



HAL
open science

Différences culturelles et rencontre du vide: vécu contre-transférentiel en clinique du Traumatisme, quel repères pour le psychologue expatrié?

Alicia Landbeck, Alexandra Laurent

► To cite this version:

Alicia Landbeck, Alexandra Laurent. Différences culturelles et rencontre du vide: vécu contre-transférentiel en clinique du Traumatisme, quel repères pour le psychologue expatrié?. 2eRencontre PsyExpat Du normal au pathologique: clinique de l'expatriation, Psy-expat, 2018, Ho-chi-Minh, Vietnam. hal-02968051

HAL Id: hal-02968051

<https://hal.science/hal-02968051>

Submitted on 15 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Différences culturelles et rencontre du vide : vécu contre-transférentiel en clinique du Traumatisme, quel repères pour le psychologue expatrié?

Alicia Landbeck, Psychologue Clinicienne, Doctorante en psychologie clinique

Alexandra Laurent, Professeur de psychologie clinique,

Laboratoire Psy-DREPI, UBFC-Dijon

Publication d'Acte de colloque « Du Normal au Pathologique, clinique de l'expatriation », Réseau PSY-EXPAT, Ho-chi-Minh, 23 Nov. 2018.

Introduction

Le travail à l'étranger implique finalement pour le clinicien d'être lui-même en situation d'expatriation. Plongé dans une culture Autre, le clinicien peut lui aussi vivre ce bouleversement de ses repères, de son mode de vie. Plongé dans ce nouvel environnement, nous pouvons alors nous poser la question des repères que le psychologue peut alors trouver, confronté alors lui-même à ces questions autour de l'expatriation, vivant lui-même cette situation particulière de la rencontre avec une autre culture.

Cette notion de culture peut se définir comme un réservoir de représentation, définissant alors le monde qui nous entoure, donnant un sens. Cet étayage culturel peut alors être un appui à la symbolisation, servant à la fois de contenant et d'étayage, dans cet appel à des représentations connues, liées et liantes, rattachée à la question de nos origines. Un réservoir de sens et de représentations, mais qu'en est-il lorsque c'est le clinicien qui, s'expatriant dans un autre pays, se retrouve à la rencontre d'une autre culture, d'autres sens, d'autres représentations pouvant parfois être très différentes des siennes ?

Dans les terrains humanitaire ou d'aide au développement, la clinique du traumatisme et les questions des précarités sont également prégnantes, en plus des questions autour de la culture. Au sein de la rencontre auprès des personnes exprimant un traumatisme se joue également les dimensions contre-transférentielles propre à cette clinique. Le vécu du clinicien est alors imprégné de ces éléments partagés et pourtant de l'ordre de l'innommable, de l'impartageable.

Par le biais d'une expérience de terrain au Cambodge, nous nous poserons ici la question de la mise en sens et du travail clinique auprès d'enfants victimes de sévices. Dans ce contexte ou trauma et

différences culturelles se croisent, nous viendrons questionner la mise en place d'un dispositif de soin auprès d'enfants accueillis pour donner suite à des événements traumatogènes et présentant une souffrance en lien avec ce vécu traumatique.

La prise en charge du traumatisme : rencontre intersubjective et interculturelle

Le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique peut recouvrir différentes formes et les symptômes différer dans leurs expressions selon les cultures (Baubet & Médecins sans frontières (Association), 2003; Bossuroy, 2016; Hinton, Pich, Marques, Nickerson, & Pollack, 2010; Hinton, Pich, Safren, Pollack, & McNally, 2005) mais également selon les âges (Potamianou, 2001; Romano, 2013). Cependant, il se caractérise souvent par le symptôme pathognomonique de la compulsion de répétition. La violence de l'événement est telle que le sujet ne peut l'exprimer. Le Traumatisme s'exprime par son absence de représentation, son absence de fantasmes et d'image, en deca de la culture, au-delà du principe de plaisir. Une clinique du négatif ou l'objet ne peut être investi, car représentant un danger faisant émerger des angoisses d'anéantissement, ou d'annihilation contre lequel le sujet se défend inlassablement (Green, 2011). C'est la question de la subjectivation qui est en jeu-là ou le narcissisme, parfois insuffisamment consolidé, est touché. Le cadre de travail est également impacté par ces questions de précarités (Aubert & Scelles, 2007). Pour les enfants que nous rencontrons, se mêle au traumatisme la question de la précarité et des différentes ruptures auxquelles ils ont pu être confrontés. Le lien à l'autre peut être parfois vécu comme dangereux, attaqué, la confiance en l'autre impossible, venant réactiver les vécus traumatiques. Une rencontre-non rencontre passant alors par l'établissement d'un espace contenant et sécurisant, un premier étayage non pas sur le sujet mais sur le cadre, lui-même au prise de cette instabilité et cette précarité, dépendant des contextes politique et socio-économique et des éléments contre-transférentiels portés sur l'institution elle-même (Aubert & Scelles, 2007; Kaës, 2012a).

Culture et contenance

L'établissement de ce cadre contenant passerait alors par le langage, non pas la parole de la personne rencontrée, mais par l'investissement empathique de cette personne. Dans ces contextes, la question de la parole passe alors par la médiation de l'interprète, porteur de cette contenance lui aussi, tant par le biais des mots en lui-même que par l'aspect de la transformation effective de la parole, d'un sens à un autre, d'une langue à un autre, d'une culture à une autre. Un premier

accordage se fait alors entre clinicien et interprète, premier pont entre ces deux cultures, ces deux systèmes de représentation. (Coyer, 2014; Kouakou, 2001) Sans forcément s'agir d'équivalence, encore moins au mot pour mot, c'est tant l'engagement du clinicien que de l'interprète au sein de la rencontre que passe la mise en place de ce cadre, un cadre qui au départ n'a pas forcément pour objectif la rencontre, mais l'établissement d'un espace singulier et partagé ouvrant à la potentialité. Un espace potentiel, avant d'être un espace transitionnel. Un espace potentiel ouvert sur la rencontre toujours potentielle aussi avec deux Autres, en étayage de ce processus de subjectivation. La contenance et le travail d'interprétariat est également en lien avec la question culturelle. La culture est appréhendée comme la « somme des connaissances et des comportements qui caractérisent une société humaine » (Baubet & Médecins sans frontières (Association), 2003), permettant également un accès à un réservoir de représentation qui vient étayer le sujet dans la mise en sens et l'expressions de ses difficultés (Thierry Baubet, Moro, 2003; Hinton et al., 2010; Kaës, 2012b; Kaiser et al., 2015; Radjack, Baubet, El Hage, Taieb, & Moro, 2012). Cependant, ces représentations culturelles, si elles participent du groupe et de la communauté, doivent également être appréhendées dans leur valeur subjective et leur modalité d'appréhension propre au sujet. La mise en sens et l'expression de la vie intime est alors teintée de ces expériences personnelles, relatée au travers du système représentatif du sujet, pouvant différer du système représentatif du clinicien expatrié. Le risque est alors de passer à côté du sens transmis, de vouloir trop culturaliser ou au contraire, de ne pouvoir être réceptif à la parole, au discours. Cependant, le clinicien lui-même va s'étayer sur son bagage théorico-clinique et ses propres représentations afin de donner du sens. Plongé dans une autre culture, ces repères peuvent être ébranlés ou au contraire se durcir dans une position défensive face à la violence des traumatismes et au risque de bouleversements identitaires. Ces éléments culturels peuvent cependant venir participer de la rencontre intersubjective, dans un espace de co-construction s'appuyant sur la médiation de l'interprète et l'appareil à penser du clinicien. Dans cet espace de double culture et de rencontres groupales, ces écarts peuvent constituer un frein, mais également un support d'élaboration (A. Landbeck, A. Laurent, D. Derivois)

Le vécu du clinicien

Cette démarche suppose alors un engagement, un engagement à la fois collectif et individuel, un engagement du clinicien. Comme le souligne Bertrand, dans ces contextes, se pose la question de la souffrance : « la douleur des patients, la souffrance du praticien » (Aubert & Scelles, 2007).

Face au traumatisme, le clinicien est confronté à l'absence de représentation et à la sidération. Dans la rencontre s'expriment les réactions émotionnelles et comportementales, conscientes et inconscientes de la personne. Le matériel emmené durant la rencontre peut alors porter ces

éléments traumatiques que sujet et thérapeutes partagent. Les effets contre-transférentiels se caractérisent de manière générale par une perturbation des systèmes de pensées, la sidération de l'appareil psychique. Pour la personne, c'est la possibilité de se sentir sujet qui est en jeu, entre. C'est la mise hors-jeu des processus de pensées, touchant à la fois le sujet et le clinicien. Le clinicien se retrouve également face à cette impossibilité de dire, de manière effective dû à la différence de langue, mais également face à la complexité de mise en sens. Ses propres inhibitions et défenses peuvent également être mobilisées pour venir se protéger du traumatisme. Dans la littérature, les effets de la rencontre avec des patients traumatisés ont été théorisés sous différentes formes. La question du Traumatisme vicariant par exemple, évoque les effets des rencontres cumulées avec ces patients violentés, se traduisant par des modifications cognitives, au niveau de l'identité personnelle, de sa vision du monde, et vient impacter l'estime de soi, ses croyances et compétences et vient toucher à l'intimité. D'autres auteurs évoquent également la question de la fatigue compassionnelle. Sans cette fois-ci prendre en compte les changements cognitifs, cette théorisation évoque les symptômes qui viennent se traduire du côté du thérapeute, ainsi que ses réponses émotionnelles. Ces effets de la rencontre s'expliquent selon ces théorisations par les effets du contre-transfert, ou les thérapeutes peuvent venir s'identifier à l'impuissance vécue par ces patients, leur détresse et leur vulnérabilité. Ainsi, l'absence d'analyse du contre-transfert serait un facteur de risque de Traumatisme Vicariant ou de fatigue compassionnelle (Stress traumatique secondaire). C.Lachal (Lachal, 2006) évoque un « partage du Traumatisme » ou « 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 ». Le thérapeute, en écho à ce qui se transmet dans la rencontre, va imaginer, créer un scénario constitué d'émotions, d'images. Ce scénario émergent permet un éclairage du contre-transfert du clinicien et du matériel transmis au Thérapeute, utilisable comme transformateur pour la rêverie et la mise en forme progressive des éléments traumatiques.

A la rencontre des enfants

C'est dans une ONG de protection de l'enfance au Cambodge que nous nous sommes rendus, durant un an. L'objectif de notre travail était de venir questionner la mise en place d'un dispositif de soin auprès d'enfants victimes de sévices, dans un contexte humanitaire et interculturel. L'ONG, nommée Komar Rikreay (KMR), accueille depuis vingt ans des enfants en situation de précarités. Spécialisé au départ dans l'accueil d'enfants des rues, ses programmes se sont développés pour aujourd'hui proposer un accueil en centre de courte durée, un accueil dans des familles d'accueil et un soutien à la parentalité au sein des communautés.

C'est dans ce cadre, que nous avons rencontré dix enfants. Ces rencontres leur ont été proposées pour donner suite à un premier entretien ainsi qu'à la rencontre avec les travailleurs sociaux et leur famille d'accueils. Lors des premiers entretiens, les enfants avaient alors exprimé des moments d'angoisses massives, se traduisant dans des mouvements intenses de répétitions, de dessin compulsif représentant ogres et fantômes menaçant, et des moments de dissociations. D'autres enfants eux, présentant une inhibition massive, un blocage total de la pensée et un lien qui semblait alors impossible. Les enfants rencontrés avaient tous eu dans leur parcours de vie rencontré plusieurs événements traumatogènes, aboutissant à un placement au sein de cette ONG.

Nous leur avons alors proposé de se rencontrer une fois par semaine, durant 45 minutes, dans le cadre d'entretiens. Ces entretiens se sont basés principalement sur la médiation. Nous avons présenté ces moments comme un endroit pour pouvoir dire, avec les mots ou avec les objets, ce qu'il y a dans son cœur, pour comprendre et prendre soin de son cœur. Nous nous sommes appuyés sur la traduction littérale de la psychologie en Khmer, « plaw chet », la « voie du cœur », pour présenter ces temps de rencontres. Sur une natte au sol, habituelle au Cambodge, nous avons disposé au départ des tissus et du matériel à dessin. Sur les étagères était à disposition d'autres jeux, Playmobil, livres, lego ou encore petites voitures. Si au départ les médiations proposées restaient centrées sur le matériel disposé sur la natte, le dispositif a progressivement évolué, devenant lui-même malléable.

Nous allons présenter ici l'évolution du dispositif, en lien avec le vécu contre-transférentiel du clinicien et les éléments venant se jouer au sein de la rencontre intersubjective. Nous allons présenter trois vignettes cliniques, venant illustrer trois temps forts de l'évolution du dispositif et des enjeux des rencontres avec les enfants. Puis, nous allons reprendre ces éléments au regard du vécu contre-transférentiels et de l'évolution du dispositif en lui-même.

Vignettes cliniques

Heng

Heng est un enfant de 13 ans, qui ne parle pas. Accueilli à KMR depuis plusieurs années suite à un abandon de ses parents, c'est un enfant qui est placé en famille d'accueil. Très discret, il ne parle presque jamais, ne s'exprime jamais. Abandonné à l'âge de 6 ans devant une structure sociale de poipet avec son sac à dos, il semble s'être complètement éteint. A chaque question que nous lui posons, sa réponse reste identique « Je ne sais pas », prononcé d'une voix presque imperceptible, parfois sans aucun son qui ne sort ou d'une voix rauque et enrrouée lorsqu'il essaye de parler un peu plus fort. Nous lui proposons plusieurs médiations, lui demandons ce qu'il souhaite faire à chaque rencontre et la réponse reste identique. Nous ne savons alors plus quoi faire nous non plus. Nous non plus, nous ne « savons pas », comme si finalement, il n'y avait pas non plus de réponses, ni même plus

de questions. Je lutte et ressent alors comme une sorte de destinée implacable, immuable, figée dans un rien dans lequel il n'est aussi possible de rien faire. Finalement nous aussi, nous partageons ce « je ne sais pas ». Nous non plus, nous ne savions pas. Un je ne sais pas qui pèse, un je ne sais pas qui a commencé il y a longtemps, selon Heng et dans lequel finalement, Nil nous semble ne pas trouver d'issue. Mais faut-il savoir ? Veut-on savoir ? Heng nous répondra alors que on, c'est mieux de ne pas savoir.

Soriya

Soriya est une jeune fille de 13 ans, accueillie à KMR suite à des abus sexuels. Lorsque nous la rencontrons, Soriya parle presque exclusivement de l'école, et des bonnes mœurs : plus tard, elle voudrait faire professeur pour apprendre aux enfants à bien se conduire. Elle se présente comme une jeune fille parfaite, respectueuse et surtout très respectable aux vues des mœurs. Dans les rencontres, elle semble particulièrement intéressée par les histoires. Après ces moments de lectures, nous commencerons à jouer les histoires des livres que nous lisons. Le collage reste très présent, comme si l'écart et la création ne trouvaient pas de place. Soriya s'intéresse de plus en plus aux histoires de fantômes et dans le cadre des rencontres, une peur commence à être évoquée. Sous l'effet de surprise, Soriya tourne une page et tombe sur l'image d'un fantôme tirant la langue. Soriya sursaute, pousse un cri de surprise et de peur. Elle ne s'y attendait pas, elle n'était pas préparée à voir cette image de fantôme. Ne s'y attendant pas, elle a eu peur. Un décalage survient alors très doucement entre les histoires et ce que nous jouons. Soriya commence à insister sur le jeu des fantômes, qui doivent tirer la langue. Un espace semble très doucement se créer, toujours mis à distance dans une désactivation et une immobilisation des affects, ainsi qu'un mouvement de déni. Les fantômes lui font peur, mais à la fois pas peur.

Roën

Roën est un petit garçon de 9 ans, accueilli à KMR pour donner suite à nombreuses violences conjugales et des faits de maltraitance grave envers lui et son petit frère. Lorsque nous rencontrons Roën, il peine à utiliser le matériel. Il se centre alors principalement sur les livres et surtout le dessin. Ces dessins font l'objet d'expressions de reviviscences intenses, dans lesquels sont évoqués la violence intra-familiale dont il a été victime. Des ogres, des fantômes font leur apparition, toujours plus menaçant. Malgré les tentatives de Roën de calmer ses angoisses, il n'y parvient pas et ces reviviscences s'expriment alors directement sur la scène corporelle, en explosion. Il se tape la tête contre le mur, ou se frappe lui-même. Le dessin reste plus investi et toujours compulsif. Roën ne semble pas pouvoir s'arrêter, avant de s'écrouler de fatigue « Or », « je n'ai plus rien en moi là ». Cependant, les tentatives de jeux échouent à chaque fois. Puis, Roën s'intéressera à la malle. Il

l'ouvrira et durant presque un mois et demi, sortira chaque objet. Il ne semble pas pouvoir s'arrêter, comme aux prises d'une sorte de frénésie marquée par la survie. Il regardera chaque jeu, nous demandant de chercher avec lui comment les utiliser. Certains jeux semblent l'intéresser, comme celui d'une petite bille qu'il faut faire rouler sans qu'elle ne tombe dans un trou. « Si ça s'arrête, si la bille arrête de bouger alors on perd, c'est perdu et il n'y a plus rien ». Il explique alors qu'il cherche un objet pour « être content, un objet avec lequel je peux jouer et qui me rend content, qui me fait du bien, un objet qui va faire calme en moi ». Un objet comme introuvable et nécessaire à la fois, dont il ne semble pouvoir se passer. Un objet qu'il ne trouve pas et qui ne contient pas, ou à la fin de la rencontre, tout est sorti de la malle sans laisser aucune place sur le sol pour que nous puissions nous même nous déplacer.

Le contre-transfert comme transformateur

La rencontre du vide

Le traumatisme vient effracter le pare-excitations. Les enfants rencontrés présentent pour la plupart des symptômes mêlant à la fois inhibition massive et à la fois expression des traumatismes. L'activité créatrice semble être complètement éteinte et malgré les différentes médiations proposées, les enfants ne semblent pour la plupart pas pouvoir s'en saisir. Le blocage de la pensée est bien présent mais les images comme absente de la vie psychique du sujet, coupée, clivée, comme inexistantes. L'activité créatrice semble être complètement éteinte et malgré les différentes médiations proposées, les enfants ne semblent pour la plupart pas pouvoir s'en saisir

Auprès des enfants rencontrés, ce qui marque le plus et la dimension du vide. Du rien, du vide, de l'absence de représentation, de l'absence de rêve, de l'absence même de répétition et d'un mouvement finalement comme figé. Des enfants qui paraissent comme éteint, présent et à la fois absent. Présent au dehors de la petite maison ou nous nous rencontrons et ou dans la rencontre, plus rien ne s'exprime. Ça ne se parle plus. Vient alors le sentiment d'impuissance, mais également de recherche désespérée d'un objet de médiation pouvant venir soutenir les enfants dans un travail non pas d'élaboration, mais au moins d'expression. Comme si à la fois, il ne se passait rien, et à la fois un rien impactant également au niveau contre-transférentiel.

Des images pour rêver ?

Du côté même du clinicien, vient se rejouer ce vide et cette sidération et ce besoin également de venir s'appuyer sur l'environnement et les objets concrets à disposition, en recherche d'étayage. La sphère du langage semble être désinvestie pour certains enfants, laissant place à l'expression par le corps. Au niveau contre-transférentiel, le corps semble également venir porter les symptômes, à

défaut de venir faire sens. Une grande fatigue, des envies récurrentes de dormir se font alors ressentir. Dormir certes, mais pourtant sans rêves. En écho à l'effraction des enveloppes et à l'expression des éléments traumatiques non-contenus, l'enjeu fut alors de pouvoir exprimer et contenir ces éléments bêta.

Alors, pour pallier à ce manque d'image, nous commençons à proposer aux enfants de regarder les livres et nous faisons alors la lecture (Kaës, 2012b). Des contes, histoires traditionnelles et histoires de fantômes, venant comme apporter des images et des mots là où il n'y en a pas, dont les enfants semblent venir se nourrir sans pour autant toujours pouvoir vraiment s'en saisir au départ. Ces contes apportent également au clinicien une ouverture sur l'univers infantile et culturel, dans cette recherche de compréhension et de sens, là où la sidération psychique prend place. Pour les enfants, la représentation de soi dans l'actuel semble se baser sur des représentations issues de l'environnement, souvent nantie et venant pallier un manque narcissique. Un corps et une vie interne qui ne semble pas habitée, ou « tout le fonctionnement du sujet se conforme à des contraintes extérieures, temporo-spatiales, sociale et cognitive. L'enveloppe psychique paraît vide, sans contact avec l'aviez pulsionnelle et émotionnelle, le sujet, tout en maintenant sa cohérence, à l'impression de ne pas habiter sa propre vie, de passer à côté de lui-même et de sa propre histoire. La sauvegarde de sa stabilité se fait au prix de conduites adaptatives au monde perceptif et social qui l'environne » (Houzel, 2010). Progressivement, un espace semble alors se créer pour les enfants, permettant l'émergence des éléments traumatiques. L'appui sur l'environnement en collage semble au départ nécessaire, dans cette fonction d'étayage à la fois visuel et auditif (Houzel, 2010), pouvant permettre aux enfants de s'approprier ces éléments dans une portée plus subjective et expressive. Progressivement, un espace semble alors se créer pour les enfants, permettant l'émergence des éléments traumatiques.

La recherche d'objet à contenir

Dans les rencontres avec Roen, nous retrouvons les éléments traumatiques qui s'expriment de manière violente, surgissant au travers du corps mais également dans l'utilisation de l'objet. L'expression d'un manque, d'un manque à contenir se retrouve ainsi dans cette recherche d'objet introuvable. Si au début des rencontres l'expression traumatique et du vécu interne de Roen s'exprimaient au travers des dessins, avant de surgir sur le corporel, un déplacement semble s'opérer. Par le biais de cette recherche d'objet, Roen a pu exprimer son vécu interne, représenté directement sur le cadre physique de la pièce. Une pièce remplie, une pièce dans laquelle il ne semble plus y avoir d'espace, une pièce pleine d'objet inutilisable car inconnu pour la plupart. Cependant, cette recherche d'objet a également été vécue au niveau contre-transférentiel. Ce moment de rencontre

avec Roen à alors permis de pouvoir repenser ce qui se jouais au niveau contre-transférentiel, face au vide et à la sidération, le vécu contre-transférentiel a principalement été centré sur cette recherche d'un objet contenant, d'un objet concret, médiateur, dont les enfants pourraient se saisir. Le sentiment était comme si durant ces rencontres, les enfants ne pouvaient vraiment se saisir des objets présents dans la salle. Aucun ne semblait venir permettre de médiatiser la relation, l'expression et encore moins le jeu. Ces ressentis m'ont alors poussé à remettre en question ma pratique, le dispositif. Vouloir ajouter, remplir là où je sentais le vide.

Ce vécu contre-transférentiel semble alors venir se jouer au niveau de la clinique. Une recherche d'objet contenant aussi primordiale pour les enfants. Mis à mal dans leurs assises narcissique-identitaire et dans leur sécurité de base, ainsi que peut être dans la recherche de mise en forme des éléments traumatiques, « Le besoin d'un objet contenant semblerait, dans l'état non intégré du premier âge, produire une recherche frénétique d'objet qui puisse retenir l'attention et, partant, être éprouvé momentanément au moins comme tenant rassemblées les parties de la personnalité. L'objet optimal est le mamelon dans la bouche joint à la façon qu'a la mère de tenir et de parler et à son odeur familière. Le matériel montrera comment cet objet contenant est expérimenté comme une peau » Bick, 1968.

L'évolution du dispositif

Progressivement, les enfants ont commencé à explorer l'espace de la petite maison ou nous nous rencontrons. Le cadre en lui-même me semblait alors devenir malléable, se transformer au fur et à mesure que les enfants investissaient non pas la relation directe, mais l'espace, jusqu'à venir également à la fin de ces premier trois mois, laisser des dessins sur les murs. A commencer alors des allers-retours entre créer et détruire, construire durant les rencontres pour ensuite détruire et remettre dans les sacs, ou dans la caisse, ranger, puis parfois également laisser comme une marque de passage, un signifiant de vie au travers des constructions laissée intacte dans la caisse ou sur les étagères. Nous avons alors laissé les enfants nous guider finalement, dans une volonté de « laisser de la place » là où il nous semblait au départ comme « ne pas y avoir de place ». Ainsi, le dispositif a évolué au fur et à mesure des semaines, venant directement jouer sur les aspects malléables du cadre plus que des aspects malléables des objets en eux-mêmes. Nous gardions cependant les constantes des heures, du lieu, du début et de la fin des rencontres ainsi que le matériel, restant identique et à la fois à potentiellement découvrir. Le dessin, par moment beaucoup utilisé par les enfants, semble par moment investir puis désinvestir, dans des aller retours semblant tributaire de l'expérience première des aspects contenant et malléable du cadre lui-même, de ces jeux de construction/déconstruction/reconstruction et de l'expérience éventuelle d'un mouvement.

Progressivement, les enfants semblaient alors comme se laisser entre-deux des objets à construire ou bien détruire, des constructions partagées au gré des rencontres avec chaque enfant. C'est alors comme chaque objet, comme la pièce elle-même, qui semblaient être devenue malléable, construite et même coconstruite entre chaque enfant, durant chaque rencontre.

Conclusion

La souffrance psychique peut s'exprimer sous différentes formes, que ce soit comme Soriya ou Roen, par le biais des fantômes et des ogres, ou encore comme Heng et, dans un silence ou un plaquage à l'environnement. Cette souffrance intense se transmet alors, se partage, se vis au sein de la relation thérapeutique, imprégnant alors également le contre-transfert du clinicien. Un contre-transfert massif, venant perturber les processus de pensée. Le clinicien se trouve alors à partager cette sidération traumatique, aux prises de signifiant énigmatique, se trouve également face à deux énigmes. L'énigme du trauma et de l'innommable, de ces éléments non métabolisés, mais également l'énigme de la culture et des modes de représentations/expression. Un double décodage de non-sens qui, sans l'étayage de l'interprète et de la théorie, ne peut venir trouver sens. Mais parfois, cet étayage peut être insuffisant, à l'image également du vécu contre-transférentiel. Le vécu du clinicien peut alors être en écho au vécu des enfants, dans ce qui vient se jouer et se rejouer au sein de la relation. Un vécu qui porte alors ces éléments du trauma, venant impacter les processus de pensée. Un indicateur de sens mais pouvant également venir interrompre ou bloquer le travail. Face au traumatisme, la question des repères se pose alors, au niveau plus personnel. Pour le clinicien, qui se trouve lui-même dans une situation de construction de nouveaux repères au sein de son environnement à alors besoin d'un étayage pour penser, mais également pour partager et exprimer ce vécu de vide et de solitude. Face au traumatisme, lorsque nous ne trouvons pas au sein de notre environnement les repères et les étayages suffisant, le risque est alors d'être soi-même en situation où notre propre demande d'aide ne peut être formulée (Furtos, Laval, & Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (France), 2005). Cette expérience nous fait comprendre que dans un environnement autre, le clinicien peut être lui-même aux prises de cette clinique de l'expatriation, venant se jouer également dans le cadre des rencontres cliniques. Un moment et un espace à la fois créateur mais également complexe pour le clinicien, lui-même plongé dans ce moment de tissage de sens pour lui-même. L'étayage des pairs semble alors indispensable, ainsi que la création d'espace de pensée et d'échanges. La mise en place d'un réseau de psychologue ou d'espace de supervision et de partage prend alors tout son sens, pour les psychologues expatriés, afin d'échanger sur leur pratique, leur vécu, leur expérience.

Bibliographie

- Aubert, A., & Scelles, R. (Éd.). (2007). *Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Baubet, T., & Médecins sans frontières (Association) (Éd.). (2003). *Soigner malgré tout. Tome 1: Trauma, cultures et soins*. Grenoble, France: Editions La pensée sauvage.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bossuroy, M. (2016). *La psychologie clinique transculturelle*. Paris: Éd. in Press.
- Coyer, G. (2014). Médiation interculturelle : une mutuelle interprétation. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), 142- 155. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.08.001>
- Furtos, J., Laval, C., & Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (France) (Éd.). (2005). *La santé mentale en actes: de la clinique au politique*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Green. (2011). *Le travail du négatif*. Paris: Editions de Minuit.
- Hinton, D. E., Pich, V., Marques, L., Nickerson, A., & Pollack, M. H. (2010). Khyâl Attacks: A Key Idiom of Distress Among Traumatized Cambodia Refugees. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 244- 278. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9174-y>
- Hinton, D. E., Pich, V., Safren, S. A., Pollack, M. H., & McNally, R. J. (2005). Anxiety sensitivity in traumatized Cambodian refugees: A discriminant function and factor analytic investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1631- 1643. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.001>
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris: In Press.
- Kaës, R. (2012a). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0643>
- Kaës, R. (2012b). *Contes et divans: médiation du conte dans la vie psychique*. Paris: Dunod.
- Kouakou, K. (2001). Approche psychothérapique en clinique transculturelle. Triade thérapeute ? patient ? interprète. *Champ psy*, 23(3), 137. <https://doi.org/10.3917/cpsy.023.0137>

Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme: Contre-transferts avec les patients traumatisés*. Paris: Pensée sauvage.

Potamianou, A. (2001). *Le traumatique: répétition et élaboration*. Paris: Dunod.

Romano, H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Dunod