



HAL
open science

resilience

Mareike Wolf-Fedida

► **To cite this version:**

| Mareike Wolf-Fedida. resilience. 2024. hal-04473933

HAL Id: hal-04473933

<https://hal.science/hal-04473933>

Preprint submitted on 22 Feb 2024

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.

TRAUMATISME ET CONTRE-TRANSFERT

La résilience¹ comporte deux idées : 1° elle indique la force qu'une personne a su déployer pour faire face à une dure épreuve. Cela lui a permis de développer une stratégie de survie (image positive de soi). 2 ° Le choc subi laisse à jamais des traces, des fissures.

Il existe un double sens : d'une part, un individu a résisté au choc ; d'autre part, cette résistance va l'empêcher de faire certaines expériences de la vie (un manque dont il souffre). La psychothérapie se fera avec cette double injonction de renforcer les mécanismes d'autoprotection tout en assouplissant les mécanismes défensifs dont la nature caractérielle peut déboucher sur des nouveaux traumatismes. Ce « double bind » thérapeutique débouche nécessairement sur un « contre-transfert paradoxal » (Anzieu)². Car il s'agit de la résilience dans le contre-transfert.

La résilience place la consultation sous deux auspices : le diagnostic (évaluer le traumatisme vraisemblable et la gravité de celui-ci) et la psychothérapie (faire apparaître les diffractions psychiques causées par le ou les traumatismes et les soigner). L'évaluation d'un traumatisme ne saurait se faire instantanément. Dans les deux situations évoquées, il faut du temps. Car la gravité d'un traumatisme récent ne dépend pas toujours de son intensité circonstancielle, mais est relative aux traumatismes cumulatifs depuis la petite enfance.

Il existe une différence entre l'appréciation des moyens de défense d'une personne et ce que révèle la clinique psychanalytique. La personne « traumatisée » qui vient consulter chez un psychanalyste, c'est qu'elle ne va pas bien. Souvent à la demande de l'entourage. Le bon sens leur dit qu'il n'est pas possible de faire comme « si rien n'avait été ». Personne n'est fort. C'est ainsi la résilience prend un sens négatif. Le patient vient dès lors que cela va suffisamment mal. Il consulte, mais sa parole ouvre à la reviviscence du traumatique, tandis qu'il cherchera à se libérer d'un « événement ».

Le traumatique n'est pas dans le seul contenu d'un événement. Au fil du temps se découvre donc des « traumatismes »³ insoupçonnés. Ou alors un traumatisme initial indécélable peut entraîner des multiples

¹ Cyrulnik B., *Un merveilleux bonheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.

² Anzieu D., « Le transfert paradoxal », in *N.R.P. « La psyché »*, Gallimard, 1975, 12, p. 49-72.

³ En référence à Ferenczi et Abraham, voir Wolf M., « La commotion psychique », in Baccino E., Bessoles Ph. (sous la dir. de) *Victime-Agresseur. Le traumatisme sexuel et son devenir*, Lecques, Ed. Le champs social, 2001, p. 299-307.

traumatismes au cours de la vie. Bien qu'elle les ait subis, la personne n'a jamais cessé d'être active. Comment le destin a-t-il pu s'acharner ainsi sur la vie ? – C'est ce que l'on se demande dans la plainte. La répétition dans le malheur induit le doute : ne plus savoir si l'origine du traumatisme devait être vraiment recherché dans le passé ou s'il n'est pas encore plutôt à venir.

La littérature psychiatrique, et particulièrement phénoménologique (v. Gebattel, E. Straus, K. Goldstein)⁴, se situant entre deux guerres ou après-guerre, s'est consacrée à l'étude du traumatisme pour évaluer l'invalidité et sa prise en charge. Ces travaux ont montré qu'il n'existe pas de lien étroit de la cause à l'effet dans ce domaine. Dans certains cas, les épreuves terribles ont renforcé la personne que d'autres sortent brisées par la seule observation de scènes violentes. D'autres encore sont incapables de mettre des mots sur ce qui leur est arrivé. Nous retenons de ces études deux paramètres :

-1° l'identification avec la victime ou l'agresseur, et en cas d'accident, le déni des circonstances ou d'imputation de la responsabilité à un tiers produisent le clivage et la dépersonnalisation.

- 2° la douleur intense, qui outrepassa le supportable, occasionne les mêmes conséquences, ce sont des traces qui sont laissées, mais pas de mots (la recherche sur la douleur se heurte au caractère subjectif de celle-ci).

Dans l'histoire de la psychopathologie⁵, la notion de traumatisme a souvent été liée à deux conceptions : l'épilepsie et la névrose.

L'épilepsie a donné lieu à toutes sortes de théories sur le traumatisme en raison du caractère imprévu de la crise et l'effort pour rétablir la continuité de l'expérience vécue. Comparée à la névrose, la crise est considérée comme décharge des facteurs sexuels. La crise touche la représentation et la conscience que le sujet a de Soi.

« Le sentiment de discontinuité de l'expérience vécue vient à l'encontre du sentiment de continuité à la base de la représentation de Soi. »⁶

La pensée est affectée de manière hypocondriaque (Fédida).⁷ Les patients finissent par croire que leur pensée est dangereuse. Ils éprouvent

⁴ Goldstein K. (1927), « Le rapport de la psychanalyse à la biologie », in *La construction de l'organisme*, Paris, Gallimard, 1951. – Straus E., *Geschehnis und Erlebnis*, Berlin, Heidelberg, N.Y., Springer, 1978. – V.v.

Weizsäcker, « Der kranke Mensch. Eine Einführung in die Medizinische Anthropologie », in *Gesammelte Schriften 9*, Frankfurt /M., Suhrkamp, 1988. – Wolf M., *Théorie de l'action psychothérapique*, Paris, PUF, 1995.

⁵ Wolf M., *La psychopathologie et ses méthodes*, coll. « Que sais-je ? », n° 3298, Paris, PUF, 1998.

⁶ Beauchesne H., *L'épileptique*, Paris, Dunod, 1980, p. 175-181.

⁷ Fédida P., « Hypocondrie de la situation analytique », in Debray R., Dejours Ch., Fédida P., *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, 2002.

une forte agressivité pour « le thérapeute qu'ils présentent comme celui qui leur crée des pensées menaçant leur corps et pouvant créer des crises. »⁸

Charcot parle de l'hystérie traumatique. Freud tient à distinguer les névroses traumatiques des névroses de transfert jusqu'à la fin de son œuvre (*Abrégé*, 1938)⁹. Il insiste sur le rôle de l'effroi. Les névroses traumatiques réagissent de façon paradoxale : d'une part, elles évitent d'établir des liens, d'autre part, elles créent le souvenir par le mécanisme de la répétition. Au niveau du contre-transfert, le psychanalyste est privé de donner des images au contenu psychique. La représentation ne se joue pas dans le transfert, mais fait irruption, évoquant les diffractions de l'image. Le terme de *Schreckhypnose* (hypnose d'effroi) met en évidence le facteur « anesthésique » de l'effroi traumatique.

Dans la découverte de la psychanalyse qui est surtout – comme on le sait - celle du paradigme de la névrose, la psychogenèse réside dans le traumatisme infantile. L'activité psychanalytique se réfère à ce traumatisme énigmatique. En un sens, on peut dire que les bienfaits de la cure résident dans une élaboration rétrospective de l'histoire psychique à partir de l'événement. On peut dire qu'aujourd'hui, le psychanalyste ne prend pas la même position face au traumatisme, selon qu'il se place du côté de celui qui écoute (thérapeute) ou du côté de celui qui cherche (enseignant, superviseur). Mais la question est plus complexe : en quoi l'analyste a-t-il besoin d'une référence au traumatique alors que la découverte d'un traumatisme n'apportera rien à la théorie ? Tout comme on peut faire l'hypothèse, par exemple, que Freud en rédigeant le cas du « Petit Hans » n'a « rien appris qu'il ne sût déjà ».¹⁰

Cette contradiction entre la clinique et la théorie mobilise particulièrement le contre-transfert, parce que l'analyste doit se demander à certains moments s'il n'est pas trop exigeant et de ce fait s'il n'introduisait pas un facteur traumatique. Dans ce cas, les troubles de la représentation qu'éprouve le psychanalyste deviendront sa véritable attention clinique.

Sur le plan théorique¹¹, le trauma psychique d'une névrose correspond à la *fixation* (au cours de la phase sensible dite oedipienne) qui est intervenue. Par la suite, la vie infantile alimentera le symptôme névrotique. Pour certaines psychoses, il a été démontré que la succession de mini-traumatismes depuis la naissance aiguille la relation à deux

⁸ Beauchesne H., *op.cit.*, p. 184 .

⁹ Freud S., *Abrégé de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1985.

¹⁰ Cf. les commentaires sur l'autobiographie du « Petit Hans » à l'âge adulte : Graf H., *Mémoire d'un homme invisible*, Paris, E.P.E.L., 1993.

¹¹ Wolf M., *Phobie et paranoïa. Etude de la projection*, Paris, Dunod, 2001.

(mère-bébé) sans réciprocité. Le tout petit enfant est envahi et anéanti par la vie psychique de l'adulte. Un véritable environnement parental ne s'installe pas. L'enfant reste passif. Il devient trop réceptif au fantasme de l'adulte et s'inscrit dans un processus de l'incarcération. En ce qui concerne les perversions et les positions du sado-masochisme (victime – agresseur), les études récentes mettent en évidence le cercle de la répétition : la victime devient l'agresseur. Ce lien n'est pas toujours évident, car l'agression peut se retourner contre sa personne propre : automutilation, anorexie, tentatives de suicides à répétition, mises en échec de la vie professionnelle, endommagement de la vie psycho-sexuelle, etc.

Les trois variantes psychopathologiques illustrent bien le fait qu'un traumatisme entraîne la répétition de celui-ci. C'est comme si la vie psychique cherchait à s'éloigner du vécu traumatique par une perpétuelle reprise de la « mis en scène » du scénario traumatique sur des plans différents. Le jeu de mots sur la répétition théâtrale vient de Freud lui-même (« The rehearsal »)¹². Ce qui est craint est la répétition de l'événement traumatique : la vie psychique anticipe cette éventualité en contrôlant le scénario. Elle s'y confronte par fragments. Il s'agit de rééditer de façon compulsive un contenu déformé permettant au sujet de devenir l'acteur. Il est soumis à l'illusion de maîtriser ce qu'il ignore. Ce qui compte, c'est de ne pas subir, mais d'agir. C'est d'ailleurs, le rôle du rêve (Widlöcher, « Le rêveur est acteur de ses actions »)¹³. D'où l'importance du rêve comme gardien du sommeil dans la perspective de la théorie du trauma.

Malheureusement, les affections psychiques et mentales ne se laissent pas toujours déterminer de manière aussi claire. Les névroses s'intriguent souvent entre elles ou comportent d'autres affections. Freud l'a bien signalé. (« On peut être névrosé et marchand de tabac ! »)¹⁴ Cela dit, une névrose ne met pas à l'abri d'une affection organique ou d'autres événements douloureux de la vie. Ce qui vaut ici pour la névrose vaut également pour la psychose. Elle peut se combiner des traits névrotiques, montrer des états antérieurs soit sous forme de stade évolutif ou d'état apparenté. Et elle peut, bien sûr, être entraînée par une maladie organique.

¹² Freud S., (1905/1906) « Personnages psychopathiques à la scène », in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984. Voir aussi la correspondance avec la cousine de V.v.Weizsäcker, in Wolf M., « Epreuve de l'écriture », in Gribinski M. (textes réunis par) *Analyse ordinaire, analyse extraordinaire*, II, Paris, Gallimard, 1994 .

¹³ Widlöcher D., Garma L., « Le rêve entre la clinique psychanalytique et la clinique du sommeil », in *Revue Internationale de Psychopathologie. Les rêves*, 1996, 23, p. 558/559.

¹⁴ Freud S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976.

Rosine Debray¹⁵ va jusqu'à dire que la névrose et la psychose ont pour bénéfice d'être « bien mentalisés ». « Ils ne souffrent pas de l'irrégularité du fonctionnement mental. » Tandis que les affections narcissiques sont sujet à toutes sortes de désorganisation pouvant conduire jusqu'à la dépression essentielle.

Se pose ici la question : comment le clinicien psychopathologue se place-t-il face au traumatisme ? Existe-t-il encore une différence entre ces affections et une névrose traumatique proprement dite ? Le traitement psychique (comme Freud l'appelle au début de sa découverte) ne vise-t-il pas toujours une représentation névrotique où peu importerait la réalité du traumatisme (cf. sa correspondance avec Fliess au sujet du « souvenir écran »). Du point de vue de la subjectivité, y-a-t-il un intérêt à établir une distinction entre support matériel réel et représentation psychique ? Tout vécu n'est-il pas subjectif ? Peu importe, dans ces conditions, s'il s'appuie sur des faits réels ou leur interprétation. On pourrait argumenter : l'imagination se trouve toujours un support matériel et les faits matériels ne trouvent-ils pas un doublage fantasmatique ! Les derniers colloques en victimologie à Montpellier¹⁶ ont notamment permis de bien distinguer dans quelle mesure le travail entre patient et clinicien est tout à fait autre, selon qu'il s'agit d'une séduction infantile supposée, volontairement inventée de façon mythomane ou les conséquences d'un viol réellement effectué. Nous savons que la vie psychique recourt à des modes très différents pour signifier le vécu. L'ignorance de la part du thérapeute risque de faire basculer le patient dans la dépersonnalisation.

Effectivement, au niveau du contre-transfert, l'analyste peut ressentir un changement de registre et pressentir la fonction de dépersonnalisation lorsque le traumatisme change de qualité. L'oscillation entre une élaboration fantasmatique et un fait réel non élaboré est éprouvée de façon troublante par l'analyste. Parlons de ces moments-là où le psychanalyste en situation de psychothérapie se trouve en face à face avec le patient. La séance va son cours. Le patient parle, l'analyste l'écoute attentivement pour permettre au patient d'être plus proche de sa propre vie psychique et pour prendre également en compte celle d'autrui. À ce stade, la relation thérapeutique est établie. Elle est de confiance. Toutes les conditions sont réunies pour effectuer un travail favorable. Pourtant pointe une insatisfaction, voire un malaise chez le praticien ! Il est convaincu de passer à côté de l'essentiel et de ne pas savoir, de quelle

¹⁵ Debray R., « L'irrégularité du fonctionnement mental », in Debray R., Dejours Ch., Fédida P., *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, 2002, p.23.

¹⁶ « Victime-Agresseur. Le traumatisme et ses devenirs », Montpellier, Ecole de Médecine, juin 2000 ; « Les perversions sexuelles », Montpellier, Ecole de Médecine, juin 2001.

façon avancer pour une version plus juste des faits. Vous vous demandez, si vous voulez maintenant dépasser le but de tout traitement psychothérapique. Et vous commencez à vous mettre en question : est-ce à cause de l'ennui éprouvé que vous voulez mettre de l'action ? Mais pourquoi là, maintenant ? Pourquoi avoir eu l'idée de renforcer les idéaux du moi avec ce patient à ce moment-là ?

Evidemment, il n'est pas question d'interrompre la parole – alors qu'elle se poursuit – pour intervenir de manière directive en lui ordonnant de venir aux faits. Mais, quels faits, d'abord ? Les interventions directives sollicitant l'évocation des faits réels n'apporteraient rien sinon un brouillage pouvant faire douter le patient de ce qu'il a vécu – ou encore une récrimination négative à l'égard du thérapeute, peut se produire comme si c'était le thérapeute qui introduisait par suggestion une croyance dans des événements traumatiques. Pourtant l'éclosion du transfert négatif est inévitable (Anzieu)¹⁷. L'analyste se trouve dans une situation paradoxale : soit il continue à écouter comme s'il en était rien quitte à se faire ensuite reprocher de « traîner » la psychothérapie au lieu de la faire avancer. Soit il veut aller au-devant et l'interprétation est vécue comme une agression renforçant le caractère traumatique.

Ce contre-transfert paradoxal caractérise les moments où l'analyste se met à écouter deux discours : l'un ressemblant à la névrose et l'autre divagant vers un traumatisme de nature inconnue. Ce double message le place dans une situation psychotique.

J'ai trouvé quelques éléments d'explication lors de mes dernières recherches sur des troubles neurologiques¹⁸ qui induisent des conflits psychiques ainsi que sur la maturation des processus psychiques. Les personnes atteintes par une maladie organique et/ou les personnes âgées obligent le psychanalyste à réviser complètement la notion du traumatisme. Il est obligé à se demander quel statut donner au traumatisme ? Possède-t-il encore une pertinence – étant donné que le patient est occupé à se rendre la vie quotidienne moins difficile. Face à un handicap, induit par la maladie, l'accident ou l'âge, le clinicien peut subitement oublier la vie psychique.

C'est ne pas compter avec le patient ! À peine celui-ci sent que l'on risque de penser qu'il sort du champ de compétences, il s'avéra un grand producteur de théories psychiques (dans cette démarche s'inscrit l'intérêt pour la généalogie, l'autobiographie, etc.). Simplement, on a l'impression

¹⁷ Anzieu D., *op.cit.*

¹⁸ Eustache F., Wolf M., *Trouble neurologique. Conflit psychique. « Monographie de Psychopathologie »*, Paris, PUF, 2002.

d'écouter des fantasmes ! On perd toute référence théorique sur le trauma. La conviction avec laquelle le patient livre ses récits fait douter de ses propres références. C'est à se demander, si vous vous livrez à fabriquer la « théorie de la confiture » (Freud, 1932)¹⁹. Bien que l'impression soit d'avoir affaire à des véritables structures névrotiques, elles peuvent sembler rigides, surinvesties, voire même empruntées. On ressent un transfert de placage. Contre-transférentiellement, le caractère artificiel de la situation fait redouter ce qui peut advenir. Mais alors qu'est-ce qu'il en est, dans ce cas, de la nature des mécanismes de défense en réaction avec le faux-self ? Qu'est-ce qu'on ne veut pas montrer ? Mais est-ce possible de le montrer ?

S'agit-il d'un état dépressif assuré par une stratégie de recouvrement s'inspirant de l'hystérie ? Les fragments psychiques s'alimentent peut-être de représentations qui ne sont plus disponibles. Le sujet a « décroché » depuis plusieurs fois et n'est plus « dans le coup ». Pourtant le souvenir existe bien. Mais la mémoire s'est « cloisonnée ». Celle-ci fournit des images qui se raccordent à des vécus différents. Il convient de se rappeler que, en général, l'interlocuteur trouve qu'une personne ressasse et non pas la personne elle-même !

En quelque sorte, ces patients-là sont aux antipodes des patients « traumatiques ». Et pourtant, ils ont quelque chose de commun. Chez les « neurologiques », la mémoire leur suffit. Cela ne les empêche pas d'éprouver un vécu varié. Tandis que dans la névrose traumatique, persiste un souvenir tactile, sensoriel, situationnel, mais ce souvenir n'arrive pas à investir la mémoire de façon adéquate. L'attirance par les contenus de traumas et leur rejet en même temps alternent avec des mécanismes de défense (condensation hystérique et l'annulation rétrograde obsessionnelle). Ainsi tout matériel proposé à la représentation est jugé trop banal par rapport à l'éprouvé. Le patient le considérerait presque comme une insulte ! Une trahison de lui-même face à sa souffrance : il a été seul, exposé au vide. L'attitude du patient évoque la métaphore de la « forteresse vide » de Bettelheim.

Chez les deux genres de patients, on trouve la même exigence face à la vie. Cependant chez l'un, ce sont les limites du corps qui font davantage appel au souvenir qu'à la mémoire. Tandis que chez les sujets traumatisés - et ce notamment à travers l'appauvrissement de la vie fantasmatique que l'on peut constater - la mémoire domine sur le souvenir. Pontalis²⁰ raconte comment il s'est surpris de dire à propos du

¹⁹ Freud S., « Le Professeur Freud et l'au-delà », in *Œuvres complètes*, XIII, (sous la dir. de J.Laplanche) Paris, PUF, 1988, p.272.

²⁰ Pontalis J.-B., « A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacé », in *NRP « la psyché »*, Gallimard, 1975, 12, p. 73-87.

contre-transfert que « c'est quand nous sommes touchés au mort ». En fait, c'était contredire la formule habituelle « le contre-transfert, c'est quand nous sommes touchés au vif. » Pontalis explique ce « touché au mort » indique la mort de la réalité psychique. L' « inefficacité des interprétations aussi vite acceptés que rejetées » aboutit à une véritable emprise contre-transférentielle ».

La résilience – comme je l'ai dit au début – est une notion qui est utilisée visant la santé psychique. Mais, il me semble évident qu'il faut aussi parler de celle du thérapeute. La psychothérapie est un modèle pour la relation à deux où chacun doit trouver son équilibre. En revanche, le contre-transfert paradoxal expulse l'analyste de sa place par l'inquiétude que celui-ci suscite en lui. Donc, le but de la relation thérapeutique n'est pas d'admettre que le bien-être de l'un se fait aux dépens de l'autre, mais de garantir une stabilité dans l'élaboration des représentations. Ceci permet « au psychanalyste le travail d'analyse requis et ouvre par contrecoup au patient les voies de dégagement » (Anzieu²¹ ; Widlöcher²²).

²¹ Anzieu D., *op.cit.*, p. 50.

²² Widlöcher D., *Genèse et changement*, Paris, PUF, 1970.