiée devant la fenêtre, c'était le seul endroit où le feu n'arrivait pas encore (...). Et elle s'éloignait, elle arrivait un petit peu donc elle essayait

de marcher contre ce mur du 6^{ème} étage dans quelque chose de très réduit avec un enfant sur le dos. Mais l'enfant commençait à être lourd sur son dos, elle a failli tomber...

f. Scénario émergent en écart

Dans sept entretiens, le récit du scénario émergent s'écarte du récit des patients par trois stratégies.

f.1- Déplacement sur contexte général

T.4 Comme je le disais c'était une mission et pendant des semaines j'ai entendu beaucoup de patients qui avaient vécu cet événement traumatique et au fil du temps j'ai construis moi même mon tsunami, c'est à dire que j'avais tout à fait un scénario dans ma tête de cette vague qui est arrivée, les trois vagues successives, la couleur, c'était une vague qui était décrite comme étant noire. Le bruit, ça faisait un bruit de camion et je finissais par presque penser que je l'avais vécu tellement j'avais entendu de récits traumatiques et donc je pouvais le dessiner, j'aurais pu ma dessiner cette vague.

f.2- Déplacement sur le cadre de l'événement traumatique

T.2 Quand il racontait cette scène dans la prison, où il y avait l'autre personne qui était là, moi j'ai complètement eu un film dans ma tête de comment pouvait être cette pièce noire avec cette lumière rouge qui correspond à un film que je n'arrive pas à retrouver non plus, ou à un mélange de films que j'ai du voir ; de torture comme ça, il y avait cette lumière rouge en fait qu'il a beaucoup décrit, et donc moi je voyais bien la pièce dans laquelle il pouvait être, la posture, ouais il était attaché comme ça, ça c'est moi qui l'ai produit comme image quoi, donc de cette pièce avec une prison, avec des coursives comme ça, avec des petits trous dans le mur.

f.3- Contournement de l'événement traumatique

T.28 Elle me racontait la scène avant dans la chambre, elle a eu sommeil, s'est endormie. Elle m'a dit que dans son sommeil elle a entendu un bruit. Elle était enceinte de huit mois. Elle prenait des médicaments qui la faisaient dormir. J'ai imaginé les dernières images que la mère pouvait avoir, les images de la mère qu'elle avait de sa fille. Je ne me suis pas bien sentie après l'entretien. Pendant l'entretien, c'est difficile quand tu imagines. Surtout avec l'image de cette petite fille rigolante, dégourdie et tout. C'est un peu pour m'échapper maintenant que j'y pense.

g. Scénario émergent évitant

Dans huit entretiens, le récit du scénario émergent est bref. Les thérapeutes évitent la description des images qui ont émergé et expriment une gêne face à cette émergence. Il s'agit de six situations de viol et deux situations de torture.

T.12 De la voir par exemple, voilà une mise en scène un peu corporelle du viol. Alors des images qu'on essaie un peu de chasser pour retourner dans le discours et dans le moment présent de ce qu'elle dit, mais avec...alors pas vraiment des images et des sons, mais plus une représentation imagée, en mouvement, comme on verrait une vidéo, quelque chose de...mais très bref. Très bref. (...) Ces images là qui figent déjà, qui empêchent de penser à autre chose et qui...ça provoque du dégoût. Oui, qui dégoûte et qui révulse un peu. (...) Un début de scène sans vraiment la scène en elle-même.

T.18 (silence) cette scène de ... par rapport à cette de viol et de séquestration, oui j'ai eu des images d'un endroit fermé, clos. - Relance de l'intervieweur : comment vous pourriez décrire ce qui a émergé ?- ce qui a émergé ? Je la voyais entourée de plusieurs hommes et...comme elle m'a

parlé de traces qu'elle avait encore, j'ai imaginé qu'elle avait été ligotée, enfermée, qu'elle ne pouvait pas crier.

T.11 Je pense que c'est une manière de se représenter en fait...oh, c'est pas très agréable à raconter. Quand elle me fait le récit du viol, effectivement j'ai des images où je la vois, où je l'imagine allongée à terre, sa mère pas très loin, où je vois les vestes kaki. Je vois les vestes kaki. Je vois les vestes kaki. Je m'imagine la mère se débattre. Oui, voilà, c'est ça la scène que je vois. (...) C'est l'idée de la honte de tout à l'heure finalement. C'est comme si, comme si le mal qui était fait à l'autre, je l'intégrais. Le fait d'imaginer...je pense que c'est ça, le fait d'imaginer ce que l'autre a pu faire, si je peux l'imaginer, je comprends. Enfin, je comprends ? si je peux l'imaginer alors je peux imaginer moi aussi des tortures. Tu vois, c'est ça le truc qui beurk.

h. Absence de scénario émergent

Trois participants n'ont pas rapporté de scénarii émergents en lien avec l'expérience traumatique de leur patient. L'absence de scénarii émergents se décline toutefois sous trois formes différentes.

Pour le premier participant, il s'agit de la situation d'un homme qui a perdu dix-sept membres de sa famille dans un bombardement :

T.14 Non, ce n'est pas ça, je ne peux pas, je n'ai rien fais, ni scénarii, ni rêve, ni rien. La seule chose que j'ai faite c'est contenir la mort qui était en lui, donc mourir un peu avec lui. Je suis mort avec lui.

Pour le deuxième participant, il s'agit d'une situation où une mère perd son fils dans un assassinat, donc sans accès au récit de l'événement - assassinat :

T.21 Dans ce cas-là, je n'ai pas eu d'images, ça m'est pas arrivé. Comme c'est trop indirect, j'ai pas de scénario parce que j'ai pas un récit de l'événement.

Pour la troisième participante, il s'agit de la situation d'une mère qui a perdu trois enfants dans un incendie :

T.25 Je ne pourrais pas, je ne sais pas, je ne m'en souviens pas. Je me souviens pour ce cas d'avoir eu des trucs en tête mais qui n'ont pas, que j'ai pas, je ne pense pas verbaliser. Donc du coup, je ne pourrais pas, je ne sais pas.

Dans cette analyse transversale nous avons opté à « réciter » l'expérience du phénomène du contre-transfert tel qu'elle a été décrite par les participants à la recherche. La réduction phénoménologique permet de procéder par une collecte de sens fidèle aux propos des participants en préservant les irrégularités de l'expérience de chacun afin d'explorer le plus de dimensions possibles du phénomène.

Nous procéderons par lui suite à la discussion à travers une réflexion clinique psychanalytique et une tentative de faire ressortir les différents sens cachés qui se dégagent du croisement des résultats.

5. DISCUSSION

Réflexion clinique autour des résultats longitudinaux et transversaux

L'interprétation des résultats s'appuie essentiellement sur l'éclairage que révèlent l'analyse longitudinale et l'analyse transversale. Cet éclairage permet d'approfondir la compréhension des thèmes émergents et leur mise en lien. Nous nous référerons également à des thèmes épars qui ont émergé du matériel et que nous n'avons pas classés parmi les thèmes principaux. Cependant, ces thèmes participent de la complexification des niveaux de compréhension du vécu contre-transférentiel dans la clinique du trauma.

5.1. Le corps, lieu d'inscription transitoire de la transmission traumatique

Un des thèmes émergents principaux dans l'analyse du matériel concerne le corps du thérapeute. Les réactions corporelles sont ainsi décrites par les thérapeutes comme des réactions transitoires mais incontournables face au récit de l'événement traumatique. Vingt-neuf thérapeutes sur trente-et-un ont identifié des réactions physiques ou ont évoqué le corps comme caisse de résonance des récits des patients. Nous avons vu, dans deux illustrations cliniques présentées, les réactions physiques de suffocation et de difficultés respiratoires chez des thérapeutes travaillant avec des mères ayant perdu leurs enfants dans un contexte de suffocation (T.8 et la situation des enfants ensevelis sous les décombres ; T.22 et la situation des enfants morts dans un incendie). Dans un autre entretien, T.14 rapporte un sentiment de corps abattu par la mort et nécessitant une réanimation par des soins corporels (la thalassothérapie) tel un nourrisson dans un état de perte physique, en précisant que c'était l'unique moyen pour envisager une pensée. D'autres thérapeutes, comme T.8 et T.9, ont évoqué le recours à la relaxation, le yoga, des moyens de détente physique, comme une étape de gestion des réactions contre-transférentielles. Ces moyens sont proposés parallèlement à la nécessité de la supervision, de l'échange avec un groupe de pairs et de l'analyse. De plus, les techniques corporelles ont été évoquées par six thérapeutes comme outil thérapeutique auprès des patients traumatisés. T.8 et T.15 ont élaboré autour de ce recours aux techniques corporelles, en précisant qu'il s'agit d'une technique thérapeutique transitoire permettant de passer à l'émergence des émotions et leur élaboration.

A ce sujet, nous reprenons les propos de T.14 qui décrit son vécu :

L'immensité de cette histoire traumatique, plus de toutes les autres que j'ai entendues, je peux vous en dire une ou deux, l'immensité était non symbolisable. Je pense que ce qui peut spécifier ce qui m'est arrivé suite à ça, c'est que je n'ai pu rien élaborer. Il a fallu que j'aie fait de la thalassothérapie, c'est-à-dire que des gens s'occupent de mon corps et pas de mon esprit, qu'ils s'occupent de mon corps, de me masser, de me toucher, de me faire des jets d'eau sur le corps.

L'image du nourrisson donné par T.14 nous paraît paradigmatique pour l'illustration de l'inscription du trauma dans le corps comme prémisses à la mentalisation tel que ce processus a été élaboré par Fonagy (2000 ; 2006).

Il est intéressant de noter que le recours aux soins corporels personnels a été souligné par six thérapeutes travaillant dans des contextes où s'inscrivent les événements traumatiques de leurs patients. Il s'agit d'événements collectifs (guerre, tremblement de terre, tsunami) dont les patients ont été victimes.

Le corps est impliqué au niveau des réactions contre-transférentielles immédiates et à moyen terme. Il est également impliqué dans les réponses thérapeutiques de certains thérapeutes à leurs patients, aussi bien que dans les réponses d'auto-contenance ou d'auto-récupération qu'accordent les thérapeutes à eux-mêmes. Ainsi, l'auto-contenance ou l'auto-récupération corporelle semble être également un moyen transitoire dans l'élaboration du contre-transfert.

Un premier temps de « holding and handling » favorise la restauration de l'enveloppe corporelle et la levée du clivage entre la psyché et le corps, rupture qu'impose l'expérience traumatique. Cette phase de réunification d'une entité psyché-soma ouvre la voie au sentiment d'unité indispensable pour l'identification des émotions, et par conséquent au processus d'élaboration.

Cela dit, le corps du thérapeute semble être un lieu d'inscription de ce qu'émet le trauma dans le cadre de la relation transféro-contre-transférentielle. Une dimension irréprésentable et non métabolisable du trauma attaque le corps en premier. L'échec de la mise en place du langage ouvre la voie au « phénomène psychosomatique » (Cupa 2008). Le corps, *cet hétérogène radical*, ne peut pas être saisi par le langage, toutefois, il est soumis aux effets de la parole, sur le plan positif ou négatif. Confronté à l'innommable du trauma, au *réel*, le corps de l'analyste/thérapeute en éprouve les répercussions. Les recherches en psychosomatiques nous donnent un certain éclairage

sur cette expérience de l'expression corporelle palliant à l'échec du langage, ou encore des moments de *mentalisation*. Face au réel véhiculé dans le phénomène psychosomatique chez le patient, l'analyste/thérapeute éprouve un contre-transfert particulier. Dans la théorie psychosomatique, la difficulté contre-transférentielle se situe dans la position de l'analyste/thérapeute *face à l'éventualité de sa mort réelle* (Cupa 2008 : 27). Cette configuration peut engendrer une certaine violence. Les psychosomaticiens attirent l'attention sur l'énergie psychique et la répartition de la libido. Ils identifient deux modalités de processus de somatisation (Smadja : le processus de somatisation).

Toutefois, cette inscription n'est que transitoire puisque les thérapeutes déploient des moyens d'abord corporels puis symboliques mentaux pour ouvrir à un processus de transformation et d'élaboration.

« L'immensité non symbolisable » du trauma ou sa part indicible loge dans le corps, activant le mécanisme d'inscription symbolique pré-verbal (Fonagy 2000 ; 2006), dans l'attente d'une expérience transformatrice en matière métabolisable. Little (1988) avance que lors de l'intensification de la régression dans la relation thérapeutique, les tensions sont vécues sur un mode somatique. De Urtubey a évoqué l'importance de l'auto-analyse dans sa fonction protectrice contre l'accumulation intoxicante dans le contre-transfert qui met le thérapeute au risque du passage à l'acte, auquel nous rajouterons le risque de l'intoxication du corps du thérapeute. L'expérience transformatrice qu'ont évoquée les thérapeutes en question nous renvoie là aussi à la fonction de « holding and handling » (Winnicott) rétablissant l'interrelation entre la psyché et le soma, permettant le redémarrage de la fonction de mentalisation.

Nous pouvons avancer l'hypothèse d'un impact du contexte sur l'amplification de l'implication corporelle du thérapeute dans la clinique du trauma. Le recours de ces derniers à des approches corporelles émanent-ils d'une abrasion de l'espace psychique ?

Nous aborderons dans ce qui suit la particularité du contexte dans le travail des thérapeutes, auprès des patients traumatisés.

5.2. Le contexte de travail et la fonction de « holding »

Le contexte de travail est un thème qui a émergé dans vingt-cinq entretiens, décliné sous différents angles que nous avons classés en quatre catégories. L'apparition de ce thème nous a paru particulièrement importante de par la mise en lumière de l'impact du contexte de travail sur les réactions contre-transférentielles.

Bien que différenciées les unes des autres, il nous a paru significatif de souligner les interrelations entre les différentes catégories, notamment quand le contexte et le cadre de travail favorisent les capacités d'élaboration des thérapeutes ou, au contraire, contribuent à l'abrasion de leur espace psychique.

5.2.1. Les thérapeutes en contexte d'expatriation et en terrains sinistrés

Nous avons opté pour une distinction entre le contexte d'expatriation et le contexte de terrain sinistré. Parmi les thérapeutes travaillant en situations de crise, il y a ceux/celles qui sont expatrié(e)s et ceux/celles qui sont nationaux, dans leur contexte de travail, notamment les libanais au Liban.

a. Le cadre

Le travail en situation de crise est souvent régi par la dimension d'urgence. Qu'il s'agisse de contextes de guerre, de catastrophes naturelles ou d'épidémies majeures, les thérapeutes sont sollicités pour intervenir dans des cadres « dénaturés » au regard de leur cadre de travail habituel. Les changements du cadre « classique » d'intervention s'opèrent à différents niveaux : le lieu de consultations qui se déroulent souvent dans des environnements improvisés et/ou « étrangers » aux thérapeutes. Ces lieux ne constituent pas toujours des lieux « neutres ». Prenons à ce sujet les propos de T.3 qui a réalisé que son lieu de consultation a été un lieu de torture.

Ils avaient tous été amenés dans le lieu où on travaillait, ça c'était extrêmement particulier, et j'ai découvert en fait, au moment où elle me racontait ça que le lieu où on travaillait avait en fait été un lieu de torture. D'autres cadres de travail apparaissent dans les entretiens et interagissent dans le vécu contre-transférentiel des thérapeutes tel que travailler dans la maison d'une patiente ; accueillir le patient dans une salle séparée délimitée par un rideau laissant les thérapeutes dans un souci par rapport à la confidentialité de la séance ; conduire une séance dans un camp de

réfugiés où il y a un lourd passif politique avec la communauté d'appartenance des thérapeutes (exemple Liban) et des risques d'enclenchement de conflits armés. Ces différentes formes de cadre semblent affaiblir la fonction garante du cadre du thérapeute pouvant être, lui-même, pris de court par les intrusions de la réalité.

b. Le méta-cadre

Le second élément déstabilisant relève du méta-cadre : le contexte sécuritaire. Il participe de la précarisation de la fonction garante du cadre que portent les thérapeutes. T.1 a mentionné la difficulté qu'il a rencontrée dans certains suivis, où, contraint à respecter le couvre-feu, il se retrouvait obligé d'enchaîner les séances pour voir les patients, dont certains venaient de très loin. Deux thérapeutes ont évoqué la méfiance des patients quant au dévoilement de leurs récits suspectant les thérapeutes de travailler comme espions. Les deux thérapeutes affirment que ces projections se basent sur des éléments de la réalité, étant donné que plusieurs membres de la communauté bénéficiant des services de soin psychologique, ont déjà été victimes de dénonciations, par (par ou pour ?) espionnage.

Prenons les exemples des terrains évoqués par les thérapeutes : Haïti après le tremblement de terre, Aceh après le tsunami, Le Liban pendant la guerre.

En Haïti et à Aceh, les acteurs humanitaires étaient intervenus directement auprès des populations en l'absence de toute régulation possible des gouvernements de ces pays, étant eux-mêmes en défaillance et en proie à des conflits internes (élections et historique de négligence des services publics en Haïti ; guerre entre armée et GAM¹⁸ à Aceh antérieurs et postérieurs au tsunami). La défaillance étatique laisse les acteurs humanitaires et la population dans un rapport direct, sans tiers régulateur.

En ce qui concerne le Liban, les deux guerres évoquées par les thérapeutes interviewés se déroulaient sur un mode de clivage, au sein du pays. L'invasion israélienne de juillet 2006 ciblait une partie de la population, la guerre de l'armée libanaise contre la cellule terroriste de Fath El Islam ciblait un camp spécifique de réfugiés palestiniens. Au cours de la première guerre, les tensions politiques nourrissaient les sentiments de méfiance et de persécution entre les communautés. Au

¹⁸ Gerakan Aceh Merdeka – Le Mouvement de Libération d'Aceh : mouvement séparatiste de la région indonésienne d'Aceh à Sumatra

cours de la deuxième guerre, comme nous l'avons précisé précédemment, l'armée libanaise attaquait indistinctement le camp. Elle représentait ainsi l'agresseur pour les Palestiniens du camp, pris entre deux feux. Les consultants intervenant dans l'une et l'autre situation renvoyaient chacun à son appartenance communautaire.

Par ailleurs, les thérapeutes sont exposés à des « choses » ou des objets relevant de la réalité de l'événement traumatique des patients. T.3, comme précisé plus haut, évoque le fait de travailler sur les lieux antérieurement investis par les bourreaux pour la torture ; T.8 évoque les débris mélangés aux lambeaux humains ; T.10 et T.14 ont choisi des situations de guerre où ils vivent et témoignent des bombardements ; T.11 parle d'immersion dans les récits des patients en vivant dans un camp de réfugiés ; T.19 évoque l'exposition à des terrains de conflits.

L'interaction entre le méta-cadre, le contexte et la relation thérapeutique émergent aussi dans les entretiens de thérapeutes travaillant dans des contextes plus stables, notamment en Europe. Cependant, les enjeux sont différents.

5.2.2. Les thérapeutes en contexte de stabilité

La clinique du trauma abordée en contexte de stabilité permet d'apercevoir un autre aspect des interrelations entre méta-cadre, cadre et relation thérapeutique. Le terrain de travail des thérapeutes en contexte stable est l'Europe - essentiellement la France - et le Liban en période de paix. Les éléments du méta-cadre relèvent principalement des enjeux sociopolitiques de la France vis-à-vis des migrants, de l'institutionnel, et de représentations culturelles groupales et individuelles. Nous reviendrons sur ce dernier point dans une partie spécifique ultérieurement.

a. Le cadre

La question du cadre en lien avec la clinique du trauma et les enjeux transféro-contre-transférentiels en contexte de stabilité relève du fonctionnement institutionnel, des moyens que l'institution met à disposition des thérapeutes en terme de supervision, de charge horaire, de temps d'échange et d'élaboration entre pairs. Les jeunes thérapeutes en institution ont soulevé la nécessité de se préparer à la clinique du trauma, d'accéder à la supervision, ainsi qu'à un temps d'échange en équipe. Ces espaces/temps sont identifiés comme moyens de se protéger de l'impact de la clinique

dans le trauma à travers l'élaboration, le partage des vécus contre-transférentiels et le soutien des pairs. Une thérapeute senior et responsable d'une unité de trauma a insisté sur l'importance de mettre en place un dispositif adéquat pour l'accompagnement des jeunes stagiaires et psychologues.

b. Le méta-cadre

Le méta-cadre en contexte de stabilité relève principalement de la politique et de la culture institutionnelle ainsi que de la politique de l'Etat et des représentations collectives à l'égard des patients et des thérapeutes venant d'origines culturelles ou communautaires différentes. Nous pouvons nous appuyer sur les exemples des institutions travaillant auprès de migrants en France. Deux participants ont fait allusion à l'interférence du méta-cadre dans les mouvements transférentiels des patients. Le discours politique ambiant, la trajectoire difficile des patients dans le pays d'accueil sont véhiculés dans le transfert et assignent les thérapeutes à la place des instances d'Etat, en charge de la situation des migrants. Au niveau du contre-transfert, nous avons pu identifier des ressentis de colère, de rage, d'injustice à l'égard de la réalité politique et sociale de leur pays d'affiliation, n'offrant pas l'aide nécessaire aux besoins de leurs patients. Ces ressentis traversent les thérapeutes mais ne semblent pas entraver le processus d'élaboration du contre-transfert.

Par ailleurs, la rencontre avec des patients venant de cultures différentes et de réalités de vies différentes a amené les thérapeutes à s'informer sur des contextes sociopolitiques et culturels. Ce travail personnel a contribué au dénouement de certains moments difficiles face à la complexité du travail clinique.

Le cadre du travail ainsi que le méta-cadre impactent sensiblement le cadre interne des thérapeutes et leur disponibilité psychique. En mission humanitaire et sur les terrains sinistrés, la fonction transitionnelle du cadre opérant à la restauration des frontières entre intérieur et extérieur est, dans certaines situations, ébranlée. L'appareil psychique à penser des thérapeutes est phagocyté par l'intrusion des objets de la réalité externe. Dans un cadre « classique », les thérapeutes ont accès au monde interne de leurs patients et ce qui s'en dégage de traumatique. Les thérapeutes sont amenés à recevoir, métaboliser, penser et transformer ces éléments venant de leurs

patients. Ce qui est engagé en eux est également leur monde interne ainsi que le monde intermédiaire, celui d'un espace entre-deux qui se crée dans la relation thérapeutique. Ce processus est possible grâce au cadre et est régi par ses règles participant du processus de symbolisation (Roussillon 1993). A son tour, ce cadre est possible à instaurer et à respecter grâce au méta-cadre : l'institution, la théorie mais aussi le contexte général, autrement dit l'Etat et ses lois qui régissent le méta-cadre.

Dans les contextes humanitaires et sur les terrains sinistrés, le méta-cadre est en crise. Le chaos ambiant tord la frontière entre le dedans et le dehors, et bouleverse les places et les fonctions habituelles.

Ainsi, les thérapeutes baignent dans des paysages portant d'une façon ou d'une autre les stigmates des événements traumatiques. Ces stigmates auraient pu devenir un support pour les fantasmes des thérapeutes. Néanmoins, associés aux récits des patients, ces objets du méta-cadre se revêtent de réel effractant, tel que peuvent en témoigner les scénarii émergents de certains.

S'ajoute à cela le contexte d'urgence et d'instabilité qui atrophie les capacités d'élaboration des thérapeutes, tels que certains ont pu l'exprimer. L'accès aux ressources habituelles, tels que l'échange avec les pairs, la supervision, l'analyse, le changement d'environnement à la sortie du travail, s'avérerait limité dans ces contextes. Ainsi, l'effet sidérant des récits traumatiques qui attaque transitoirement l'appareil psychique des thérapeutes nous paraît être amplifié, dans ce type de contextes.

Cet aperçu rapide sur les méta-cadres nous permet de penser aux spécificités de l'implication du contexte dans la relation thérapeutique et les enjeux transféro-contre-transférentiels. Il s'agit bien d'une clinique de trauma dans des situations d'événements traumatiques collectifs impliquant nécessairement cette dimension de méta-cadre. Les projections réciproques entre internationaux et nationaux dans le cas des expatriés, ou entre patients victimes de la guerre et thérapeutes « épargnés », suscitent souvent une large part de méfiance et d'interprétations persécutrices.

Dans un contexte de stabilité, d'autres facteurs contribuent à assurer une bonne disponibilité psychique ou, au contraire, à atrophier cet espace d'élaboration interne.

La « culture institutionnelle » semble participer de la disponibilité psychique et de la malléabilité du cadre ouvrant à une possibilité d'aménagement du cadre et au déploiement de la créativité des thérapeutes.

Les fonctions principales du cadre - dont les thérapeutes se portent garants - sont ainsi mises à l'épreuve par ces facteurs. Ceux-là contribuent à la cohésion, la fonction de protection et de « holding » du cadre. Contrairement aux psychologues en expatriation et sur terrains sinistrés, l'attaque du cadre est délimitée à la relation transféro-contre-transférentielle dans l'espace thérapeutique. Elle relève aussi de l'attaque de la capacité de pensée des thérapeutes.

Cependant, un élément important du méta-cadre - que nous retrouvons d'ailleurs chez les thérapeutes travaillant en terrains sinistrés également - affecte significativement les thérapeutes dans leur vécu contre-transférentiel, le rapport à un modèle théorique et à un idéal de moi professionnel. Nous avons choisi d'accorder une sous-partie de la discussion à cette question qui nous a semblé importante à soulever.

Notre étude nous permet d'affiner l'interrelation entre le contexte de travail et l'impact de la clinique du trauma sur le contre-transfert. Elle nous permet d'ébaucher une réponse à la question soulevée dans l'étude critique de Sabin-Farell et Turpin (2003) : les recherches portant sur le contexte de travail dans la clinique de trauma confondent traumatisme vicariant et burnout. Le contexte de travail contribue largement à l'expérience professionnelle des thérapeutes dans la clinique en général, et est fortement impliqué dans le « burnout » contribuant au traumatisme vicariant : au niveau du vécu contre-transférentiel ainsi qu'au niveau des répercussions de la clinique du trauma sur leur bien-être personnel et surtout sur leur capacité de transformation des « particules traumatiques » qu'ils sont amenés à porter. Toutefois, être témoin du contexte traumatogène fait intrusion dans la capacité de rêverie et de transformation des thérapeutes face aux récits des patients traumatisés. Les frontières psychiques entre l'intérieur et l'extérieur sont précarisées par l'exposition aux récits traumatiques et la nature de la relation thérapeutique. Le contexte semble contribuer à la fonction pare-excitation de l'enveloppe psychosomatique, renforçant la nécessité de construire des frontières résistantes à la réalité extérieure, porteuses de bribes du réel.

5.3. Les destins des traversées émotionnelles des thérapeutes dans la négociation contre-transférentielle

Les catégories constitutives du thème « traversées émotionnelles des thérapeutes » sont assez parlantes en elles-mêmes : fascination ; confrontation à l'inhumain ; culpabilité et honte ; résonnance avec l'histoire personnelle ; sentiments existentiels ; sentiments de maturité. L'interaction des ingrédients de cette traversée avec le contexte de travail et l'issue de la relation thérapeutique avec les patients nous paraît déterminante quant à son destin dans le contre-transfert et par conséquent dans son impact à plus long terme sur les thérapeutes.

Ces derniers sont amenés à confronter la fascination devant le récit traumatique, ainsi que les particules traumatiques qui échappent à la rencontre avec les patients traumatisés. Cette confrontation signe une rencontre avec le réel qui ne laisse pas les thérapeutes indemnes et suscite en eux des émotions particulièrement intenses. L'appareil psychique est ainsi sollicité dans la négociation de cette part d'excitation libidinale mobilisant des mécanismes de défense spécifiques à cette rencontre. La mobilisation défensive recouvre tous les moyens à bord dont disposent les thérapeutes, dont leurs bagages théoriques.

5.3.1. Les *apriori* théoriques à l'épreuve de la clinique du trauma

Les thérapeutes vont à la rencontre de la clinique du trauma avec des *apriori* théoriques œuvrant à anticiper quelque peu cette rencontre, mobilisant des défenses éventuellement constructives pour leur capacité de pensée et d'élaboration. « Théoriquement » ou comme le disent certains « idéalement », le thérapeute devrait être dans une écoute neutre et bienveillante comme le précise T.10 : *Je pense que, ça, dans ma pratique, c'était l'essentiel : comment pouvoir dissocier les deux (son vécu intérieur et celui du patient), pour pouvoir avoir une neutralité dans mon travail, pour avoir une écoute bienveillante comme on dit, pour être disponible, disponible à la parole du patient* . A la question s'il faut se laisser affecté par la situation racontée, T.8 dit : *Dans le meilleur des cas non, mais c'est pas une réalité* . Les thérapeutes posent ainsi un idéal du moi prescrit par un surmoi professionnel. L'exploration de leurs réactions quant aux situations

où les thérapeutes peuvent se retrouver submergés par leurs affects en séance, dévoile des représentations caricaturales, tel que nous le notons dans les propos de T.9 : *Se laisser affecter soi-même, en disant : oh la la, et en pleurant avec la personne ? Non. Là non. Je ne pense pas, je ne pense pas que ce soit ça qu'elle est venue trouver et que ça l'aidera vraiment. Alors si c'est une démonstration, non. Se laisser affecter, de toute façon... Non, ça ne va pas aider.* D'autres se représentent un schéma pragmatique pour se préserver, comme T.1 : *Je pense que si t'es déjà protégé ça t'affecte pas, tu arrives, t'as déjà tes barrières et puis t'as tes trucs avec toi qui sont assez solides, tu arrives à faire la part des choses, faire l'empathie avec la patiente, l'aider et puis te nettoyer après et puis t'es bien quoi.* Dans les deux séquences, les thérapeutes suggèrent dans leurs propos, que les réactions contre-transférentielles peuvent être débordantes et polluantes. Ces représentations amènent chacun à la mobilisation d'une stratégie défensive : la première est une mise à distance par la caricature, et l'autre, par une représentation opératoire du fonctionnement du psychothérapeute.

5.3.2. Honte et culpabilité à l'œuvre dans le contre-transfert face au trauma

En approfondissant leurs élaborations sur la question autour de situations précises, les positions théoriques s'estompent, laissant la place à l'expérience clinique telle qu'elle a été vécue. T.10 : *Donc oui, durant ce moment, la limite n'était plus claire. Pour un moment, pour peut-être une minute, j'étais moi-même prise par ce qu'elle disait. C'est comme si j'étais dans la scène, je regardais la scène de l'extérieur. Et vraiment, il y avait de la révolte, il y avait de la rage... C'était de la révolte, de la rage. Elle, elle était triste et moi, j'étais révolté ;* nous retrouvons ce sentiment, d'être dans la scène de l'événement traumatique, chez T.1 également qui, relatant son vécu face à la narration de la situation traumatique du patient, dit : *je voyais toute la scène arriver je voyais tout ça, j'étais là quoi.* Nous observons donc des mouvements contre-transférentiels particulièrement intenses, caractéristiques du contre-transfert dans le trauma qui a été soulevé par dix-huit thérapeutes.

Le choc traumatique et l'effroi produit par le trauma entraînent une menace d'anéantissement de soi mobilisant des mécanismes de protection utilisés immédiatement par la personne. Ces défenses réactualisées dans les récits d'expériences traumatiques induiront, pour une large part, les réactions contre-

transférentielles. Ainsi, c'est à partir de ces défenses mises en place par le patient que va se construire le contre-transfert, soit un contre-transfert spécifique à la rencontre avec le trauma. De par sa dimension transgressive de rencontre éblouissante avec le réel, quelque chose du trauma, véhiculé en infra-verbal dans le récit du patient est déposé dans l'appareil psychique de l'analyste. Or, celui-là, comme l'a élaboré Bion (1962), sert de transformation des éléments Béta : sensations brutes, déliées, impensables, en éléments alpha : éléments métabolisables, représentables. Qu'est-ce qui se passe chez le thérapeute quand, par identification projective, ces sensations non identifiables sont déposées en lui, l'amenant à partager une expérience inédite et transgressive ?

Là (c'est-à-dire face au récit du trauma) il y avait une confusion des sentiments, dans cette situation il y avait une confusion des sentiments, il y avait mes sentiments, enfin les sentiments que le patient me donnait, et puis les sentiments qu'un psy n'a pas à avoir : injustice, envie de....d'arrêter la thérapie, dégoût, envie de vomir, des choses comme ça, bah, le psy ne doit pas l'avoir quoi, mais là je les avais.

Ainsi, il répète à deux reprises qu'un psy n'est pas supposé avoir ces sentiments, nous amenant à penser à la question de la honte vis-à-vis de la communauté des pairs et à la culpabilité au regard de ce qu'impose le surmoi professionnel. Il poursuit :

J'avais le ventre noué, envie de vomir, j'avais le dégoût, j'avais l'horreur et tout ça, je pense que ça c'est vraiment le contre-transfert de l'autre et puis l'envie d'injustice.

Nous témoignons là d'une désorganisation manifeste du discours marquée par deux lapsus : le « contre-transfert de l'autre » et « l'envie d'injustice ». Ces lapsus semblent dénoter une forte résonnance avec deux mécanismes déployés chez les patients traumatisés : le mouvement de dissociation et l'identification à l'agresseur. Ce qui semble se mobiliser chez le thérapeute n'est autre que l'identification concordante à la part victime de la patiente et l'identification complémentaire à l'agresseur incorporé par la patiente. Une deuxième séquence dans l'entretien de T.6 illustre ce mouvement d'identification complémentaire à l'agresseur incorporé.

Et mes collègues m'ont dit : mais tu l'as incorporé, et je pense que je l'ai incorporé.

Ces mouvements contre-transférentiels induisent un vécu de honte chez les thérapeutes vis-à-vis du surmoi professionnel. T.19 exprime son vécu face à une image qui a émergé en elle dans une séance avec une patiente au cours de son stage de formation :

J'ai eu un sentiment de honte, de dégoût de moi-même d'avoir ressenti quelque chose qu'il ne fallait pas ressentir ; j'étais en position de stagiaire en position d'apprentissage, confrontée à quelque chose de bouleversant ; je sais quelque part, de ce que j'ai appris, que ce que je ressens vis-à-vis d'un patient, est bon - dans le sens d'un contre-transfert utile pour le travail avec le patient en général - mais cette intensité-là, à ce point-là, était dérangeante ; dans un groupe de supervision j'en parlerai d'une façon secondarisée en terme de déshumanisation. Je n'aurais pas pu l'exprimer comme tel. Je suis dans une image d'agresseur là où je suis supposée être accueillante, je vois la patiente en agresseur comme le minotaure est agressif, il dévore.

T.1, avait également fait référence à un *quelque chose d'archaïque* qui a été réveillé en lui dans la situation qu'il a raconté.

5.3.3. Les différents temps de la traversée émotionnelle dans le contre-transfert

L'analyse des récits des participants permet l'identification de quatre temps de la traversée émotionnelle dans le contre-transfert :

a. Un sentiment de déception existentielle et des moments d'horreur face à ses propres productions psychiques, tel que le dit T.11 :

Si je peux l'imaginer alors je peux imaginer moi aussi des tortures. (...) J'ai l'impression que ça me contamine, voilà. C'est l'impression de contagion avec la honte qui va avec.

b. Une transformation du regard au monde et la révélation du possible danger de l'autre, humain capable de perdre son humanité. Quelques-uns ont verbalisé ce

sentiment de méfiance à l'égard de l'humanité : si cela arrive à l'autre, innocent, ça peut m'arriver aussi.

c. La rationalisation de ces émergences en termes théoriques tels que la jouissance, la fascination. Ces rationalisations facilitent l'intégration de ces confrontations dans une théorisation ouvrant à la prise de distance, la mentalisation et la transformation.

d. Un sentiment d'élargissement de soi, d'ouverture à d'autres réalités et d'une expérience de décentrage constructif. Certains thérapeutes ont pu constater ce passage maturatif dans leurs expériences auprès des patients traumatisés. Ce processus relève d'un cheminement interne, qu'impose cette traversée émotionnelle turbulente dans la clinique du trauma. La relation thérapeutique avec les patients traumatisés est également traversée par des moments d'admiration, de surprise et de joie avec l'avancement des patients, leurs capacités à retrouver des ressources et survivre, *rester debout*, comme certains ont pu dire.

L'analyse longitudinale d'une partie des entretiens nous a permis de suivre le travail de négociation psychique dans le processus contre-transférentiel. Les thérapeutes passent par ces différents temps d'une manière mouvante et non pas statique. La destinée de la traversée émotionnelle et de la négociation contre-transférentielle est largement influencée par le contexte de travail et les ressources à disposition des thérapeutes. Parmi eux, plusieurs ont pointé l'importance de l'analyse personnelle ou du travail sur soi.

5.3.4. Histoire personnelle de trauma chez les thérapeutes : obstacle ou levier dans la relation thérapeutique ?

L'histoire personnelle de trauma ou de transmission de trauma chez les thérapeutes apparaît dans les résultats comme étant moins significative que les résonnances avec l'histoire personnelle tout court. Neufs thérapeutes ont fait le lien entre leurs choix professionnels et leurs trajectoires de vies personnelles et transgénérationnelles. Cinq parmi eux ont fait référence à leurs expériences de trauma personnel ou familial, et les autres ont fait le lien entre leurs moments de

vie et les réactions contre-transférentielles qu'ils ont pu avoir à un moment donné.

Tous les participants ont insisté sur l'importance d'un travail thérapeutique personnel, en cas d'expérience traumatique, afin d'éviter des tensions empathiques avec les patients. Un trop d'identification ou un trop de résurgences traumatiques chez les thérapeutes risquerait de miner le travail thérapeutique en cours avec les patients. T.11 a même dit qu'elle a pu, au début de sa carrière, se sentir illégitime à exercer en tant que psychologue, ayant eu à gérer dans sa vie les répercussions d'une expérience traumatique d'un de ses parents.

Toutefois, ce que nous avons observé dans les propos des thérapeutes concernés ne relevait pas d'une entrave à leur exercice. Ceux qui ont connu des expériences traumatiques personnelles ont été amenés à faire un parcours analytique thérapeutique et un travail de réflexion, d'introspection et de questionnements considérables. T.8 a évoqué une première expérience professionnelle où il lui a été difficile de travailler avec une patiente qui le renvoyait à sa propre problématique à un moment précis de son parcours personnel. T.33, de son côté, a fait référence à une période difficile dans sa vie où il a senti la nécessité de protéger ses patients de son état. T.24, thérapeute sans expérience traumatique majeure, a pu évoquer aussi qu'au cours de sa grossesse, il lui a été *insupportable* d'accompagner des patients avec une problématique d'infanticide.

Dans la partie qui adresse les conceptions théoriques autour du trauma et du contre-transfert, les thérapeutes mettent en avant l'importance d'un travail sur soi comme condition favorisant la contenance et l'élaboration des mouvements contre-transférentiels. De plus, la projection des aspects surmoïques sur le patient exige une satisfaction narcissique qui s'exprime, entre autres, par la possibilité des thérapeutes à correspondre à leur idéal de réussite thérapeutique. Le sentiment de réussite est en relation avec les figures représentatives de l'autorité professionnelle, l'école théorique d'affiliation (De Urtubey 1999). L'exposition à la clinique du trauma mobilise un double mouvement conflictuel : une tendance à se retrancher derrière, ce que nous appellerons les *croyances théoriques* en même

temps qu'une tendance à les invalider, de par la mobilisation d'objets internes en deçà de la capacité de secondarisation par la théorisation.

En s'appuyant sur les élaborations de De Urtubey (1999) et Searles (1966), nous avançons que les thérapeutes face aux récits d'événements traumatiques, se retrouvent confrontés aux parties les plus archaïques de l'inconscient, où siège le savoir sur les désirs interdits. Cette rencontre transgressive active ainsi une culpabilité, un sentiment de honte et d'inhibition complexifiant le travail d'auto-analyse et par conséquent le dénouement des réactions contre-transférentielles. Ainsi, les thérapeutes tentent de se réfugier derrière une neutralité *arrachée contre la pulsion*, se défendant du risque du déploiement de pulsions sadiques auprès des patients.

Le trauma semble raviver quelque chose en deçà du refoulement originaire, d'une ère qui reconnaît la cruauté, et qui serait à l'origine de cette honte et de cette peur de désinscription de la communauté des pairs. Les thérapeutes sont ainsi pris dans une honte ontologique quand ils sont confrontés à une figuration possible de ce qui relève de l'inhumain.

Cette confrontation constitue la première étape du mouvement contre-transférentiel : activation d'un sentiment de déception existentielle et des moments d'horreur face à ses propres productions psychiques.

Cette réflexion nous amène à penser à l'élaboration de Bergeret (2004) dans son article *Le point aveugle du contre-transfert* où il propose une piste peu explorée encore, mais dont notre étude peut se saisir. Il situe le point aveugle contre-transférentiel dans un évitement *d'avoir à entrer dans des zones interactionnelles prénatales assez obscures risquant de réveiller des souvenirs personnels d'une violence primitive mal interprétée* (p.41).

Cette étape est suivie d'une phase de transformation du regard au monde et la révélation du possible danger de l'autre, humain capable de perdre son humanité. Ce sentiment d'horreur est ainsi projeté à l'extérieur – l'autre, et vécu dans un passage « dépressif ».

S'en suit la rationalisation de ces émergences par le recours aux appuis théoriques permettant la mise à distance et l'élaboration.

Ce passage aboutit au sentiment d'élargissement de soi et de maturité personnelle et professionnelle.

Par ailleurs, d'autres difficultés contre-transférentielles rencontrées semblent être en lien avec les moments de vie et l'histoire de vie des thérapeutes, la résurgence de noyaux non résolus dans leur analyse personnelle. Nos résultats vont, par conséquent, à l'encontre de ceux de Pearlman et Saakvitne (1996) considérant l'expérience personnelle de trauma comme un facteur de vulnérabilité.

Les résonnances entre les récits des patients et la vie personnelle des thérapeutes sont identifiés par ces derniers et soumises à un travail d'analyse du contre-transfert. Ces résonnances semblent jouer comme leviers dans les relations thérapeutiques, favorisant l'empathie, l'identification ou alertant les thérapeutes sur des éléments relevant de la relation transféro-contre-transférentielle. Elles peuvent également contribuer au sentiment de maturité et d'élargissement de soi, chez les thérapeutes.

5.4. Scénario émergent, « voie royale » vers l'exploration des points

aveugles dans le contre-transfert ?

Réponse spontanée au récit traumatique du patient (Lachal 2006), le scénario émergent est constitué à partir des représentations mentales qui s'imposent au thérapeute lors de l'écoute du récit traumatique. Ils constituent néanmoins le résultat d'une activité mentale de celui-ci. Le récit du patient pourrait raviver des vécus personnels, chez le thérapeute, qui s'immisceraient dans les représentations sollicitées par le récit du patient. Comme l'indiquent les résultats des analyses longitudinales et transversales, scénario émergent et réactions contre-transférentielles sont intimement liés.

Nous avons identifié quatre catégories de scénarii émergents : le scénario émergent en concordance focale avec le récit du patient, focalisant sur un instant précis ; le scénario émergent en écart avec le récit du patient ; le scénario émergent évitant ; le blanc mental ou l'absence de scénario émergent.

Nous approfondissons ci-dessous les particularités de chaque catégorie de scénarii émergents en nous appuyant sur un exemple resitué dans le contexte de l'entretien.

5.4.1. Scénario émergent en concordance focale

Le scénario en concordance focale adhère fidèlement au récit du patient, et plus particulièrement à un point particulier du récit. Nous avons vu dans l'analyse longitudinale le scénario émergent de T.1 qui se focalisait sur le point culminant du récit de la patiente.

Explorons un autre scénario en concordance focale, celui de T.22 :

Donc elle a décrit un peu la scène de façon très détaillée, très authentique comme si elle était dans la scène donc... comme si elle nous demandait qu'est-ce qu'il fallait faire quoi, comme si nous on était là aussi un peu avec elle et... aidez-moi quoi, comme si elle était à l'instant présent et elle était dans cette panique avec ses enfants où elle s'est réfugiée devant la fenêtre, c'était le seul

endroit où le feu n'arrivait pas encore (...). Et elle s'éloignait, elle arrivait un petit peu donc elle essayait de marcher contre ce mur du 6^{ème} étage dans quelque chose de très réduit avec un enfant sur le dos. Mais l'enfant commençait à être lourd sur son dos, elle a failli tomber.

L'émergence d'images accompagne le récit de la patiente comme dans une transmission directe. Le thérapeute décrit les mouvements de la patiente, son état de panique, en s'intégrant dans la scène comme pour sortir cette dernière de la solitude absolue devant la situation. La description accompagne la patiente dans chacun de ses pas, jusqu'à la sensation du poids de l'enfant sur son dos. Ce même thérapeute avait décrit une sensation d'étouffement et de suffocation, à l'écoute du récit, avec un besoin de se lever et d'ouvrir la porte durant le temps de la consultation. Cette situation témoigne de la dimension de transmission dans le récit du trauma qui projette, par moment, le thérapeute *in situ*. L'écart dans la réalité de l'espace/temps des deux moments, le moment de l'incendie et le moment de la consultation, est court-circuité par l'intensité de ce qui se dégage du récit, glissant le thérapeute dans une empathie fusionnelle.

5.4.2. Scénario émergent en écart

a. Déplacement sur le contexte général

T.4 a choisi une situation rencontrée au cours d'une mission humanitaire en réponse à une catastrophe naturelle, le tsunami de 2004. Elle relate ainsi son scénario émergent :

J'ai construit moi-même mon tsunami, c'est-à-dire que j'avais tout à fait un scénario dans ma tête de cette vague qui est arrivée, les trois vagues successives, la couleur, c'était une vague qui était décrite comme étant noire. Le bruit, ça faisait un bruit de camion et je finissais par presque penser que je l'avais vécu, tellement j'avais entendu de récits traumatiques et donc je pouvais le dessiner, j'aurais pu la dessiner cette vague.

Dans ce scénario émergent, nous retrouvons exclusivement la sensorialité dans le mouvement, la couleur et le bruit. La patiente évoquée par la thérapeute pour la situation choisie est totalement absente du scénario. Le vécu subjectif s'est effacé sous l'effet de fascination par l'événement traumatique, relaté par plusieurs patients que la thérapeute a rencontrés. Revenons à la situation relatée par cette participante et au rêve qu'elle nous raconte.

D'abord la situation :

C'est une jeune mère, qui a été prise dans la vague du tsunami. Elle était enceinte et elle avait avec elle un autre enfant de deux ans et demi, qu'elle avait dans ses bras. Elle a été plutôt prise dans la vague et elle a lâché son enfant de deux ans et demi, qui a disparu dans le tsunami.

Un récit bref véhicule une image d'une terrible violence, qui superpose plusieurs niveaux. Nous sommes face à une double frayeur : celle de l'enfant ainsi que celle de la mère. Il est très difficile de supporter la charge émotionnelle d'une telle scène. Il est certes très difficile de pouvoir se poser la question : qu'est-ce que cet enfant a pu vivre à cet instant-là ? Qu'est-ce que la mère a pu vivre à cet instant-là ? Un autre niveau, fortement transgressif également, est présenté dans ce récit, celui de la mère qui *lâche son enfant de deux ans et demi, qui disparaît dans la vague*. Le verbe « lâcher » comporte une dimension active qui nous projette devant un fantasme infanticide perturbant et qui rentre en collision avec la fonction maternelle protectrice. Pourquoi l'utilisation de ce verbe ? Pouvons-nous penser qu'il s'agit, contre-transférentiellement, d'un temps d'identification concordante avec la culpabilité de la patiente qui se sentirait responsable de la perte de son enfant ?

Le rêve que la thérapeute rapporte témoigne de l'intensité du débordement pulsionnel :

J'ai fait des rêves dans la semaine qui a suivi et je me rappelle d'un rêve où ma maison en France était complètement envahie par les eaux.

Notons que la thérapeute ne lie pas ce rêve au récit de cette patiente en particulier, mais aux différents récits qu'elle a pu entendre à cette époque.

b. Déplacement sur le cadre de l'événement traumatique

T.34 est psychothérapeute travaillant au Liban. Elle a choisi une situation clinique se rapportant à un patient qui, enfant, a été violé répétitivement par l'ami de son frère.

Euh, pendant que le patient raconte cet événement traumatique, je peux imaginer un peu la maison de la grand-mère, sans beaucoup de détails, c'est plutôt des images visuelles. C'est pas des images sonores, c'est plutôt visuel, un peu comme un cadre à cet événement traumatique, un cadre géographique et surtout, c'est surtout un peu la lumière, donc l'obscurité, la lumière un peu de ce cadre. Les personnages ne sont pas... Je sais peut-être, peut-être que je pourrais imaginer aussi l'aspect de ce garçon qui a violé le patient. Je sais pas pourquoi aussi, le balcon de la grand-mère. Voilà.

Nous observons dans ce scénario un déplacement sur le décor de l'événement traumatique. Les éléments sensoriels prévalent, avec une emphase sur le visuel. T.34 indique l'absence de son patient. La grand-mère est figurée par le balcon. L'événement en lui-même en est scotomisé. L'agresseur pourrait y figurer. L'absence totale d'un quatrième personnage pourtant présent dans le récit (ci-dessous), est le frère. Le plan scénique qu'évoque le scénario émergent pourrait être pris autant d'un angle extérieur que d'un angle intérieur. Vu de ces deux angles, le spectateur peut s'apercevoir de la maison, du balcon, et du contraste entre lumière et obscurité.

Dans une perspective lacanienne, l'emphase sur le visuel nous interpelle sur la mobilisation de la pulsion scopique. Le déplacement sur le cadre semble figurer, dans le scénario, l'écran désignant tout, en cachant le trauma.

Revenons au récit de la situation :

Je pense à un patient qui a été violé par l'ami de son grand frère. Il devait avoir 8 ans et l'ami de son frère 16 ans ou 17 ans. Ce qu'il raconte en fait, il dit qu'ils étaient... dans la maison de la grand-mère, de sa grand-mère, ils étaient en train de jouer et puis son frère a quitté la maison, il est sorti et il est resté avec l'ami de son frère. Et il a été violé. Ça s'est passé, d'après ce qu'il raconte, plusieurs fois, plusieurs fois au cours de quelques mois. Je n'ai pas plus de détails que ça.

T.34 précise l'absence de plus de détails. L'articulation de la restitution du récit de l'événement traumatique terminé par cette formulation et du scénario émergent, met en exergue l'activité de la pulsion scopique, en négatif. Le visuel prédomine, les détails manquent, l'affectif est gelé, absent. La thérapeute dans son scénario émergent serait-elle au cœur de la sidération du patient et de sa pensée figée ? Le scénario émergent semble avoir une spécificité quand il invoque des scènes de viol ou de torture, tel que nous pouvons le percevoir dans la catégorie de scénario émergent évitant.

c. Contournement de l'événement traumatique

Dans ce type d'écart, nous observons une description de scènes autour de la spécificité de l'événement traumatique. Revenons à l'exemple déjà évoqué dans la partie résultats :

T.28 Elle me racontait la scène avant dans la chambre, elle a eu sommeil, s'est endormie. Elle m'a dit que dans son sommeil elle a entendu un bruit. Elle était enceinte de huit mois. Elle prenait des médicaments qui la faisaient dormir. J'ai imaginé les dernières images que la mère pouvait avoir, les images de la mère qu'elle avait de sa fille. Je ne me suis pas bien sentie après l'entretien. Pendant l'entretien, c'est difficile quand tu imagines. Surtout avec l'image de cette petite fille rigolante, dégourdie et tout. C'est un peu pour m'échapper maintenant que j'y pense.

Dans cette séquence, le scénario émergent dévoile un déplacement chronologique et spatial : la thérapeute imagine la mère et la fille avant l'événement traumatique. La violence de ce que la mère a pu voir a été scotomisée. T.28 imagine la mère endormie dans sa chambre puis la fillette encore vivante. Le phénomène observé indique une annulation de l'événement, la fille restant vivante dans l'imagination de la thérapeute. Toutefois, elle garde en elle un sentiment de mal-être après la séance. L'affect est dissocié de sa représentation. T.28, dans son imagination, recrée l'objet perdu de la mère, et par conséquent le maintien présent. Nous pouvons penser que ce moment du contre-transfert constitue un double mouvement de concordance avec le déni de la

mère, et d'enaction chez la thérapeute. Cette dernière exprime, par son scénario, une lutte contre l'impuissance face à cette perte terrifiante.

5.4.3. Scénario émergent évitant

Cette catégorie émerge à partir de scénarii furtifs, inhibés, ou manifestant nettement une gêne chez les thérapeutes à les énoncer. Prenons l'exemple de T.12 qui illustre clairement ce type de scénarii :

De la voir par exemple, voilà une mise en scène un peu corporelle du viol. Alors des images qu'on essaie un peu de chasser pour retourner dans le discours et dans le moment présent de ce qu'elle dit, mais avec...alors pas vraiment des images et des sons, mais plus une représentation imagée, en mouvement, comme on verrait une vidéo, quelque chose de...mais très bref. Très bref. (...) Ces images-là qui figent déjà, qui empêchent de penser à autre chose et qui...ça provoque du dégoût. Oui, qui dégoûte et qui révolse un peu. (...) Un début de scène sans vraiment la scène en elle-même.

Dans ce récit, la prégnance de l'activation de la pulsion scopique fige et paralyse l'élaboration de la thérapeute. Celle-ci énonce en plus la dimension de dégoût et de révolusion ressentis. Cela rejoint le récit de T.11 qui parle de honte face à ces émergences, comme si elle intégrait en elle l'acte de cruauté infligé à la patiente. Il y aurait certainement un facteur important qui rentre en jeu, la dimension sociale qu'implique la situation de l'entretien : les thérapeutes-participants relatent leurs récits de scénarii émergents à des thérapeutes-chercheurs. Il y a ainsi le regard de l'autre inscrivant le discours dans sa fonction symbolique et sociale, suscitant inhibition et honte.

Face au récit de l'événement traumatique, la fascination qui prend les thérapeutes au dépourvu, sans anticipation, semble entrer en résonnance avec l'expérience traumatique des patients. La difficulté d'en parler, le renvoie à *la part inhumaine* tel qu'a pu le formuler T.11, induit un sentiment – même passager - de désinscription de sa fonction de thérapeute.

5.4.4. Absence de scénario émergent

L'absence de scénario émergent est apparue dans trois entretiens : T.14, T.21 et T.25. Pour T.21 nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments pour approfondir l'absence de scénario. Nous soulevons simplement que les propos du thérapeute révèle une sorte d'intrigue. Il s'agit d'une mère qui a appris l'assassinat de son fils sur son chemin vers la maison, suite à son invitation insistante. T.21 relie l'absence de scénario au fait qu'il est question d'un récit indirect, la mère n'étant pas sur le lieu de l'assassinat. Toutefois, la patiente en question est la mère, et l'événement traumatique est la perte brutale de son fils. N'ayant pas accès à la description de l'événement qu'est l'assassinat, le thérapeute s'est retrouvé dans une difficulté de représentation. Serait-ce une concordance avec l'impossibilité de la mère à se représenter l'assassinat de son fils ?

Dans le cas de T.14, l'absence de scénario émergent peut être mise en lien avec la spécificité du contexte de son intervention. Celle-ci ne correspond pas au cadre d'intervention habituelle, dans le sens où les événements s'enchaînaient en présence du thérapeute qui témoignait de l'immédiateté des réactions des membres restant de la famille. La mère a dû être informée par le thérapeute de la mort de ses enfants et des autres membres de la famille. La réaction est immédiate. T.14 affirme être dans l'impossibilité d'une représentation quelconque, l'immensité du trauma s'étant complètement emparée de son corps, lui infligeant un sentiment de perte physique qui a duré plusieurs jours. L'échec de représentation a cédé la place à l'inscription sensorielle dans le corps.

Nous retrouvons ce schéma également chez T.25 qui, devant la réviviscence chez la patiente, il lui a été impossible d'accéder à une figuration de l'événement traumatique.

Il serait intéressant de noter que les situations où il y a eu des scénarii en écart par déplacement sur le contexte général omettant le vécu subjectif de la patiente, et par contournement de l'événement et celles où il y a eu absence de scénarii, portent sur des mères ayant perdu leurs enfants.

De plus, les situations où il y a eu des scénarii en écart par déplacement au cadre ou des scénarii évitant concernent des situations de viols et de tortures.

Dans le premier cas, la perte semble irréprésentable. Dans le deuxième cas, la possibilité de représentation semble source de honte pour les thérapeutes.

5.5. Indices de transmission traumatique mettant à l'épreuve l'espace thérapeutique

L'exploration des discours des thérapeutes sur leurs expériences auprès des patients traumatisés révèle la présence d'indices de transmission traumatique. Nous avons choisi cette formulation parce qu'elle nous paraît la mieux appropriée pour décrire la traversée des thérapeutes auprès de leurs patients traumatisés. De plus, à travers cette formulation, nous cherchons à faire la distinction avec le traumatisme vicariant. Ce dont il est question dans nos analyses est la révélation des indices de transmission traumatique et non pas une installation d'un syndrome post-traumatique secondaire. Ce qui nous permet de faire cette distinction est la nature passagère de ces indices et leur dénouement à un moment donné, dans la trajectoire des thérapeutes.

Nous commençons par préciser les manifestations de cette transmission du trauma : l'attaque du corps ; la sidération de la pensée ; le sentiment de honte et de culpabilité ; la précarisation de l'identité professionnelle ; le sentiment de décalage avec les autres ; le sentiment de changement de rapport au monde ; le sentiment de désinscription de la communauté des pairs. Une chose commune que nous retrouvons dans les différents entretiens est que le thérapeute n'est pas dans une disposition de neutralité après son « exposition » au récit traumatique et dans certains contextes, où cette exposition est prolongée et intense, il n'en sort pas indemne. T.9 explique :

À la longue, ça s'inscrit quand même en nous. (...) Il suffit d'une image, il suffit d'entendre une voix ou quelque chose et tout d'un coup, ou de voir même un paysage et tiens, on se rappelle ça. (...) On est beaucoup plus sensible à ce qui se passe dans le monde, autour de nous.

Cette plus grande sensibilité est également rapportée par T.8 qui décrit un sentiment de décalage avec les autres après le retour de mission :

Mais j'ai l'impression (...) que les personnes autour de moi n'étaient pas dans la réalité. (...) Donc, non seulement complètement en décalage avec les gens

dans la salle et vraiment, je me suis sentie presque... un peu traumatisée par ça.

Ayant croisé le réel par « procuration », les thérapeutes font d'une certaine façon l'expérience de la désinscription de la communauté qui, comme le précise T.9 :

(...) De toute façon, ne croient pas et mettent en doute ce qu'on peut raconter, ce qui peut se passer ailleurs.

T.1, T.11 et T.19 ont exprimé, de leur côté, un sentiment de honte face à ce qu'ils ont pu traverser émotionnellement et contre-transférentiellement avec leurs patients, et qui leur a donné l'impression de ne pas être à la hauteur de leur fonction ainsi que dans la difficulté d'en faire part à leurs collègues.

Nos résultats montrent la présence d'indices de transmission traumatique identifiés chez nos participants. Ces indices semblent être transitoires et souvent transformables en une meilleure connaissance de la clinique du trauma et une meilleure compréhension des patients. Cette nuance complexifie les résultats des recherches autour du traumatisme vicariant et du stress traumatique secondaire.

Dans la littérature anglo-saxonne sur l'impact de la clinique du trauma chez les thérapeutes, les résultats peuvent se contredire d'une part, et de l'autre, semblent présenter des défaillances quant à l'évidence de traumatisme vicariant ou de stress traumatique secondaire (Sabin-Farell & Turpin 2003). Ces défaillances nécessitent des investigations plus affinées. Nos résultats contribuent à la complexification et la précision dans la compréhension de ce phénomène.

Deux études de références dans le domaine du traumatisme vicariant sont celle de Schauben & Frazier (1995) et celle de Pearlman & MacIan (1995).

La première étude indique une corrélation significative entre la fréquence de situations de survivants de violences sexuelles parmi la patientèle d'un thérapeute et les symptômes de PTSD, de traumatisme vicariant auto-évalué, et disruption dans les croyances. Bien que les résultats soient significatifs, les corrélations sont faibles et les outils de mesure ne sont pas standardisés (Sabin-Farell & Turpin). Ainsi, les résultats de cette étude sur les effets du travail auprès des survivants de violences sexuelles sont peu conclusives.

La deuxième étude, celle de Pearlman & MacIan (1995), explore les effets de la clinique du trauma auprès de thérapeutes qui se sont portés volontaires pour la

recherche. Celle-ci montre une corrélation négative suggérant qu'un plus grand nombre de survivants de trauma parmi la patientèle est lié à moins de disruption dans les croyances chez les thérapeutes. Cette étude montre également une différence entre les thérapeutes ayant une histoire personnelle de trauma et ceux qui n'en ont pas. Cependant, l'étude qualitative de Benatar (2000) n'a pas conclu de différences significatives entre les thérapeutes ayant une histoire personnelle de trauma et ceux qui n'en ont pas.

L'étude de Ortlepp & Friedman (2002) auprès de thérapeutes de patients traumatisés a montré que les symptômes de stress traumatique secondaire suite à une séance de débriefing s'estompaient après une semaine. Ce résultat se rapproche de nos constats sur l'apparition d'indices de transmission traumatique transformable avec l'élaboration clinique du contre-transfert.

L'étude de Baird & Jenkins (2005) a montré que le travail auprès de patients traumatisés n'était pas en lien avec un traumatisme vicariant, un stress traumatique secondaire ou un état de détresse généralisé.

Par ailleurs, l'étude qualitative de Danieli (1988) sur le contre-transfert dans la clinique du trauma a identifié des réactions émotionnelles spécifiques au travail avec les victimes de l'Holocauste.

L'étude de Schauben & Frazier (1995) comportait deux questions ouvertes intégrées dans la recherche quantitative. Plusieurs difficultés ont été rapportées par les participants qui relèvent de certains aspects du travail et d'aspects plutôt systémiques. Des aspects positifs du travail ont été également relevés comme l'évolution positive du processus thérapeutique, l'importance du travail et de l'environnement de travail. L'étude de Steed & Downing (1998) relève aussi des aspects positifs du travail dans la clinique du trauma, comme un sentiment d'identité plus affirmé et plus positif, une meilleure appréciation de la force de leurs patients.

5.6. Contre-transfert à l'épreuve de l'altérité du trauma et de la différence culturelle

Un autre aspect du contre-transfert émerge dans l'analyse des entretiens, celui des enjeux culturels. En situation d'expatriation, les thérapeutes, décrivant parfois un

temps de perte de repères, se retrouvent exposés à une double altérité : celle du trauma et celle de la différence culturelle. A ce sujet, T.8 explique :

J'ai toujours peur qu'on me voie comme quelqu'un lié à un tradi-praticien ou un prêtre, quelque chose comme ça. Dans mon rêve, je prenais ce rôle-là dans la cérémonie.

Les propos du thérapeute laissent entendre une peur de perte de soi, de dépersonnalisation. Par ailleurs, T.9 raconte comment face à une mère qui « *préférerait laisser mourir son enfant* » de malnutrition, elle s'est retrouvée dans l'incapacité d'assurer la prise en charge :

Mais quand il s'agit d'une mère qui est vraiment, qui est fermée, qui est bloquée parce que voilà, que moi j'arrive pas à comprendre la culture qui est autour, enfin la culture, ce que je sais de la culture dans laquelle elle vit, dans laquelle elle bouge, j'en sais pas assez pour pouvoir comprendre cette mère, ce qui pousse cette mère à faire ça. Et surtout – ça, je peux encore à la limite, je peux comprendre parce que ça peut regarder n'importe quelle mère – mais je ne comprends pas comment l'aider à sortir de ce cercle-là. Du coup, j'ai passé.

A un premier niveau d'interprétation, la dimension culturelle aurait empêché la possibilité de la prise en charge : la thérapeute s'est retrouvée dans une impasse, celle de la différence culturelle. Or, nous observons ici un rabattement sur la culture : une réalité socio-économique violente et probablement culpabilisante pour le staff d'ONG - qui vit dans des conditions plutôt privilégiées relativement au contexte - est confondue avec la violence de l'étrangeté culturelle et probablement la violence de la problématique en question. La participante se réfère à la culture sans inscrire ses propos dans une étiologie ou logique culturelle quelconque. D'ailleurs, la thérapeute elle-même dit :

Oui, mais c'est un peu... Enfin bon, je veux dire, je peux entendre parce qu'il y a des mères qui ont cinq, six enfants, que le seul moyen pour elles, et qui sont dans des situations économiques, dans certains pays où enfin voilà, où il y a telles situations qu'elles arrivent pas à trouver à manger à leurs enfants. Et que la seule façon, c'est effectivement d'en avoir un qui soit malnutri parce

que comme ça elle reçoit de la nourriture pour cet enfant-là, qu'elle partage avec les autres et celui-là, elle le laisse mourir.

Néanmoins, dans les missions, les ONGs se retrouvent contraints à « choisir » parmi les patients qu'ils reçoivent dans leurs programmes, à prioriser les demandes, et faire donc une sélection. T.9 l'évoque dans son entretien :

Mais... Enfin, en règle générale de toute façon, que ce soit dans l'humanitaire, on arrive avec un mandat et un programme bien déterminé, donc on ne peut pas prendre tous les gens qui auraient subi des traumatismes, si ça ne rentre pas dans le programme sur lequel on travaille. Du coup oui, il y a des gens effectivement qu'on ne prend pas. Et puis il y a des gens qu'on prend parce que, bon voilà, on sait que ça a des implications ailleurs et que voilà.

Nous identifions d'autres exemples de rabattement sur le culturel dans les situations traumatiques. En parlant d'une patiente violée dans un contexte de guerre, une thérapeute dit : *Je me dis les hommes d'Afrique, d'ex-Yougoslavie sont des fous !* Cependant, au cours de l'histoire, le viol a été une stratégie d'attaque dans différents contextes de guerre indépendamment de toute spécificité nationale ou culturelle.

Face à la situation d'une femme battue à mort par son mari, une thérapeute libanaise réagit :

Je n'ai plus envie de respecter les différentes « cultures » ni rien. La polygamie, entre autres, n'est que perversion, violence et inceste ! Il faut dire « stop » à ce bordel. La femme n'est pas un objet !

Evoquer la polygamie indique que la thérapeute désigne la communauté musulmane dans le pays. Le Liban a été en proie à une guerre civile pendant une vingtaine d'année, clivant le pays en régions chrétiennes et musulmanes. Parmi la population libanaise, beaucoup de personnes sont restées retranchées dans leurs régions avec des préconceptions autour de l'autre, ceux derrière la frontière imaginaire – qui fut pendant la guerre une vraie frontière, une ligne de démarcation meurtrière entre les régions. Une situation de violence domestique allant jusqu'à l'homicide est confondue avec l'appartenance confessionnelle, un élément culturel taxé de perversion et d'inceste, exprimant plutôt des projections de la thérapeute sur l'autre dans son

« inquiétante étrangeté », parlant plutôt de son positionnement subjectif à l'égard de la différence religieuse, nourrie par une histoire de guerre et de clivage dans le pays. L'insupportable du trauma est rabattu sur la culture de l'autre.

Cette double altérité, trauma et culture, questionne frontalement l'identité des thérapeutes, tant professionnelle qu'humaine pouvant mettre à mal leur capacité à travailler et à élaborer. Le recours à ce que nous avons appelé un *rabattement culturel* est certes mobilisé par la confrontation à l'inhumain, le non inscriptible du trauma. Les thérapeutes cherchent à inscrire le récit du trauma quelque part. Cependant, cette urgence à trouver un sens, à inscrire le trauma dans un contexte culturel qui puisse ré-humaniser aussi bien le patient que les bourreaux qu'il évoque, active chez les thérapeutes les points aveugles de leur contre-transfert culturel. Les représentations enfouies, teintées – entre autres - des histoires politiques et coloniales, des guerres, resurgissent dans le vécu contre-transférentiel.

Mansouri, dans son étude intitulée *Révoltes intimes et collectives. Les adolescents français descendants d'ex-colonisés algériens dans les émeutes de 2005* (2011 ; 2013), met en lumière l'impact du déni de l'histoire coloniale qui gèle la réalité et empêche la possibilité de mesurer son effet sur la population qui l'a vécu. *Geler cette réalité laisse alors libre cours aux constructions imaginaires dans le rapport à l'autre, de part et d'autre.* Ces représentations sont assignées soit au patient – pouvant parfois empêcher le travail thérapeutique, soit à son bourreau, dans un mouvement contre-réactionnel cherchant à protéger le patient de ses propres mouvements agressifs. Ce qui relève d'une réalité socio-économique presque inhumaine après une succession de catastrophes (le tremblement de terre et l'épidémie de choléra en Haïti) est assigné à la culture aux yeux d'une thérapeute issue de l'histoire du colonisateur face à une patiente issue de l'histoire du colonisé réduit à l'esclavagisme. Cela se déroule dans un contexte particulier de l'histoire d'Haïti, celui de traumatismes collectifs successifs ravivant l'histoire traumatique originaire de l'esclavage en Haïti (El Husseini 2015). Dans une autre configuration socio-politique, celle du Liban, l'inhumain dans le trauma est également assigné à la culture autre, celle d'un islam « pervers » aux yeux d'une thérapeute issue d'une histoire de guerre inter-confessionnelle, teinte de résidus du colonialisme également : le Liban depuis sa création est l'îlot chrétien du Moyen-Orient, le pont entre l'occident et l'orient. La communauté chrétienne est la protégée de la France, terre mère. S'y greffe l'histoire

belliqueuse intercommunautaire, enfermant l'autre, de part et d'autre, dans des représentations réductrices témoignant des séquelles de la guerre.

L'étude de Rousseau (2010), *Look me in the eye. Empathy and the transmission of trauma in the refugee determination process*, met en lumière l'impact du rapport de pouvoirs nord/sud sur le processus d'empathie en situation de trauma et de différence culturelle. Elle souligne la dimension politique sous-jacente à la validation des représentations de l'autre – réfugié – impuissant mais dangereux. Ce rapport de pouvoir est reproduit en intercommunautaire déterminant une orientation de l'empathie.

Ces représentations ont eu peu de chances d'être revisitées lors d'un parcours analytique personnel. La question de l'étrangeté culturelle nécessite un terrain de réactivation pour émerger. Elle exige également la réactivation de résonnances entre analysant et analyste, hors zones aveugles chez ce dernier. Souvent, elles sont vouées au maintien du déni jusqu'à ce qu'une rencontre force la porte à leurs résurgences. Ce « forcing » opère souvent en situation transculturelle. Dans ce cas, l'analyste/thérapeute est amené à questionner ces points aveugles ou, si le contexte n'y est pas favorable, se réfugie dans des rabattements culturels.

6. LIMITES DE LA RECHERCHE

Le recours à une approche qualitative du phénomène du contre-transfert dans la clinique du trauma implique certaines limites. Si l'objectif est bien de produire une description et une compréhension complexes des différentes dimensions du phénomène, nous ne pouvons toutefois prétendre à une généralisation de nos résultats.

Le savoir autour de ce phénomène, comme tout savoir, est toujours en mouvement, en transformation. Il est dans une certaine mesure déterminé par l'époque et le contexte où nous nous sommes posé la question autour de ce phénomène, par notre positionnement subjectif à l'égard de ce phénomène ainsi que par la subjectivité des participants.

Nous avons procédé à un échantillonnage intentionnel tout en respectant la diversification interne de l'échantillon. L'intégration de nouveaux entretiens a été stoppée au moment où nous aboutissions à une saturation des données. Néanmoins nous ne pouvons considérer l'échantillon retenu comme représentatif de l'ensemble de la population de thérapeutes travaillant auprès des patients traumatisés. L'analyse phénoménologique interprétative n'aspire pas à des résultats qui soient représentatifs d'une population générale mais d'un phénomène particulier.

De plus, les entretiens sont menés par des chercheuses – psychothérapeutes auprès d'autres psychothérapeutes autour d'un phénomène qui concerne leur pratique. Une partie de l'entretien couvre les positions et les connaissances théorico-cliniques, et une autre explore l'histoire personnelle de trauma. Les participants ont pu par conséquent se sentir « évalués » dans un premier temps de l'entretien, ce qui parfois a pu inhiber la parole et mobiliser une attitude défensive qui s'est assouplie par la suite.

Au niveau de la grille d'entretien, nous n'avons pas exploré la spécificité du nombre d'années d'expérience dans la clinique du trauma ni la différence avec une population de thérapeutes spécialisés dans la clinique du trauma. Notre échantillon est composé de thérapeutes clinicien(ne)s avec une expérience dans la clinique du trauma. Il serait intéressant d'explorer, dans une recherche ultérieure, l'implication d'une spécialisation soutenue dans la clinique du trauma sur les réactions contre-transférentielles. Les résultats indiquent l'importance d'une analyse personnelle et d'un temps de supervision et d'élaboration de la clinique, cependant, nous n'avons

pas ciblé, dans l'entretien, l'exploration des écarts de réactions contre-transférentielles en fonction de ces deux variables : l'analyse personnelle et la supervision.

7. CONCLUSION

Les résultats de notre étude mettent en lumière des réactions contre-transférentielles intenses voire parfois invasives : l'implication du corps du thérapeute comme lieu d'inscription transitoire des transmissions traumatiques indicibles ; le vécu émotionnel vif traversé par des moments de questionnements identitaires, de sentiment de honte et de culpabilité, d'agressivité retournée en une crainte de traumatiser le patient ; un sentiment de désinscription de la communauté des pairs dans le contexte humanitaire.

Le concept - nous dirons - « théorique » de la nécessité d'espaces tiers pour les thérapeutes est reconnue depuis les premières élaborations de Freud sur le « risque » du contre-transfert. Dans la revue de la littérature, aussi bien francophone qu'anglo-saxonne, l'analyse du contre-transfert et le parcours personnel d'analyse sont mis au premier plan. Les résultats montrent que dans les propos des thérapeutes cet espace d'élaboration personnelle est important pour tous les participants.

Cependant, dans la réalité du terrain, ces espaces sont souvent relégués au second plan.

Dans un cadre institutionnel, en France comme au Liban, l'existence d'un espace d'élaboration/supervision est tributaire de multiples variables : l'identification et la reconnaissance par l'institution de l'importance de cet espace ; la culture institutionnelle ; les enjeux de coût ; la disponibilité et l'accessibilité du service ou encore la mobilisation des équipes et leur sentiment de légitimité quant au besoin de cet espace.

Actuellement, la pratique dans la clinique du trauma n'implique pas un encadrement particulier ni une formation spécifique. La plupart des participants se sont appuyés sur leur formation universitaire et des lectures dans leur pratique clinique auprès de patients traumatisés. Néanmoins, ils ont tous été amenés à confronter des réactions contre-transférentielles auxquelles ils n'étaient pas préparés. Y-a-t-il une préparation possible ? Cela pourrait sembler paradoxal. La dimension imprévisible constitue un des facteurs spécifiques à un événement traumatique. De plus, il y a toujours une dimension imprévisible dans la rencontre avec le (la) patient(e). Cependant, plusieurs participants ont évoqué la nécessité d'être « préparé ». De même, plusieurs ont

témoigné de l'écart entre leur formation théorique, leur idéal théorique, ce qui est inculqué par l'institution psychanalytique et la réalité de la clinique du trauma, notamment ce qui relève de la neutralité et de la bienveillance. Les clinicien(ne)s – comme les résultats sur le scénario émergent le montrent – peuvent être ébranlés par leurs propres productions psychiques face aux récits des patients, par la fascination qui peut les happer parfois. Plusieurs ont formulé un sentiment de solitude et d'impuissance généré par la difficulté d'exprimer leur vécu contre-transférentiel pour pouvoir l'élaborer. C'est souvent la notion de « travail sur soi » qui ressort, dans quelque chose qui assigne ces productions psychiques à une sorte de difficulté personnelle non résolue. Ce qui peut en être dit est souvent fait « proprement », avec « retenue », en concordance avec les attentes (supposées ?) des collègues, des responsables hiérarchiques, ou même – quand cet espace existe – des superviseurs. Certes une analyse personnelle est fortement recommandée, voire indispensable pour tout(e) thérapeute. Toute rencontre avec un patient amène du nouveau matériel non exploré en soi et peut déboucher sur une nouvelle séquence d'analyse. Cependant, la rencontre thérapeutique avec les patients traumatisés déloge des terreurs informes de la sphère (h)ontologique (Lacan 1991 ; 209). Les survivants de trauma exigent une réinscription dans la communauté humaine, et pour ce faire, ils ont besoin de pouvoir lui faire confiance. La relation thérapeutique dans ce qu'elle mobilise de transférentiel et de contre-transférentiel porte en elle le potentiel de cette réinscription, représentant cette communauté humaine. Toutefois, celle-ci doit démontrer qu'elle est digne de confiance. Le (la) thérapeute est sollicité(e) à pouvoir entendre ces terreurs pour les reconnaître. Ce qui semble relativement accessible le plus souvent n'est autre que la part dévoilée par la fascination, la séduction du récit traumatique. Cet aspect active une part de la culpabilité du thérapeute, une part de son sentiment de honte et de son questionnement identitaire – du moins professionnel. Toujours est-il que ces mouvements contre-transférentiels puisent leur intensité dans une couche plus profonde de l'espace transféro-contre-transférentiel, une couche engageant le noyau interne de l'être humain du thérapeute. Ce noyau interne peut activer des résistances féroces pour protéger le(la) thérapeute de la folie qui se pointe d'une manière métaphorisée par des signifiants qui peuvent être exprimée (*Il a vécu quelque chose de fou. Il y a de quoi devenir fou*).

Une couche de la mobilisation contre-transférentielle demeure inaccessible dans l'immédiat ou l'après-coup à court terme. Elle semble se revêtir d'une figuration dans

le scénario émergent et cela dans un processus complexe : matériel véhiculé dans le récit, objets traumatiques bizarres innommables, productions psychiques conscientes et inconscientes du thérapeute. A la manière du rêve, le scénario émergent passe par la censure, celle du préconscient, et son analyse ne peut se faire sans l'expression émotionnelle et les réactions du thérapeute face à ses productions.

Le scénario émergent peut ainsi servir de médiation dans l'analyse du contre-transfert pour accéder aux couches enfouies, souvent ténébreuses et effrayantes pour les thérapeutes.

Le dispositif d'accompagnement des thérapeutes travaillant dans la clinique du trauma est ainsi d'une importance cruciale pour assurer un suivi cohérent pour les patients mais aussi une revitalisation des ressources psychiques des thérapeutes et un épanouissement de leurs capacités professionnelles.

Une formation suffisamment longue et approfondie à la spécificité de la clinique du trauma est à recommander pour tout(e) thérapeute amené(e) à travailler avec des patient(e)s traumatisé(e)s.

Une supervision adaptée à cette clinique est indispensable. L'adéquation de la supervision et du superviseur est cruciale. Le dévoilement du contre-transfert dans ses différentes couches est une tâche fragilisante. Il ne s'agit pas simplement de la partie visible de l'iceberg : les contre-réactions ou contre-attitudes, les sentiments « faciles » à identifier, à reconnaître et à énoncer devant un superviseur ou un groupe de collègues. Le (la) patient(e) traumatisé(e) exige d'un espace thérapeutique et d'un(e) thérapeute une capacité de plongée dans les différentes couches ténébreuses de son vécu traumatique, allant jusqu'au noyau interne ontologique des deux protagonistes. Le (la) thérapeute est attendu(e) à pouvoir faire face non seulement aux « monstres » mais aussi à l'inhumain et au néant de l'existence.

L'espace de supervision devrait fournir les moyens de métaboliser et de transformer les passages contre-transférentiels troubles, les objets bizarres logés dans la psyché du thérapeute. Le (la) superviseur peut être amené(e) à mettre en mot certains vécus du thérapeute.

C'est dans ces différents niveaux de tentatives de mises en mots, d'inscription dans le langage, que la réinscription d'un(e) patient(e) traumatisé(e) dans la communauté humaine peut se réaliser.

Au delà des méandres de l'effraction et de l'étrangeté traumatique, se pose la question du méta-cadre. Celui-ci est plus particulièrement invasif pour les thérapeutes

travaillant en contexte humanitaire. L'intrusion de bribes de Réel abrités dans les recoins du paysage des terrains sinistrés par les guerres, les génocides, les violences, les catastrophes naturelles ou tout simplement la grande misère et assez souvent les passifs historiques dus de colonisation, imposent aux thérapeutes une réalité extérieure fortement déstabilisante. Dans ces contextes, la frontière entre les réactions contre-transférentielles aux récits traumatiques et les réactions à un contexte traumatogène est frêle et prête à confusion. L'accès à un espace de supervision est souvent plus compliqué mais s'avère incontournable. De plus, une formation à la clinique du trauma mais aussi à la clinique transculturelle adressée aux psychothérapeutes partant en mission est indispensable.

L'inclusion de la question du contre-transfert culturel dans ses différentes dimensions (culture, religions, géo-politique, histoires collectives etc.) dans le cursus de formation dans la clinique du trauma en général est un autre impératif qui apparaît à partir de nos résultats. Nous sommes de plus en plus amené(e)s à travailler avec des populations d'origines différentes de la nôtre en tant que thérapeutes. Les frontières s'estompent d'un côté et s'érigent d'un autre : les mouvements de migration, ou d'expatriation – terme fréquemment utilisé quand il s'agit des mouvements de migrations des pays du nord vers les pays du sud – sont de plus en plus massifs. La confrontation à la culture de l'autre, au monde de l'autre est plus fréquente. Paradoxalement, les frontières intérieures et les peurs assignant à l'autre ses représentations propres ou collectives, les clivages, creusent des écarts psychiques compliquant la rencontre avec l'autre et renforçant les replis identitaires.

Dans notre pratique courante, nous observons que parmi la population générale de thérapeutes travaillant auprès de patients traumatisés et d'origine étrangère, peu nombreux sont ceux qui ont bénéficié d'une analyse personnelle et d'une supervision approfondissant (et non juste visitant, effleurant) les implications de la rencontre avec l'étrangeté culturelle (nous y incluons les étrangetés culturelles intra communautés comme c'est le cas au Liban).

Ces questions relèvent de la responsabilité institutionnelle professionnelle ou académique d'abord, mais aussi de celle des cliniciens.

Dans une perspective de recherche, nos résultats nous ouvrent des pistes de réflexions supplémentaires.

L'outil « scénario émergent » nous a paru fortement utile à investiguer plus en profondeur quant à son utilisation clinique auprès des thérapeutes travaillant dans la clinique du trauma. Cette première recherche a mis en lumière son utilité dans l'élaboration de certains points non encore élaborés par les participants.

Dans un deuxième temps, il peut être envisagé une étude autour de l'impact clinique de son utilisation en supervision comme moyen d'exploration des zones aveugles du contre-transfert et de co-construction pouvant être par la suite restituée en séance avec les patient(e)s. Le scénario émergent ne peut en effet être isolé de la totalité du vécu contre-transférentiel des thérapeutes. Nous pensons ainsi à une adaptation de la grille d'entretien utilisée dans notre recherche, centrée sur les situations cliniques rencontrées ainsi qu'à une possible validation de cette grille avec le scénario émergent comme point central. Une telle recherche nécessiterait un minimum de visibilité longitudinale et pourrait ainsi s'étendre sur plusieurs entretiens espacés dans le temps. Nous avons également pensé travailler cette même question dans la clinique d'adoption internationale auprès des parents adoptant concernant l'histoire « inconnue », le « trou noir » (tel que beaucoup de parents l'expriment) dans l'histoire de l'enfant adopté. Le scénario émergent nous paraît particulièrement utile auprès de cette population, dans le processus de co-construction de l'histoire familiale commune qui s'avère souvent traversée par ce trou noir laissant des traces sensorielles difficilement transformables du fait, entre autre, de la difficulté des parents à confronter ce que ce passé peut éveiller comme angoisses en eux.

Toujours autour du scénario émergent, nos résultats nous amènent à questionner les situations cliniques de trauma où il y a absence de scénario émergent d'une part, et à explorer plus en profondeur le lien qui pourrait exister entre catégories de scénario émergent et type de situations traumatiques.

Par ailleurs, il ressort de notre étude l'implication du corps dans la clinique du trauma tant au niveau des réactions physiques dans le contre-transfert qu'au niveau du recours des thérapeutes à des techniques corporelles d'auto-récupération, quand la pensée fait défaut. N'y aurait il pas un rapprochement à explorer avec la théorie psychosomatique, tel qu'il en a été concernant la théorisation autour de la clinique des patient(e)s traumatisé(e)s (Chahraoui 2014)? Y aurait il des pathologies somatiques constatées chez des professionnel(le)s travaillant essentiellement dans la clinique du trauma ?

En dépit des limites évoquées ci dessus, nos résultats répondent à des interrogations soulevées dans des recherches antérieures sur le phénomène du contre-transfert dans le trauma. Ces interrogations portent sur une éventuelle spécificité du contre-transfert auprès des patients traumatisés au regard d'autres problématiques ; la spécificité de cette clinique nécessitant une formation ciblée ainsi qu'un dispositif d'accompagnement particulier pour les professionnels; l'implication du contexte de travail dans les réactions contre-transférentielles et l'interaction avec le matériel traumatique. De manière « large », cette étude démontre l'importance des recherches dans la pratique clinique. Elle témoigne des écarts pouvant exister entre théorie et pratique, et des implications d'une recherche à partir de la clinique sur la théorie elle-même.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. **ABRAHAM N., TOROK M** (1978), *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Montaigne.
2. **ALTOUNIAN J.** (2000), *La survivance. Traduire le trauma collectif*. Paris : Dunod.
3. **ALTOUNIAN J.** (2005), *L'intraduisible. Deuil, mémoire, transmission*. Paris : Dunod.
4. **American Psychiatric Association.** (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 4th edition. Text rev. Washington. DC: Author.
5. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5th edition. Washington. DC: Author.
6. **AMMANITI M. BAUMGARTNER E. CANDELORI C. & AL.** (1992). *Representations and narratives during pregnancy*. Infant Mental Health Journal. 13 (2). 167-182.
7. **ANZIEU A.** (2006). Corps et contre-transfert. *Carnet psy*. 111. p. 27-32.
8. **ANZIEU D.** (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod. 1995.
9. **ANZIEU D.** (1987). *Psychanalyse des limites*. Paris : Bordas.
10. **ANZIEU D.** (1999). *Le groupe et l'inconscient*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod.
11. **ANZIEU D.** (2003). Les signifiants formels et le Moi-peau. In Anzieu d. & Coll. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod. pp. 19-42.
12. **ARLOW J.** (1979). The dynamics of interpretation. in *Psychoanalytical Quarterly*. 56, 1. pp. 68-87.
13. **ASHWORTH P.** (2008). Conceptual Foundings of Qualitative Psychology. In Smith & al. *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. SAGE. pp.4-25.
14. **AULAGNIER P.** (1968). Demande et identification. in *Un interprète en quête de sens*. Paris : Ramsay. 1984. pp.179-182.
15. **AULAGNIER P.** (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé-6ième édition*. Paris : Presses Universitaires de France. 1999.
16. **BAIRD S., JENKINS S.R** (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma. A validational Study. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 15, No. 5. pp. 423-432.
17. **BALIER C.** (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : Presses Universitaires de France.
18. **BALIER C.** (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : Presses Universitaires de France.

19. **BARRINGTON A.J & SHAKESPEAR-FINCH J.** (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: an opportunity for vicarious post-traumatic growth. In *Counselling Psychology Quarterly*. Vol. 26 (1). pp.89-105.
20. **BARROIS C.** (1988). *Les névroses traumatiques-2nde édition*. Paris : Dunod.
21. **BAUBET T.** (2008). *Effroi et métamorphose. Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique*. Thèse de doctorat en psychologie. Université Paris 13, Villetaneuse.
22. **BAUBET T.** (2012). L'effroi, un regard transculturel. in MOUCHENIK Y. BAUBET T. MORO MR. *Manuel des psychotraumatismes. Critiques et recherches contemporaines*. Grenoble : La pensée sauvage. pp.253-270.
23. **BAUBET T. MORO MR.** (2003). Syndrome méditerranéen, sinistrose. Il n'y a pas de pathologie spécifique de la migration. in Baubet T., Moro MR., *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson. pp.139-147.
24. **BAUBET T., LACHAL C. & MORO M.R.** (2008). *Interview des thérapeutes de patients traumatisés*. Unpublished protocol. Université de Paris 13. Paris.
25. **BAUBET T., MORO MR.** (2003). Cultures et soins du tréma psychique en situation humanitaire. in BAUBET T. LE ROCH K. BITAR D. MORO MR. éditeurs. *Soigner malgré tout* (vol. 1). pp.71-93.Grenoble : La pensée sauvage.
26. **BAUBET T., TAIEB O., PRADERE J., SERRE G., MORO MR.** (2006). Clinique des traumatismes psychiques dans la première enfance. In BAUBET T., LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L., MORO M.R. *Bébés et traumatismes*. Grenoble : la pensée sauvage. pp.37-65.
27. **BECKER H.S.** (2002). *Les Ficelles du Métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte & Syros.
28. **BENATAR M.** (2000). A qualitative study if the effect of a history of childhood sexual abuse on therapists who treat survivors of sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1. pp. 9-28.
29. **BERGERET J.** (1974). *La personnalité normale et pathologique. les structures mentales. le caractère. les symptômes*. Paris : Bordas.
30. **BERGERET J.** (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod. 2000.
31. **BERGERET J.** (1995). *Psychologie pathologie*. Paris : Masson.
32. **BERNARD D.** (2011). Lacan et la honte. De la honte à l'hontologie. in *Etude psychanalytique*. Paris : Ed. du champ lacanien. coll. In progress.
33. **BION W.** (1961). *Recherche sur les petits groupes*. Paris: Presses Universitaires de France. 1995.

34. **BION WR.** (1962). *Aux sources de l'expérience* - 2nde édition. Paris : PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE. 1991.
35. **BION WR.** (1965). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance* - 2nde édition. Paris : Presses Universitaires de France. 2002.
36. **BLAIR D.T. & RAMONES V.A.** (1996). Understanding Vicarious Traumatization. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34. pp. 24-30.
37. **BOHLEBER W.** (2007). Remémoration. traumatisme et mémoire collective. Le combat pour la remémoration en psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*. (3). Paris : Presses Universitaires de France. pp. 802-832.
38. **BOKANOWSKI T.** (2001). Traumatisme. traumatique. trauma. Le conflit Freud/Ferenczi. in *SPP conférences en ligne*. Paris : Novembre. <http://www.spp.asso.fr/main/conferencesenligne/Items/14.htm>.
39. **BOKANOWSKI T.** (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. in *Revue française de psychanalyse* 3/2002 (Vol. 66). pp. 745-757.
40. **BOLLAS C.** (1989). Objet transformationnel. in *Revue Française de Psychanalyse*. LIII. 4. pp.1181-1200.
41. **BOSCARINO J.A., ADAMS R.E. & FIGLEY C.R.** (2010). Secondary Trauma Issues for Psychiatrists. *Psychiatric Times*, vol. 27 (11). <http://www.psychiatrictimes.com/ptsd/content/article/10168/1727522>
42. **BRADY J.L, GUY J.D, POELSTRA P.L & BROKAW B.F.** (1999). Vicarious Traumatization, spirituality and the treatment of sexual abuse survivors: a national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology, Research and Practice*, 30. pp. 386-393.
43. **BRAUD P.** (2007). Le traumatisme colonial. in Smouts MC. *La situation postcoloniale*. Paris : Editions Sciences Po. les presses. pp. 405- 413.
44. **BRETTE F.** (1988). Le traumatisme et ses théories. in *Traumatismes. Revue française de psychanalyse*. 52 (6). Presses Universitaires en France. pp. 1259-1284.
45. **BROTHERS D.** (2008). *Toward a psychology of uncertainty*. New York-London : The Analytic Press.
46. **CALICIS F.** (2006). La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. In *Thérapie Familiale*, vol. 27 (3). pp. 229-242.
47. **CAMPBELL D.T.** (1975). 'Degrees of freedom' and the case study. In *Comparative Political Studies*. 8. pp. 178-193.
48. **CHAMOUN M.** (1998). Du familier vers l'inconnu: à propos de la rencontre analytique en pays d'orient. *Revue Française de Psychanalyse*, LXII (1). pp. 63-74.

49. **CHERKI A.** (2002). Ni honte ni gloire. in *Actualités du trauma*. Paris : coll. Erès. pp. 101-110.
50. **COHEN K. & COLLENS P.** (2013). The impact of trauma work on trauma workers: a metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. In *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, vol.5(6). pp. 570-580.
51. **COMAS-DIAZ L., JACOBSEN F.M.** (1991). Ethnocultural transference and counter-transference. In *the therapeutic dyad. Amer J Orthopsychiat.* 61 (3). pp. 392-402.
52. **COOK J.M., DINNEN S., REHMAN O. & BUFKA L.** (2011). Responses of a Sample of Practicing Psychologists to Questions about Clinical Work with Trauma and Interest. In *Specialized Training. Psychological Trauma: Theory. Research. Practice and Policy.* 3. pp. 253-257.
53. **CORBELLA S.** (2005). Le petit groupe : un dispositif approprié à l'élaboration des traumatismes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. pp. 52-67.
54. **CORNILLE T.A & MEYERS T.W.** (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: prevalence, severity, and predictive factors. *Traumatology*, 5. pp.1-17.
55. **COURTOIS C.A., FORD J.D & AL.** (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York : Guilford.
56. **CRAMER M.A.** (2002). Under the Influence of Unconscious Process: Countertransference in the Treatment of PTSD and Substance Abuse. in *Women. American Journal of Psychotherapy.* 56. pp.194-210.
57. **CROCQ L.** (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
58. **CROCQ L.** (2012). Le traumatisme psychique, histoire et concepts fondamentaux. in TOVMASSIAN et BENTATA. *Le traumatisme dans tous ses éclats. Clinique du traumatisme*. Paris : In Press. pp.19-47.
59. **CROTTY M.** (1998). *The Foundations of Social Research*. Thousand Oaks : Sage.
60. **CUPA D.** (2008), La complexité psychosomatique, in *Carnet Psy*, 2008/4, n°126, pp. 24-28.
61. **DALENBERG C.J.** (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. in Washington: American Psychological Association.
62. **DALIGAND I.** (2006). La honte et le trauma. *Stress et trauma*. 6 (3). pp.133-138.
63. **DANIELI Y.** (1980). Countertransference in the Treatment and Study of Nazi Holocaust Survivors and their Children. In *Victimology: An International Journal.* 5 (2-4). pp. 355-367.
64. **DAVOINE F., GAUDILLIERE JM.** (2009). *Histoire et trauma. La folie des guerres*. Paris : Stock.

65. **DE GAULEJAC V.** (1997). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.
66. **DE M'UZAN M.** (1976). Contre-transfert et système paradoxal. *Revue Française de Psychanalyse*. 80 ans de psychanalyse ; Textes 1926-2006. 2006. pp. 309-322.
67. **DE M'UZAN M.** (1989), Pendant la séance. Considérations sur le fonctionnement mental de l'analyste. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 40. pp. 147-163.
68. **DE URTUBEY L.** (1999). Le travail de l'interprétation, aboutissement du travail de contre-transfert de l'analyste. In *Interprétation II. Aux sources de l'interprétation: le contre-transfert. Monographies de psychanalyse*. Presses Universitaires de France. pp. 85-94.
69. **DE URTUBEY L.** (2000). si transfert négatif et contre-transfert négatif se rejoignent durablement. In *Revue Française de Psychanalyse*. t. LXIV. 2. 2000. pp.535-547.
70. **DE URTUBEY L.** (2002), *Du côté de chez l'analyste*. Paris: Presses Universitaires de France.
71. **DE URTUBEY L.** (2004). Du contre-transfert traumatisant. in ANZIEU A. & GERARD C. *Traumatisme et contre-transfert*. pp. 151-165. In Press éd.
72. **DE URTUBEY L.** (2004). Un fantasme contre-transférentiel révélateur ou le satyre et moi. In *Filigrane*, vol. 13 (1). pp. 22 à 33.
73. **DE URTUBEY L.** (2006). *Des origines du contre-transfert*. *Revue Française de Psychanalyse*. LXX. 2. pp. 371-384.
74. **DECLERCQ M.** (2001). Répercussions psychiatrique et psychosociales à long terme. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson. pp. 103-113.
75. **DENIS P.** (1988). L'avenir d'une désillusion : le contre transfert, destin de transfert. *Revue française de psychanalyse*. 52. pp.887-898.
76. **DENIS P.** (2006). Incontournable contre-transfert. *La revue française de psychanalyse*. 70 (2). pp. 331-350.
77. **DERIVOIS D.** (2011). *Vers une psychanalyse transculturelle et généraliste*. Entretien avec René Roussillon. L'autre 2013 vol. 14. n°3.
78. **DEVEREUX G.** (1955). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion. 1972.
79. **DEVEREUX G.** (1964). *La renonciation à l'identité. Défense contre l'anéantissement*. Paris : Payot. 2009.
80. **DEVEREUX G.** (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion. 1980.
81. **DEVEREUX G.** (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.1980.

82. **DONNET J.L.** (2005), *La situation analysante*. Paris: Presses Universitaires de France.
83. **DONNET. J.L.** (1976). Contre-transfert, transfert sur l'analyse. Analyse définie et indéfinissable. In *Le divan bien tempéré*. Paris: Presses Universitaires de France. 1995.
84. **DRUMMOND J. (2007)**. Phenomenology: Neither auto- nor hetero- be. In *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 6. pp. 57-74.
85. **DUPARC F.** (2004). *La formation de l'analyste et le contre transfert*. Filigrane. 13. 2. pp. 16-33.
86. **DUPEYRON J.F** (2013). Phénoménologie de l'expérience vive. In *RECHERCHES QUALITATIVES*. Hors Série- numéro 15. pp. 36-54.
87. **DUPONT J.** (2000). La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure. In *Filigrane. printemps*. pp. 19-31.
<http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/dupont.htm>
88. **EAGLE M.N** (2000). A Critical Evaluation of Current Conceptions of Transference and Countertransference. In *Psychoanalytic Psychology*, vol. 17 (1). pp. 24-37.
89. **EAGLE M.N.** (2000). A Critical Evaluation of Current Conceptions of Transference and Countertransference. *Psychoanalytic Psychology*. 17. 24-37.
90. **EATOUGH V. & SMITH J.A.** (2006). 'I was like a wild wild person': Understanding feelings of anger using interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Psychology*, 97. pp. 483-498.
91. **EATOUGH V. & SMITH J.A.** (2008). Interpretative phenomenological analysis. In C. Willig and W. Stanton Rogers (Eds), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London : Sage.
92. **EL HUSSEINI M'., DRAIN E., LAROCHE JOUBERT M. ET RADJACK RAMETHNISSAH** (2014). L'exploration de la transmission du traumatisme psychique: étude préliminaire. In Moro M.R, Feldman M., ASENSI H. (Eds.) *Devenir des traumas d'enfance*. Grenoble: La pensée sauvage.
93. **EL HUSSEINI M'., MOUCHENICK Y. & MORO M.R.** (2015). Nan mitan moun yo nan kolera. Figuration de l'histoire originaire collective à travers sa réverbération traumatique en Haïti. In *L'autre*, vol.16, n°1.
94. **ENRIQUEZ M.** (2003). L'enveloppe de mémoire et ses trous. In Anzieu D. & coll. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod. pp.109-131.
95. **FAIMBERG H.** (1993). Le télescopage des générations. in Kaës R. (dir) *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris : Dunod.
96. **FANON F.** (1952). Le syndrome nord-africain. in *Pour la révolution africaine. Ecrits politiques*. Paris : La découverte. 2001. pp. 22-23.

97. **FANON F.** (1952). Médecine et colonialisme. In *L'an V de la révolution algérienne*. Paris : La découverte. 2001.
98. **FANON F.** (1952). *Peau noire, masques blancs*. Paris : Points, poche. 1971.
99. **FANON F.** (1961). *Les damnés de la terre*. Paris : La découverte. 2002.
100. **FANON F.** (2001). Racisme et culture. in *Pour la révolution africaine. Ecrits politiques*. Paris : La découverte. pp. 41-43.
101. **FEDIDA P.** (1992). Crise et contre-transfert. Paris : Presses Universitaires de France.
102. **FELDMAN M.** (2009). *Entre trauma et protection : quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944)?* Paris : Erès.
103. **FELDMAN M., DOZIO E., EL HUSSEINI M', DRAIN E., RADJACK R., MORO M.R.** (2015), Des « résidus radioactifs » au cœur d'une dyade mère-bébé ou la transmission du trauma d'une mère à son bébé. In *L'autre*, 16 (2), pp.20-29.
104. **FERENCZI S.** (1908). Transfert et introjection. In *Œuvres complètes : Psychanalyse I*. Paris. Payot. 1980. pp. 93-125.
105. **FERENCZI S.** (1928). Elasticité de la technique psychanalytique. In *Psychanalyse IV*. Paris : Payot. 1982. pp. 53-65.
106. **FERENCZI S.** (1932 a). *Le traumatisme*. Paris : Payot. 2006.
107. **FERENCZI S.** (1932). *Journal Clinique. janvier - octobre 1932*. Paris : Payot. 1990.
108. **FIGLEY C.R.** (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In C.R. FIGLEY (Ed.). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel. pp. 1-20.
109. **FIGLEY C.R.** (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel. pp. 1-20.
110. **FIGLEY C.R.** (1995b). Compassion fatigue: towards a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: self care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press. pp. 3-27.
111. **FOLLETTE V.M, POLUSNY M.M & MILBECK K.** (1994). Mental health and law enforcement professionals: trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology, Research and Practice*, 25. pp. 275-282.
112. **FOUCAULT M.** (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.

113. **FREUD S.** (1912). La dynamique du transfert. In *La technique psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France. 2007.
114. **FREUD S.** (1913). *Totem et tabou*. Saint-Armand : Petite bibliothèque, Payot. 1996.
115. **FREUD S.** (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris : Presses Universitaires de France. 1989.
116. **FREUD S.** (1915). Pulsions et destins des pulsions. *Œuvres Complètes, tome XIII*. Paris : Presses Universitaires de France. 1988. pp. 161-185.
117. **FREUD S. (1919).** *L'inquiétante étrangeté (« Das unheimliche »)*. Paris: Gallimard. 1985.
118. **FREUD S.** (1921). Psychologie collective et analyse du moi. In *Essais de Psychanalyse*. Paris : Payot. 1975.
119. **FREUD S.** (1927). *L'avenir d'une illusion*. Paris : Presses Universitaires de France. 1995.
120. **FREUD S.** (1929). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Presses Univresitaires de France. 1971.
121. **FREUD S. EINSTEIN A.** (1933). *Pourquoi la guerre ?* Paris : Rivages. 2005.
122. **GADAMER H.** (1960). *Truth and Method*. 2^{ème} édition 1990. New York : Crossroad.
123. **GAMPEL Y.** (2003), Violence sociale, lien tyrannique et transmission radioactive. In Ciccone A., *Psychanalyse du lien tyrannique*. Paris: Dunod, p.102-125.
124. **GARB H.** (1998). *Studying the clinician. Judgment Research and Psychological assessment*. Washington: American Psychological Association.
125. **GERARD C.** (2004). Trauma primaire et contre transfert. in ANZIEU. A. & GERARD. C. *Traumatisme et contre-transfert*. pp.11-30. In Press éd.
126. **GLASER B.G., STRAUSS A.L.** (1980). The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. 11^{ème} édition. New York: Aldine Pub.
127. **GOFFINET S.** (2006). Le pardon dans le traumatisme. in *Stress et trauma*. 6(3). pp. 155-162.
128. **GOLSE B.** (1997). Pourquoi les autres ? in *Champ psychosomatique*. 11/12. pp.23-28.
129. **GOYENA A.** (2006). Heinrich Racker : le contre-transfert comme nouveau départ de la technique psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*. 70 (2). pp. 351-370.
130. **GREEN A.** (1979). Le silence du psychanalyste. in *Topique*. 23. pp. 5-25.
131. **GREEN A.** (1983). La mère morte. in *Narcissisme de vie. narcissisme de mort*. Paris : Les éditions de minuit. pp. 222-253.

132. **GREEN A.** (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*. Paris : Folio.
133. **GREEN A.** (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Les éditions de minuit.
134. **GREEN A.** (2003). Enigmes de la culpabilité, mystère de la honte. *Revue française de psychanalyse*. 5 vol. 67. pp.1639-1653.
135. **GUIGNARD F.** (2002). Apories de la transformation dans l'activité psychique du psychanalyste en exercice: taches aveugles et interprétations-bouchons. in *Revue Française de Psychanalyse*. 2002/5. Vol. 66. pp.1653-1659.
136. **GUILLAUMIN J.** (2004). Le destin de l'inconnu entre transfert et contre-transfert. In *Filigrane*, vol.13(1). pp. 5-21.
137. **HARF A.** (2006). *Le récit de l'adoption : révélateur du trauma des parents adoptifs*. Mémoire pour le master 2 recherche « Développement. psychopathologie et psychanalyse ». Villetaneuse - Université Paris 13.
138. **HARRÉ R.** (1979). *Social Being*. Oxford : Blackwell.
139. **HEENEN-WOLFF S.** (2006). De la violence dans le contre-transfert. *Revue Française de Psychanalyse*. LXX. 2. 477-491.
140. **HEIMANN P.** (1950). *A propos du contre-transfert. Le contre-transfert*. Paris. Navarin. 1987.
141. **HERMAN J.L.** (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. in *Journal of Traumatic Stress*. vol 5. p. 377-391.
142. **HOUZEL D.** (1992). Peut-on parler d'enveloppe psychique institutionnelle? In Bléandonou G. *Filiation et affiliations*. Lyon. : Cesura Edition. pp.71-78.
143. **HOUZEL D.** (2003). L'enveloppe psychique : concept et propriétés. In Anzieu D. & coll. *Les enveloppes psychiques*. Paris. Dunod. pp. 43-74.
144. **JANIN C.** (2007). *La honte. ses figures et ses destins*. Paris. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE.
145. **JAVIER R.A & HERRON W.G** (2002). Psychoanalysis and the disenfranchised. Countertransference issues. In *Psychoanalytic Psychology*, vol.19 (1). Pp. 149-166.
146. **JENKINS S.R. & BAIRD S.** (2002). *Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study*. Journal of Traumatic Stress. 15. 423-432.
147. **KADAMBI M.A & ENNIS L.** (2004). Reconsidering Vicarious Trauma: A Review of the Literature and Its' Limitations. In *Journal of Trauma Practice*, vol.3 (2). pp. 1-21.
148. **KAËS R.** (1988). *La diffraction des groupes internes*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. n° 11. p. 169-174.
149. **KAËS R.** (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris. Dunod.

150. **KAES R.** (1996). Corps-groupe. Réciprocités imaginaires. In *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 25. Aux sources du corporel. Erès. pp. 35-49.
151. **KAES R.** (2004). *Les théories psychanalytiques du groupe*. 2^{ème} édition. Paris. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE.
152. **KAES R.** (2005). Différence culturelle. souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe. In Kaës R et al. *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris. Dunod. pp.45-86.
153. **KAËS R.** (2005). La structuration de la psyché dans le malaise du monde moderne. in *Furtos et Laval. La santé mentale en acte. De la clinique au politique*. Paris. Erès.
154. **KARAKASHIAN M.** (1994). *Countertransference Issues in Crisis Work with Natural Disaster Victims*. Psychotherapy. 31.334-341.
155. **KASSAM-ADAMS N.** (1995). The risks of treating sexual trauma: stress and secondary trauma in psychotherapists. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: self care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press. pp. 37-47.
156. **KERNBERG O.** (1965). *Notes on Countertransference*. Journal of the American Psychoanalytic Association. 13. 38-56.
157. **KHAIR-BADAWI M.T** (2011). Being, thinking, creating: When war attacks the setting and the transference counter-attacks. In *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 92. pp. 401-409.
158. **KHOURY M.** (2009). Désir du psychanalyste et contre-transfert. De l'analyste miroir à l'analyste désirant. In *Psy-Echo: Annales de Psychologie et de Science de l'Education*, vol.25. pp. 5-26.
159. **KORFF-SAUSSE S.** (2006). Contre-transfert. cliniques de l'extrême. *Revue française de Psychanalyse*. 70(2). Paris. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE. pp. 507-520.
160. **KORFF-SAUSSE S.** (2007). L'éthique un mot dangereux. *Cliniques méditerranéennes*. 76 (2). Romainville. pp. 31-44.
161. **KRAMER M.** (1959). On the continuation of the analytic process after Psychoanalysis – a self observation. in *International Journal of Psychoanalysis*. 40. pp. 17-26.
162. **KRISTEVA J.** (1988). *Etrangers à nous-mêmes*. Paris. Fayard.
163. **LACAN J.** (1962-63). L'angoisse. in *Le séminaire*. livre X. Paris. Seuil. 2004.
164. **LACAN J.** (1966). *Fonction du champ de la parole et du langage*. Paris. Ecrits. Seuil..
165. **LACAN J.** (1991). Le Séminaire Livre XVII. in *L'envers de la psychanalyse*. éd. Le Seuil.

166. **LACHAL C.** (2006). *Le partage du traumatisme: contre-transfert avec les patients traumatisés*. Collection TRAUMA/ la pensée sauvage éd.
167. **LACHAL C.** (2006). *Le partage du traumatisme. Contre-transfert avec les patients traumatisés*. Grenoble. La pensée sauvage.
168. **LACHAL C.** (2011). *Première analyse de scenarios émergents. aspects cliniques et méthodologiques*. In press.
169. **LACHAL C.** (2012). Contre-transferts et traumatismes. in MOUCHENIK Y., BAUBET T. MORO M.R. (Eds.). *Manuel des psychotraumatismes: Cliniques et recherches contemporaines*. pp. 229-249. Collection Manuels/La pensée Sauvage éd.
170. **LACHAL C. OUSS-RYNGAERT L. MORO MR** (2003). *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod.
171. **LAPLANCHE J.** (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
172. **LAPLANCHE J., PONTALIS J. B.** (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* - 3ème éd. Paris : Presses Universitaires de France. 2002.
173. **LARKIN M., WATTS S. & CLIFTON E.** (2006). Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3. pp. 102-120.
174. **LEBIGOT F.** (2001). *Le traumatisme psychique*. Paris : Fabert.
175. **LEBOVICI S., MORO MR.** (2009). L'empathie. in *L'arbre de vie. Eléments de psychopathologie du bébé*. Toulouse : Erès. coll. A l'aube de la vie. pp. 101-111.
176. **LEVI-STRAUSS C.** (1977). *L'identité*. Paris : Grasset.
177. **LITTLE M.** (1988). Transfert/contre-transfert dans l'auto-analyse post-thérapeutique. in *Des états limites : de l'alliance thérapeutique*. Paris : Des Femmes. 1992. pp. 391-447.
178. **MAHLER M.** (1968). *Psychose infantile – Symbiose et individuation*. Paris : Payot. 2001.
179. **MAIN M., GOLDWIN R.** (1989). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Departement of Psychology. University of California. Berkeley.
180. **MANSOURI M.** (2013). *Révoltes postcoloniales au coeur de l'Hexagone*. Paris: Presses universitaires de France. Coll. « Partage du savoir ».
181. **MARTIN CABRE L.J.** (2000). La contribution de Ferenczi à la notion du contre transfert. in *Filigrane*. Printemps 2000. pp.7-18.
182. **MARTY R.** (2013). La question de la scientificité en recherche qualitative. In *Recherches Qualitatives*. Hors série- numéro 15. pp. 60-77.

183. **MCCANN I.L. & PEARLMAN L.A.** (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*. 3. 131-149.
184. **MELLIER D.** (2005). La fonction à contenir. Objets, processus, dispositif et cadre institutionnel. *Psychiatrie de l'enfant*. 48 (2). pp. 425-499.
185. **MIJOLLA (DE) A.** (1981). *Les visiteurs du moi. Fantômes d'identification*. Paris : Les belles lettres. 2003.
186. **MILES M.B., HUBERMAN A.M** (1994). *Qualitative Data Analysis. A Source Book of New Methods*. Thousand Oaks: Sage.
187. **MISSENARD A.** (2003). L'enveloppe du rêve et le fantasme de la « psyché commune ». In Anzieu D. & al. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod. pp. 75-104.
188. **MORO M-R** (2004). *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.
189. **MORO M.R.** (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Le fil rouge. Paris : Presses Universitaires de France.
190. **MORO M.R.** (1998). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod. 2004.
191. **MORO M.R.** (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod. 2000.
192. **MORO M.R.** (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris : Hachette littératures.
193. **MORO M.R.** (2003). La psychiatrie coloniale en Algérie. in *Le premier congrès de la SFAP*. Paris : Hôpital Européen Georges Pompidou. le 3 et 4 octobre.
194. **MORO M.R.** (2006). Penser et agir en situation transculturelle. Pourquoi ? Comment ? In *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : La pensée sauvage.
195. **MORO M.R.** (2009). Les débats autour de la question culturelle en clinique. In Baubet T., Moro M.R. (dir) *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
196. **MORO M.R.** (2011). *Et maintenant les enfants de migrants au cœur des discriminations*. Site officiel. Le 2 juin.
http://www.marierosemoro.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=42
197. **MORO M.R., LACHAL C.** (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris : Nathan.
198. **MORO M.R., LACHAL C.** (2007). L'épreuve de la diversité. *Carnets psy*. 114. pp. 40-41.

199. **MORO MR.** (1991). « Métissages des pensées, métissages des hommes. Editorial ». in *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. Grenoble : La pensée sauvage. pp. 7-9.
200. **MORO MR.** (2003). La psychiatrie coloniale. in *Premier congrès de la Société Franco-Algérienne de Psychiatrie*. Hôpital Européen Georges Pompidou. 3. 4 octobre.
201. **MORO MR.** (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob.
202. **MORO MR.** (2010). *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris : Odile Jacob.
203. **MUKAMURERA J., LACOURSE F., COUTURIER Y. (2006)**. Des avancées en analyse qualitative. in *RECHERCHES QUALITATIVES*. VOL. 26(1). pp. 110-138.
204. **NEUMANN D.A. & GAMBLE S.J.** (1995). Issues in the Professional Development of Psychotherapists: Countertransference and Vicarious Traumatization in *the New Trauma Therapist. Psychotherapy*. 32. 341-347.
205. **NEYRAULT M.** (1974). *Le transfert*. Paris. Presses Universitaires de France.
206. **NEYRAULT M.** (2013). Transfert et for intérieur. In *Revue Française de Psychanalyse*, vol.77 (3). pp. 770-775.
207. **OBEYESEKERE G.** (1990). The Work of Culture. Symbolic Transformation. in *Psychoanalysis and Anthropology*. Chicago : The University of Chicago Press.
208. **ORTLEPP K. & FRIEDMAN M.** (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 14. pp. 213-222.
209. **OUSS-RYNGAERT L.** (2003). Que vivent les équipes en situation extrême. In Baubet T., Le Roch K., Bitar D., Moro MR. *Soigner malgré tout*. Tome1. Grenoble : La pensée sauvage. pp. 53-63.
210. **OUSS-RYNGAERT L.** (2006). *Transmissions des traumatismes psychiques de la mère au bébé*. in BAUBET T., LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L. & MORO M.R. *Bébés et traumas*. pp. 99-134. Collection Trauma/La Pensée Sauvage éd.
211. **PAILLE P., MUCCHIELLI A.** (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
212. **PARAT C.** (1991). A propos de la thérapie analytique. in *Revue Française de Psychanalyse*. t. LV. 2. pp. 303-324.
213. **PEARLMAN L.A. & MACIAN P.S.** (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26. 558-563.

214. **PHILLIPS-PULA L. STRUNK J. PICKLER R.H** (2010). Understanding Phenomenological Approaches to Data Analysis. In *Journal of Pediatric Health Care*. doi: 10.1016/j.pedhc.2010.09.004
215. **PIRÈS A. (1997)**. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In J. P. Poupart, J. P. Deslauriers. L. H., Groulx. A., Laperrière. R., Mayer & A. P. Pires (Éds). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin. pp. 113-173.
216. **PLATT J. (1988)**. What Can Case Studies Do? In BURGESS R.G. & al. *Studies in Qualitative Methodology: A research Annual: Conducting Qualitative Research*. Vol.I. Greenwich. CT: JAI Press.
217. **PRESS J. (1999)**. *La perle et le grain de sable. Traumatisme et fonctionnement mental*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
218. **RACKER H. (1957)**. A Contribution to the Problem of Countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*. 34. 313-324.
219. **RACKER H. (1997)**. *Etudes sur la technique psychanalytique*. Lyon : Césura.
220. **RADJACK R. (2012)**. Emergences et limites du concept de PTSD. in Mouchenick Y., Baubet T., Moro MR. *Manuel des psychotraumatismes. Critiques et recherches contemporaines*. Grenoble : La pensée sauvage. p.195-210
221. **REICH A. (1951)**. On counter-transference. in *International Journal of Psychoanalysis*. 32. pp. 25-31.
222. **RICOEUR P. (1990)**. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
223. **RICOEUR P. (1970)**. *Freud and Philosophy. An Essay on Interpretation*. New Haven: Yale University Press.
224. **ROUCHON JF. (2007)**. *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse de doctorat de médecine. Université de Nantes.
225. **ROUSSEAU C. (1998)**. Se décentrer pour cerner l'univers du possible: Penser l'intervention en psychiatrie transculturelle. *PRISME*. 8 (3). pp. 20-36.
226. **ROUSSEAU C. (2002)**. Incertitude et clinique. *L'Évolution Psychiatrique*. Volume 67 (4). October- December. pp. 764-774.
227. **ROUSSEAU C. (2003)**. Soigner le trauma psychique, nécessité ou alibi. In Baubet T. Le Roch K. Bitar D. Moro MR. *Soigner malgré tout*. tome 2. Grenoble : La pensée sauvage. pp. 121- 141.
228. **ROUSSEAU C. & FOXEN P. (2010)**. Look me in the eye: Empathy and the transmission of trauma in the refugee determination process. *Transcultural Psychiatry*. 47(1). 70-92.

229. **ROUSSILLON R.** (1999). *Agonie. clivage et symbolisation*. Paris : Presses Universitaires de France.
230. **ROUSSILLON R.** (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. in Furtos et Laval C. & al *La santé mentale en acte. De la clinique au politique*. Romainville : Erès.
231. **ROUSSILLON R.** (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In Furtos J., Laval C. & al. *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*. Romainville : Erès ; pp. 221-238.
232. **ROUSSILLON R.** (2006). Pluralité de l'appropriation subjective. in *Richard et Wainrib. La subjectivation*. Paris : Dunod.
233. **ROUSSILLON R.** (2007) Post-face : Les situations extrêmes et leurs devenir. In Aubert A. Scelles R. & al. *Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Romainville : Erès. pp. 215-226.
234. **ROUSSILLON R.** (2015). *Epistémologie de la psychanalyse et clinique de la théorie*. Publié sur son site le 28 avril 2015.
<http://reneroussillon.com/2015/04/28/epistemologie-de-la-psychanalyse-et-clinique-de-la-theorie/>
235. **SABIN-FARELL R. & TURPIN G.** (2003). Vicarious Traumatization: Implications for the Mental Health of Health Workers. *Clinical Psychology Review*. 23. 449-480.
236. **SAID E.** (1978). *L'Orientalisme. L'Orient créé par l'Occident*. Paris : Seuil. 1980.
237. **SALSTON M. & FIGLEY C.R.** (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working with Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*. 16. 167-174.
238. **SANDLER J.** (1976). Contre-transfert et son rôle de resonance. *Revue Française de Psychanalyse*. XL (3). pp. 403-412.
239. **SAVOIE-ZAJC L.** (2007). Comment peut on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? in *RECHERCHES QUALITATIVES*. Hors série- numéro 5. pp.99-111.
240. **SAVOIE-ZAJC L.** (2013). interrelations entre le singulier et l'universel: les propositions de la recherche qualitative. in *RECHERCHES QUALITATIVES*. Hors série- numéro 15. pp.7-24.
241. **SCHAUBEN L.J & FRAZIER P.A** (1995). Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence victims. *Psychology of Women Quarterly*, 19. pp. 49-64.
242. **SCHWANDT T.A.** (1997). *Qualitative Inquiry: A Dictionary of Terms*. Thousand Oaks: Sage.

243. **SCHWANDT. T.A. (2003).** Three epistemological stances for qualitative inquiry: interpretivism, hermeneutics and social construction. In N. K. Denzin. & Y. S. Lincoln. *The landscape of qualitative research: theories and issues*. Thousand Oaks: Sage. pp. 292-331.
244. **SEARLES H. (1979).** *Le contre transfert*. Gallimard. 1981.
245. **SHUBS C.H. (2008a).** *Transference Issues Concerning Victims of Violent Crime and other Traumatic Incidents of Adulthood*. Psychoanalytic Psychology. 25. pp. 121-141.
246. **SHUBS C.H. (2008b).** *Countertransference Issues in the Assessment and Treatment of Trauma Recovery with Victims of Violent Crime*. Psychoanalytic Psychology. 25. pp. 156-180.
247. **SIRONI F. (1999).** *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.
248. **SIRONI F. (2001).** Traumatismes intentionnels et psychothérapie. In Marty F. & al.. *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod. pp. 135-150.
249. **SIRONI F. (2002).** Les laissés pour compte de l'Histoire collective. Psychopathologie des mondes perdus. in *Psychologie Française*. Tome 47 (3). Paris : Dunod. septembre.
250. **SIRONI F. (2004).** Les mécanismes de la destruction de l'autre. In Berthoz A., Jorland G. & al. *L'empathie*. Paris : Odile Jacob. pp. 225-247.
251. **SIRONI F. (2004).** Vers une théorie générale du traumatisme intentionnel. In *Pratiques psychologiques*. 10. pp.319-333.
252. **SIRONI F. (2007).** *Psychopathologie des violences collectives*. Paris : Odile Jacob.
253. **SMITH J.A (2004).** Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1. pp. 39-54.
254. **SMITH J.A & OSBORN M (2008).** Interpretative phenomenological analysis. In J.A Smith (Ed.). *Qualitative Psychology: A practical Guide to Methods* (2sd edn). London: Sage.
255. **SMITH J.A. FLOWERS P. LARKIN M. (2009).** *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research*. London : SAGE.
256. **STEED L.G. & DOWNING R. (1998).** A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2.
257. **STORA B., TEMIME E. (2007).** Introduction générale. Quelques réflexions sur l'immigration. in Stora B. Temime E. *Immigrations : l'immigration en France au XXème siècle*. Lisieux : Hachette. pp. 9-40.

258. **STURM G.** (2004). Le racisme et l'exclusion. in Moro MR., De La Noë Q., Mouchenik Y. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social.* Grenoble : La pensée sauvage. pp. 265-278.
259. **STURM G.** (2005). *Les thérapies transculturelles en groupe « multiculturel ».* Une ethnographie de l'espace thérapeutique. Thèse de doctorat en psychologie. Université Paris 13.
260. **STURM G. NADIG M. MORO M.R.** (2011). *Current developments in French ethnopsychanalysis.* in *Transcultural Psychiatry*. 48 (3). 205-227. SAGE.
261. **SZTULMAN H. & AL.** (1983). *Le psychanalyste et son patient. Etudes psychanalytiques sur le contre-transfert.* Toulouse: Privat.
262. **TISSERON S.** (1995). *Le psychisme à travers les générations.* Paris : Dunod.
263. **VAPENSTAD E.V** (2010). The ambiguity of the psychoanalytical situation and its relation to the analyst's reverie. In *Psychoanalytic Psychology*, vol.27 (4). pp. 513-535.
264. **VIGNEAULT J.** (1993). Transferts et déplacements. *Trans.* pp. 223-238.
265. **VON BENEDEK L.** (1989). *Le travail mental du psychanalyste.* Belgique: editions universitaires Bégédis.
266. **WIDLÖCHER D.** (2004). Dissection de l'empathie. *Revue Française de Psychanalyse*, 68 (3). pp. 981-992.
267. **WILDOCHER D.** (2007). La recherche : pour qui et pour quel débat. In Emanuelli M. Perron R. *La recherche en psychanalyse.* Paris : Presses Universitaires de France. pp. 39-52.
268. **WILSON J.P. LINDY J.D.** (1994). Empathic Strain and Countertransference. in WILSON JP. LINDY JD (Eds). *Countertransference in the Treatment of PTSD.* pp. 5-30. New York: The Guilford Press.
269. **WILSON J.P. LINDY J.D. RAPHAEL B.** (1994). Empathic Strain and Therapist Defense: type I and II CTRs. in WILSON JP. LINDY JD (Eds). *Countertransference in the treatment of PTSD.* pp. 31-61. New York: The Guilford Press.
270. **WINNICOTT D.W.** (1947). La haine dans le contre-transfert. in *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot. 1969.
271. **WINNICOTT D.W.** (1957). *L'enfant et sa famille.* Paris : Payot. 2006.
272. **WINNICOTT D.W.** (1962). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot. 1992.
273. **WINNICOTT D.W.** (1967). *Conversations ordinaires.* Paris : Gallimard. 1988.
274. **WINNICOTT D.W.** (1969). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques.* Paris : Gallimard. 1975.

- 275. **WINNICOTT D.W.** (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris : Payot.1989.
- 276. **WINNICOTT D.W.** (1971). *Jeu et réalité, l'espace potential*. Paris: Gallimard.1975.
- 277. **WINNICOTT D.W.** (1984). *Déprivation et délinquance*. Paris : Payot. 1994.
- 278. **YARDLEY L.** (2000). Dilemmas in qualitative health research. In *Psychology & Health*. 15. pp. 215-228.
- 279. **YARDLEY L.** (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. In SMITH & al. *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. London: SAGE.
- 280. **YIN R.** (1989). *Case Study Research: Design & Methods*. 2^{sd} édition. Beverly Hills: Sage.

Résumé

Notre recherche explore les mécanismes de transmission du trauma dans le contre-transfert chez les thérapeutes travaillant auprès des patients traumatisés, l'impact de la clinique du trauma chez eux et les processus soutenant le traumatisme vicariant. Des entretiens semi-structurés d'une moyenne d'une heure trente ont été conduits auprès de trente et un participants. Nous avons effectué une analyse phénoménologique interprétative (Smith 2009) des données afin de rester au plus près de l'expérience subjective des participants autour du phénomène étudié. Les résultats de notre étude mettent en lumière des réactions contre-transférentielles invasives : Le corps du thérapeute comme lieu d'inscription transitoire des transmissions traumatiques indicibles ; le vécu émotionnel vif traversé par des moments de questionnements identitaires, de sentiment de honte et de culpabilité, d'agressivité retournée en une crainte de traumatiser le patient ; un sentiment de désinscription de la communauté des pairs dans le contexte humanitaire. Nos résultats répondent à des interrogations soulevées dans des recherches antérieures sur le phénomène du contre-transfert dans le trauma. Ces interrogations portent sur une éventuelle spécificité du contre-transfert auprès des patients traumatisés au regard d'autres problématiques ; la spécificité de cette clinique nécessitant une formation ciblée ainsi qu'un dispositif d'accompagnement particulier pour les professionnels ; l'implication du contexte de travail dans les réactions contre-transférentielles et l'interaction avec le matériel traumatique. Cette étude démontre l'importance des recherches dans la pratique clinique. Elle témoigne des écarts pouvant exister entre théorie et pratique, et des implications d'une recherche à partir de la clinique sur la théorie elle-même.

Mots clés: Contre-transfert; Trauma; Contexte humanitaire; Transmission; Etrangeté culturelle; Etrangeté traumatique; Clinique transculturelle; Traumatisme Vicariant; Stress Traumatique Secondaire.

Summary

The objectives of our study was to explore the mechanisms implicated in trauma transmission through counter transference reactions in therapists working with traumatized patients; to identify trauma impact on therapists and the processes underlying vicarious traumatization. Semi-structured interviews of one hour and a half in average were conducted with 31 therapists working with traumatized patients. Following the principles of the Interpretative Phenomenological, the analysis promoted the therapists subjective experience of the studied phenomenon. Participants expressed a feeling of disinclusion from the therapists' community; inability to re-account the narratives of the patients or to share the emotional confusion stirred by the therapy and that could affect the therapist's vision of the world around; experiencing moments of strangeness and inner disquiet; discomfort pertaining to the validity of their theoretical background; resonance in the defense mechanisms deployed by therapists and by patients at certain moments of the therapy; resorting to disregarding cultural interpretations/ generalizations to make sense of an utterly painful situation and put a protective distance with the patients' culture of origin; three types of

emergent scenarios. Exploring the disorganization in each therapist's narrative structure reflects the style of defense mechanisms mobilized. Transgressive aspects of the trauma narratives are the most implicated in the disqualification of the patients' culture of origin. Trauma transmission is not static and does not necessarily obstruct the therapeutic alliance, insofar as the examination of countertransference reactions helps transform trauma transmission elements into means to better understand the therapeutic process.

Keywords : Countertransference ; Trauma; Humanitarian context; Transmission; cultural otherness; traumatic otherness; Transcultural psychology ; Vicarious Traumatization ; Secondary traumatic Stress.