

De la terreur de dormir à l'amour de la mort. Le complexe de Samson

karim richard jbeili

Imaginons qu'une mère censée prendre soin de son enfant, lève sur lui le couteau du sacrifice. Imaginons qu'un père, au lieu de voler au secours de son enfant menacé, le laisse entre les mains de la terreur. Imaginons que l'enfant, objet de la jouissance maternelle mortifère, se déclare sujet en marchant vers la mort pour tuer le plus d'ennemis possible. Telle est l'histoire de Samson au pays des Philistins. Tel est le scénario du traumatisme qui va se déployer dans le texte qui va suivre. Scénario qui a pour théâtre le corps beaucoup plus que l'esprit.

Alors Samson invoqua l'Éternel, et dit : Seigneur Éternel! souviens-toi de moi, je te prie; ô Dieu! donne-moi de la force seulement cette fois, et que d'un seul coup je tire vengeance des Philistins pour mes deux yeux!

Les Juges, ch. 16, verset 28

Samson dit : Que je meure avec les Philistins! Il se pencha fortement, et la maison tomba sur les princes et sur tout le peuple qui y était. Ceux qu'il fit périr à sa mort furent plus nombreux que ceux qu'il avait tués pendant sa vie.

Les Juges, ch. 16, verset 30

Est-ce le hasard des références? Est-ce un goût personnel? Ou tout simplement une augmentation vertigineuse de ce type de symptôme? Toujours est-il que mon bureau s'est peuplé de traumatisés ces dernières années. Il m'a également été donné la chance extraordinaire de travailler dans un hôpital général en médecine physique où mon travail consistait à venir en aide à des patients atteints d'une grande variété de difficultés dues à la maladie, à des accidents ou, plus simplement, à leur présence à l'hôpital. Le présent texte est le fruit des réflexions que m'ont inspirées ces expériences cliniques. Ces réflexions se sont cristallisées, sans surprise, autour de la notion de traumatisme. Sachant que toute la pensée freudienne s'est centrée autour de la notion de trauma, même « La science des rêves » se dit « **Traumdeutung** », comme me l'a aimablement signalé Edward Robins¹, je me suis inscrit dans une saine tradition.

La surprise et l'amnésie

Mais qu'est-ce qu'un traumatisme? Par quoi peut-on le caractériser? Adnan Houballah², qui a travaillé avec les traumatisés de la guerre du Liban, évoque comme premier critère la notion de surprise. Le patient ne s'attend pas du tout au surgissement de l'agression. Ce critère est à prendre avec certaines précautions dans la mesure où le futur traumatisé « n'est pas sans savoir » qu'il est dans un lieu potentiellement dangereux. Mais il nie le danger en croyant en sa bonne étoile et en maintenant sa conviction fondamentale qu'il est à l'abri de la mort quelles que soient les circonstances.

Derrière ce critère de surprise peut se cacher une double déniation : celle de la responsabilité du traumatisé dans sa mise en danger et celle de la fragilité de son intégrité naturelle, de l'éventualité de sa mort en somme. Il faut se garder cependant d'aller trop loin dans la mise en valeur de ces déniations. Le danger étant que le patient se sente accusé ou responsable de l'agression qu'il a subie.

Un autre critère dont parle Houballah est l'amnésie ou la relative amnésie du patient sur tout ce qui touche sa vie avant le traumatisme. Tout se passe comme si sa vie après le traumatisme avait atteint un tel niveau d'intensité ou de réalité qu'elle éclipsait de loin, au niveau perceptif la paisible et naïve réalité d'avant l'événement. Rétroactivement l'avant trauma prend les couleurs du paradis perdu. Quelque chose était là qui n'est plus là et ne reviendra peut-être jamais.

L'énergie du trauma

On notera que cette différence entre le présent et le passé révolu se retrouve dans la description que fait Freud de la différence entre la chose et l'objet. Lacan a repris l'idée pour y introduire la notion de plus-de-jour qu'il a élaborée en écho avec la plus-value de Marx. Selon Lacan, cette différence, cette insatisfaction que l'enfant ou le nourrisson éprouve en comparant le plaisir premier de la chose avec la moindre satisfaction actuelle, est le plus-de-jour. L'enfant attribue l'absence de celui-ci au fait que l'Autre – la mère capitaliste en somme – en disposerait et l'en priverait. Rétroactivement le temps de la chose devient le symbole de la jouissance perdue.

Pour mieux comprendre le phénomène j'userai d'un exemple qu'affectionnait Lacan : le barrage hydroélectrique. Le barrage est déjà une retenue d'eau qui met fin à l'état de nature de la rivière. Rétroactivement cet état de nature sera le modèle de la jouissance perdue. Mais l'accumulation d'eau peut devenir excessive et les vannes sont alors nécessaires pour l'évacuer. C'est le modèle du principe de plaisir. Par contre par ces mêmes vannes on peut produire avec des turbines de l'électricité qui servira à élaborer et à diffuser les formes les plus raffinées de la civilisation. Ces vannes productrices d'électricité sont le modèle de la jouissance qui s'empare chez le sujet de signifiants de plus en plus élaborés et permet ce que Freud appelait la sublimation. Le barrage c'est ici le trauma qui vient bousculer un état de nature idyllique pour fonctionner comme pompe à jouissance.

Les surplus libidinaux

Les traumatisés abondent dans la description de surplus libidinaux qui apparaissent sous forme de douleurs excessives (souvent sans atteinte des tissus) ou d'inflammation de membres ou de parties de membres pas forcément impliqués dans le trauma. L'inflammation peut se centrer sur le membre accidenté et irradier progressivement dans un rayon de plus en plus grand. Ainsi un doigt de la main gauche peut irradier dans la main, le bras, l'épaule, la tête et éventuellement tout le côté gauche et provoquer toutes sortes d'événements somatiques.

Sur le plan psychique, ces excès de jouissance rendent la personne extrêmement irritable, fatigable et narcissique. Le trauma est une gigantesque machine à produire de la jouissance sans que celle-ci puisse d'une façon quelconque être déversée ou diminuée. Le plaisir sexuel est souvent hors de portée et, même la dépression qui, habituellement, permet grâce au surmoi de maintenir des niveaux libidinaux assez bas, ne semble pas en mesure d'agir efficacement. La dépression peut être présente mais elle ne suffit pas à la tâche face à l'hyper production libidinale.

Une pompe à deux temps

À présent que les signes extérieurs du trauma commencent à se dessiner un peu plus clairement, on pourrait se demander qu'est-ce qui, dans un événement déterminé, fera qu'il va se transformer en traumatisme ou demeurer un événement ordinaire de l'histoire d'un sujet.

Pour qu'il y ait trauma, selon Freud, il faut que la sensibilité du sujet soit atteinte de façon excessive. Freud nous apprend aussi que l'excès commence dès que la perception dépasse le niveau de l'échantillon prélevé sur la réalité pour en identifier la nature. C'est certainement une condition nécessaire mais pas forcément suffisante. Beaucoup d'événements, aussi massifs soient-ils, n'ont pas d'effet traumatique. À noter ici que dans notre façon de poser les problèmes, le trauma sexuel n'a pas besoin d'être distingué du trauma violent. L'excès perceptif qui atteint la sensibilité peut aussi bien être sexuel que violent. On peut donc utiliser certaines indications de Freud, même si, à l'origine, il les avait élaborées pour les traumas sexuels.

L'indication de Freud à ce sujet est de dire que le trauma sexuel a lieu en deux temps : l'événement lui-même suivi, quelquefois longtemps après, de l'effet d'après coup qui transforme l'événement en trauma. Il faut donc attendre et atteindre une certaine maturation instinctuelle qui puisse utiliser l'événement à son profit et le transformer en trauma.

Cliniquement parlant, il m'est apparu que le trauma violent pouvait lui aussi fonctionner en deux temps dont le premier est l'événement lui-même. Les exemples cliniques ont réellement abondé dans ce sens.

- Un travailleur subit un accident bénin puis, un peu plus tard, est tourné en dérision par son patron qui craint d'avoir à payer les indemnités dues aux accidentés.

- Une accidentée de la route dont la voiture a capoté, ne reçoit pas d'aide et doit se sortir toute seule de son auto renversée.
- Un ouvrier dont le bras est pris entre deux tambours rotatifs ne peut être dégagé qu'au bout d'une heure d'efforts.
- Un patient souffrant d'une hernie discale apprend de son médecin orthopédiste qu'on ne peut rien pour le guérir de son mal ni pour soulager sa douleur.
- Un chauffeur de taxi sauvagement agressé par son client ne reçoit aucune aide de la part des témoins du drame ou bien une aide assez molle de la police.

Le phallus discrédité

Tous ces exemples s'orientent du côté du traumatisme en deux temps avec une nette similarité pour ce qui est du deuxième temps. Dans tous les cas il s'agit d'une puissance tutélaire qui est incapable de protéger le sujet des atteintes de l'accident, de la maladie ou de la mort. J'ai eu à soigner ces patients pour de longues périodes et chacun d'eux est revenu à plusieurs reprises sur le deuxième temps en le considérant comme déterminant. Dans leur esprit, la puissance tutélaire a non seulement failli à ses obligations en étant incapable de les secourir mais ils la soupçonnent quelquefois de tirer profit et jouissance de cette incapacité.

Tout se passe comme si, au fond, le patient rencontre sa mère et constate qu'elle veut sa mort et que la puissance tutélaire, c'est-à-dire son père ou son dieu, qui le protégeait, s'est tout à coup refusé à le faire et que, par suite, la triangulation qui barrait la route aux atteintes du monde extérieur, s'est écroulée. Le sujet se retrouve pris dans une relation duelle avec le mal, dans une sorte de guerre intestine permanente. De jour comme de nuit, le sujet se bat contre cet ennemi réel et virtuel. Le sentiment de peur est constant. Au niveau physique la douleur peut remplacer la peur ou venir s'y ajouter.

Un système de production illimité de libido vient de prendre place. Toutes les techniques visant à diminuer ce déluge libidinal seront de peu d'effet, surtout en termes quantitatifs. Le sujet est à la merci de cet Autre malfaisant. Il est captif de la fascination qu'il exerce sur lui et résiste, bec et ongles, à l'envie de consentir à cette mort qu'on lui souhaite.

L'impossible apaisement

Un des moyens que le sujet utilise habituellement pour diminuer le niveau libidinal est le sommeil. Le soir venu, le système nerveux est comme saturé. S'il reçoit de nouvelles stimulations il les accepte mal ou bien y réagit de façon désordonnée. Durant le sommeil, les nerfs déchargent les stimulations qu'ils ont accumulées durant la journée. Le matin venu, l'ouverture et la sensibilité aux perceptions sont beaucoup plus grandes. On les accueille plus facilement et avec plaisir. Le sommeil est tellement un moment d'apaisement des pulsions que lorsque, pour une raison quelconque, psychique ou physique, le dormeur reçoit des stimuli, le

rêve intervient alors pour détourner ces stimulations dans un scénario convaincant qui vise à apaiser les inquiétudes du dormeur et lui permettre de poursuivre son sommeil. « Le rêve est le gardien du sommeil », disait Freud.

Pourtant, chez le traumatisé, les choses ne se passent pas du tout de la même façon. Le sommeil est pour lui une entreprise difficile. Sa peur ou sa douleur est si grande que le sommeil pour lui revient à baisser la garde face au danger. Et si, d'aventure, pour se contraindre à dormir il prend des somnifères, il va y résister autant que possible comme à une menace encore plus grande, soit en demeurant réveillé malgré la pilule, soit en se réveillant beaucoup plus rapidement que l'effet escompté. Enfin si, malgré tous ces obstacles au sommeil, le traumatisé finit par s'endormir et entreprend sérieusement de se reposer, c'est alors qu'intervient le rêve traumatique qui met fin à ses dernières velléités de repos. D'ailleurs il est tout à fait remarquable de constater que les rêves traumatiques sont beaucoup plus fréquents après des journées fatigantes qui rendent d'autant plus enviable le repos.

Le paradoxe sinusoidal du rêve traumatique

Le repos est l'ennemi du traumatisé parce qu'il le met sans défense face à son ennemi virtuel. Le traumatisé vit cette situation très paradoxale qui est que sa plus grande inquiétude est d'être rassuré et, par conséquent, que ce qui le rassure le plus est d'être particulièrement inquiet. Il alterne continuellement entre deux pôles : l'extrême épuisement et l'extrême inquiétude.

De ce point de vue le rêve traumatique joue exactement le même rôle que le rêve non traumatique : il « rassure » le traumatisé, comme tout bon rêve, mais en l'inquiétant énormément et le réveille pour qu'il ne puisse plus sombrer dans la terrifiante (in) quiétude du sommeil. En d'autres termes le rêve traumatique ne diffère en rien qualitativement du rêve non traumatique. Sa dimension spectaculaire et, apparemment, contraire à l'autre, provient simplement des effets logiques de ce rapport particulier du sujet à son ennemi virtuel. Lequel provient à son tour de l'écroulement du triangle de la protection qui mettait le sujet à l'abri des dangers réels et virtuels du mal.

Comment s'opposent la vie et la mort?

À partir de ces considérations, comment peut-on repenser l'opposition de la vie et de la mort que Freud avait précisément élaborée depuis son analyse du rêve traumatique? Après une certaine période où on a considéré, dans le mouvement psychanalytique, que l'opposition de la vie et de la mort était en fait l'opposition de la sexualité et du sadisme, Lacan et Dolto ont modifié la trajectoire sur cette question et ont plutôt interprété la vie et la mort sur le versant de l'excitation et du repos des pulsions. Que ces pulsions soient violentes ou amoureuses ne changerait rien à l'affaire.

La mort, selon eux, est à trouver du côté de l'inanimé, du sommeil et du repos. Du côté d'une sorte de relâchement de la tension vitale. Alors que la vie est à chercher du côté de ce qui contribue au contraire à la mobilisation de cette tension

vitale et l'orienté vers un but particulier. Dolto allait jusqu'à dire que, si l'instinct de vie avait besoin de représentations mentales pour se déployer, en revanche, l'instinct de mort n'avait pas besoin de représentations psychiques ou n'en avait tout simplement pas.

Au sujet de l'intrication

En abordant les choses du premier point de vue, Freud nous précise que les pulsions sexuelles et sadiques peuvent être soit intriquées, soit désintriquées. Dans le cas des névroses traumatiques il y a désintrication des pulsions et la pulsion sexuelle se replie sur le moi en laissant à nu, si je puis dire, la pulsion sadique qui demeure investie sur l'objet.

Or il est clair que le narcissisme engendre des effets de disparition subjective qui sont, du reste, assez clairement évoqués dans le mythe où Narcisse se noie dans son image. Par ailleurs la libido sadique peut aisément s'inverser et devenir masochisme en produisant le tableau clinique typique du traumatisé.

Disparaître ou affronter la mort

Selon le deuxième point de vue, la pulsion de mort se manifeste par la tendance au repos. Cette tendance est d'autant plus forte que la fatigue est grande. Le danger de disparition subjective est important. Pour éviter cette mort subjective, le sujet fait alors appel à ce qui peut le stimuler et mobiliser sa tension vitale. Le rêve traumatique est tout trouvé pour jouer ce rôle.

Ainsi l'opposition des pulsions de vie et de mort se manifeste dans le trauma, dans une alternative entre mourir et disparaître. Mourir étant paradoxalement du côté des pulsions de vie. L'appel de la mort, comme solution à la vie, n'est pas si étonnant que cela quand on pense aux héros homériques dont nous parle Thierry Hentsch dans Raconter et mourir³, qui, plutôt que d'avoir une vie terne et sans histoire, choisissent l'aventure et la mort pour inscrire leur nom dans les registres éternels de l'histoire⁴.

Représenter la mort

Un jour j'ai rencontré, par hasard, un contre-exemple à l'opinion de Dolto selon laquelle il n'y a pas de représentants de la pulsion de mort dans le psychisme. C'est un peu par hasard que j'ai pu faire cette découverte. Dans le cadre de mon travail à l'hôpital général, j'ai été demandé par une dame qui venait de subir un accident d'auto depuis quelques jours. Son auto s'était renversée dans un fossé. Elle souffrait de fractures multiples à la hanche ainsi que d'atteintes à l'estomac et au poumon.

Cette dame n'avait nullement perdu connaissance durant l'accident et était restée tellement lucide qu'elle avait eu la présence d'esprit de fouiller dans son sac à main pour en tirer son cellulaire grâce auquel elle a demandé de l'aide. Ce n'est qu'à l'hôpital, et seulement en raison de la médication qu'elle était restée quelques jours dans un semi coma.

Au réveil de cette période, elle avait souffert de cauchemars pour lesquels elle avait demandé à consulter sur son lit d'hôpital. À ma grande surprise les cauchemars qu'elle m'a relatés n'avaient rien de traumatique. Il s'agissait plutôt de situations où elle allait être absorbée par des trous ou des sortes de toiles d'araignées faites de cordages.

J'aurais pu maintenir l'idée qu'il s'agissait de rêves traumatiques. Il y avait certainement matière à le faire; ne serait-ce qu'en raison du trou qui l'absorbait comme le ravin dans lequel elle était tombée. Mais j'aurais eu le sentiment de forcer les choses. J'ai plutôt penché pour interpréter les rêves dans le sens d'une peur de s'endormir et de disparaître. Les associations qui suivirent ont concerné sa mère contre laquelle elle éprouvait une grande colère et qu'elle n'avait pas vu depuis plus de sept ans. Elle avait en revanche une grande affection pour son père qui l'avait toujours soutenue en toutes circonstances. Sa vie avait été marquée par cette opposition simple entre mère et père.

Toute la suite des associations, durant les séances suivantes, s'est orientée dans le sens de cette opposition. Culminant même sur l'information majeure, et qui était probablement une des causes majeures de l'accident, à savoir que ses patrons, la voyant si performante, lui ont donné la charge de travail de quatre autres personnes après les avoir congédiées. Sans, bien entendu, augmenter son salaire. Sachant que cette femme était représentante et travaillait sur la route, la majoration du risque était importante. Comme les lièvres pris au collet, qui ne peuvent pas reculer pour se déprendre, elle était incapable d'imaginer renoncer à cet excès de travail sans tomber dans les bras de sa mère qu'elle haïssait pour des raisons que j'apprendrai dans les séances suivantes.

Pour cette dame, l'impensable, l'absolument refoulé, était l'idée d'un repos d'un retour au giron maternel, parce que sa mère favorisait outrancièrement une de ses sœurs. Dans un moment de grande faiblesse après l'accident et les soins, elle avait donc développé ce qu'on pourrait qualifier de rêve de disparition contre traumatique. Elle avait représenté la mort.

Mais peut-être est-il trompeur de croire que ce rêve représente, dans le plein sens du terme, la pulsion de mort. Il se pourrait fort bien que l'énergie libidinale nécessaire à la production du rêve provienne de son lien très valorisant avec son père. Pour résister à l'envie de mourir qui a surgi après l'accident, elle a produit le rêve grâce à la libido d'origine paternelle dont elle disposait largement. On pourrait dire que cette dame a traversé l'accident de façon exemplaire. Au lieu de discréditer le phallus pour se livrer à la mort, elle a sollicité le phallus pour résister à l'envie de mourir.

De l'importance qu'une oreille se présente

Tous ceux qui s'occupent des suites immédiates d'accidents, reconnaissent l'importance de ce qui se dit dans la période qui suit immédiatement celui-ci. Il semble y avoir une sorte de période de grâce où une oreille attentive à l'accidenté peut véritablement accomplir des miracles. Il y aurait lieu de croire par conséquent,

qu'entre l'accident et le moment où l'accident devient traumatisme s'écoule un certain laps de temps durant lequel le fait de s'adresser à quelqu'un atténue les effets psychologiques de l'accident et freine sa transformation en traumatisme.

Or, je le signalais plus haut, le facteur déterminant qui semble marquer la tombée dans le traumatisme est le discrédit porté par le tiers protecteur du fait qu'il a été incapable de protéger l'accidenté du mal qui l'a atteint. Par conséquent, une écoute appropriée au bon moment peut sauver ce tiers du discrédit ou en tous cas, modérer ce discrédit. En d'autres termes, le maintien du lien transférentiel peut sauver la « bonne volonté » du tiers à vouloir aider ou secourir même si l'accidenté devra prendre acte des limites de sa puissance salvatrice

L'Autre manquant ou tout-puissant

La logique miraculeuse de cette aide vient de ce qu'elle reconnaît les limites, parfois très restreintes, de l'aide qu'on peut apporter tout en maintenant une présence bienveillante. Ce qui est particulièrement souffrant dans les propos des patients et qui se présente assez fréquemment, c'est la plainte que le tiers qui aurait dû les aider, médecin, policier, patron, outre qu'il ne pouvait pas leur venir en aide a démontré indifférence, mépris ou rejet. Bref, des sentiments qui relèvent du manque de sollicitude venant s'ajouter à l'impuissance. Le moindre signe d'absence de sollicitude a donc un effet inverse de celui de l'écoute attentive puisqu'il a pour effet de précipiter le surgissement du trauma alors que l'écoute l'éloigné. L'accident ne peut pas devenir un Autre tout-puissant (non barré) s'il est triangulé par une écoute qui reconnaît les limites de ses moyens. En revanche, si cette écoute est absente, si elle fait peu de cas de la terreur de l'accidenté ou bien si elle ment sur les limites de ses capacités en se voulant excessivement rassurante, elle n'est plus en mesure de trianguler l'accident et précipite la survenue du trauma.

Avant le phallus

Chez le traumatisé le symbolique et le réel sont étroitement imbriqués. Les effets thérapeutiques du transfert se répercutent sur le plan physiologique. Les perturbations fonctionnelles des organes internes, les douleurs, avec ou sans substrat physiologique, les inflammations de membres ou de plaies, les perturbations du système sympathique et j'en passe, peuvent subir d'importantes modifications dans un sens défavorable ou favorable selon le signe de la réaction thérapeutique.

L'intrication du réel et du symbolique est autrement différente que celle que l'on observe dans la conversion. Dans cette dernière le réel est un papier blanc entièrement soumis au signifiant qui s'y inscrit. Seul le système nerveux central est affecté de manière superficielle. Chez les traumatisés, au contraire, ce sont les fonctions physiologiques et organiques qui sont bousculées ou décripées. C'est le système sympathique qui est surtout atteint.

Le symbolique et le réel y semblent mêlés de la même façon qu'ils peuvent l'être chez le nourrisson ou dans la sexualité féminine. C'est-à-dire sans l'aide de signifiants. Les indices qui permettent d'interpréter sont de l'ordre du signe à

décrypter dans le contexte. Un peu comme le faisait Dolto avec les nourrissons en repérant les événements, les dates et les mouvements somatiques. Toutes ces informations disparates lui permettaient de formuler son interprétation par laquelle elle imputait une subjectivité au nourrisson même si celui-ci n'avait formulé aucun signifiant qui puisse témoigner de cette subjectivité.

Certes les rêves traumatiques contiennent des signifiants qui peuvent donner lieu à des associations libres. Mais les mouvements somatiques sont souvent muets et il faut importer la subjectivité en quelque sorte de l'extérieur. Il m'est ainsi arrivé d'être appelé au chevet d'un patient qui venait de survivre à une hémorragie cérébrale et à deux ACV successifs. Sa fille très inquiète à son sujet en avait fait la demande. Je comprenais très peu de choses à ce que disait ce monsieur. Sa fille traduisait, dans la mesure du possible, ce qu'elle-même comprenait. J'ai fini par comprendre qu'il disait qu'il n'aurait jamais dû survivre à son ACV et qu'il souhaitait mourir.

J'ai utilisé alors avec lui la technique doltoienne d'imputation de subjectivité. Je lui ai dit que d'une certaine façon, et du fait qu'il avait survécu, son corps avait pris la décision de vivre plutôt que de mourir. Cette intervention eut probablement un effet salutaire du fait que la plainte du patient s'en est trouvée suspendue. J'eus le sentiment que mon argument avait touché. Je crois que son évolution favorable au niveau physique fut la preuve sinon que mon interprétation a touché juste, du moins qu'elle était vraie et qu'il avait effectivement décidé de vivre en survivant.

Ce même patient, lors des séances où il venait me voir à mon bureau dans sa chaise roulante, m'a tenu des propos délirants selon lesquels il avait commis un grave délit et que le juge l'avait condamné à la prison. Manifestement, l'accident avait provoqué une levée de la barrière du refoulement, même si à proprement parler, la névrose traumatique ne s'était pas encore déclarée, sans doute à cause de l'écoute précoce qui lui a été offerte.

Mais c'est un des rares cas que j'aie rencontré où la barrière du refoulement a chuté. Je l'attribuerais à l'atteinte neurologique. Le plus souvent il semble plutôt qu'en ce qui concerne le complexe d'indices tournant autour de l'accident, on se retrouve dans une situation logiquement antérieure au refoulement quand le réel et le symbolique sont étroitement imbriqués et que les premiers signifiants n'ont pas émergé.

Ce n'est pas tout le psychisme du traumatisé qui est dépourvu de signifiants bien sûr, mais le complexe se rapportant à l'accident. Rien n'empêche cependant la problématique traumatique d'évoluer et d'envahir lentement toute la subjectivité. J'ai rencontré quelques cas où, malheureusement, cet envahissement a mené à une mort bien réelle. Il ne s'agissait pas de suicide mais d'une dégénérescence progressive du corps et de l'esprit qui rendait imminente la mort sans qu'on sache d'avance sous quelle forme elle allait frapper⁵.

L'isolement intense

Au niveau psychique, la progression du mal se fait surtout à travers un isolement de plus en plus grand. L'ennemi intime qui résulte de la chute du triangle

protecteur s'étend de proche en proche et finit par cerner tout l'environnement du traumatisé, même le conjoint et les enfants. En fait sa surprise est très grande quand il se rend compte qu'il éprouve une très grande hostilité à l'égard de gens qu'il aime énormément par ailleurs.

J'ai eu ainsi le cas d'un accidenté de la route dont le fils avait subi le même accident. Ce patient avait ceci de particulier qu'il avait sombré dans le coma instantanément et ne s'est réveillé qu'une fois hospitalisé. Il n'a aucunement vécu l'accident. Ses rêves traumatiques ne pouvaient donc reproduire l'accident. Il se contentait, si je puis dire, de rêves où des inconnus menaçaient de le tirer avec une carabine.

Fréquemment dans le cadre de ces rêves, son fils subissait les mêmes menaces que lui et il lui arrivait plus souvent qu'à son tour d'être violenté d'une façon assez sérieuse. J'étais intrigué par ces rêves traumatiques qui s'appliquaient simultanément au père et au fils. De savoir que le fils avait subi le même accident que le père ne contribuait pas à clarifier les choses. J'hésitais à lui imputer le souhait de violenter son fils. Pourtant, durant une séance où il était beaucoup question de place et où il disait qu'il lui arrivait de passer des heures immobile sur son siège pendant que sa femme et ses fils partaient faire des courses, il m'a sauté aux yeux qu'il défendait véritablement sa place face à un ennemi fantôme qui pouvait éventuellement être son fils.

Lorsque je lui ai formulé l'interprétation il l'a trouvée très drôle. Par la suite, lors d'une séance subséquente, il a raconté un cauchemar où son fils se faisait tuer alors qu'il le « tire sur une traîne sauvage ». Durant cette séance j'ai jugé avoir suffisamment d'éléments probants pour interpréter un souhait de mort adressé à son fils.

L'intérêt de ce souhait était qu'il était « justifié » par l'idée de devoir conserver sa place. La place étant d'avoir un rapport intime et source de jouissance avec l'accident. Habituellement, cependant, l'hostilité généralisée ne trouve d'autres prétextes que l'irritation face au bruit et à la présence d'autrui et engendre un isolement de plus en plus intense. Comme si la guerre contre l'ennemi intime ne faisait que se défléchir sur l'environnement.

L'Autre ne manque plus du phallus

Pour résumer, concernant la névrose traumatique individuelle, je dirais que l'événement incident se transforme en traumatisme lorsque le triangle protecteur s'écroule. Le patient est alors pris dans une alternative entre disparaître, d'une part, et affronter la mort d'autre part. Les deux phénomènes sont en fait liés. Le triangle protecteur est constitué par le sujet, l'Autre et le phallus. Immédiatement après l'incident il y a encore moyen de sauver le phallus en assurant une écoute attentive. Dans le cas contraire, le phallus s'écroule et le sujet se trouve pris tout seul, face un Autre qui n'est plus manquant.

Conclusion

Pour conclure, je dirais que l'efficacité de l'intervention post incidentelle réside dans le fait qu'elle démontre au sujet qu'il n'est pas seul face à la toute-puissance de l'accident. Le fait qu'il puisse parler, s'adresser à quelqu'un, met une limite à la puissance de nuire de l'accident et la rend « pas toute ». Le rapport transférentiel ranime, en somme le manque dans l'Autre, un moment effacé par l'accident.

La névrose s'installerait en somme en deux temps. Le temps de l'accident qui annule le manque dans l'Autre et présente l'accident comme tout puissant, et le temps second durant lequel le phallus ou tout objet qui incarne le manque dans l'Autre, ne vient pas contester cette toute-puissance et la laisse donc s'installer pour de bon.

Désormais le sujet est captif de l'Autre. Plus rien ne peut l'en éloigner. Le sujet est réduit ici au réel biologique habité par le caractère symbolique de l'Autre. Il y a ici un mélange réel/symbolique qui se manifeste surtout dans des symptômes psychosomatiques divers. Le plus souvent il s'agira d'une hyper stimulation du système sympathique avec les conséquences variées que cela peut avoir.

En dépit de cette situation d'enfermement où le sujet est l'objet livré à la jouissance de l'Autre, en dépit du fait que le sujet est livré sans entraves à l'action discrète de l'instinct de mort, il y a tout de même des avenues qui émergent vers une perspective thérapeutique, il y a des embryons de solution qui se manifestent spontanément. Curieusement le premier élément d'une ouverture est le rêve traumatique lui-même. Contrairement aux apparences, le rêve est du côté de la solution plutôt que du côté du problème. On pourrait décrire l'action du rêve traumatique de plusieurs façons mais qui reviennent toutes au même.

Le rêve triangulé le rapport duel entre le sujet et le grand Autre. On peut dire aussi qu'il introduit de la libido là où il n'y avait que de l'instinct de mort, ou qu'il rend masochiste une situation essentiellement mortifère ou qu'il introduit de l'imaginaire ou du signifiant là où il n'y avait que du réel et du symbolique mélangés. Mais on peut dire enfin qu'il contribue à stimuler une libido qui, autrement, aurait succombé à un apaisement total.

Quelle que soit la façon dont on décrit le phénomène, il est là pour dire qu'il faut de la stimulation là où autrement il n'y aurait eu qu'un affaissement libidinal impressionnant. En ce sens la stimulation permanente du système sympathique peut fort bien relever du même phénomène « thérapeutique ». Tous les phénomènes somatiques qui s'orientent du côté de l'hyper stimulation relèveraient de la même urgence de stimuler pour ne pas sombrer dans l'affaissement pulsionnel total.

Les rêves traumatiques aussi bien que les difficultés somatiques relevant du système sympathique peuvent bénéficier d'être recadrés dans l'alternative : disparaître ou mourir. Il est tout à fait acceptable pour un patient de s'entendre dire que l'hyper stimulation de ses sens est là pour contrer sa peur d'un trop grand repos dans lequel il pourrait disparaître.

Il est vrai que, ce faisant, on affronte une conception du corps, très médicale, qui stipule qu'il n'est que matière et que les seuls aspects « psychiques » dont il

pourrait souffrir viendraient du stress. Il y a certainement là à documenter une conception du corps où celui-ci serait façonné par un système symbolique d'une part, et stimulé par des signifiants d'autre part. Exactement comparable en cela à l'inconscient du reste, qui est façonné par le désir de l'Autre et produit des signifiants qui animent la libido.

karim richard jbeili

960 rue jean-talon, app. 1
montréal, québec, h2r 1v4

Notes

1. Robins E., 2003, *New York Voices : The Trauma of 9/11*. New York, Charles Edward Robins, International Universities Press Incorporated.
2. Houbbalah. A., 1998, *Destin du traumatisme*, Paris, Hachette littératures.
3. Thierry Hentsch, 2002, *Raconter et mourir*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
4. Lors d'une présentation de ce texte que j'ai faite à l'UQÀM, Monique Panaccio s'est vivement élevée contre cette interprétation de l'opposition des instincts en disant qu'elle était contraire à ce qu'en disait Freud dans l'« Au delà du principe de plaisir ». Je reconnais que dans ce texte inaugural il y a une certaine imprécision qui pourrait laisser croire que le sadisme était l'instinct de mort et le masochisme l'instinct de mort retourné contre soi. Cependant dans *Malaise dans la civilisation*, qui est un texte largement ultérieur, Freud donne des précisions qui ne laissent plus de doute :

« Dans le sadisme, pulsion dès longtemps reconnue comme composante partielle de la sexualité, on aurait ce genre d'alliage, et tout spécialement riche, de la pulsion d'amour avec la pulsion de destruction; de même que dans sa contrepartie, le masochisme, un alliage de cette tendance à la destruction, tournée vers l'intérieur, avec la sexualité. Ainsi, cette tendance autrement impossible à percevoir devient précisément sensible et frappante. » (Freud, 1930, 74)

ou bien :

« On pouvait admettre que l'instinct de mort travaillât silencieusement, dans l'intimité de l'être vivant, à la dissolution de celui-ci... Ainsi l'instinct de mort eut été contraint de se mettre au service de l'Éros; l'individu anéantissait alors quelque chose d'extérieur à lui, vivant ou non, au lieu de sa propre personne. » (Freud, 1930, 74)

Il est donc clair par ces citations que tant le sadisme que le masochisme sont des harnachements de la pulsion de destruction par la libido. Or tant dans le sadisme que le masochisme, la vie de la victime est rarement menacée. Il y a comme un jeu avec le danger de mort duquel le masochiste sort apparemment le plus souvent gagnant. Le sadique renonce le plus souvent avant le masochiste à la mise en jeu de la vie de celui-ci. Ce « défi » du masochiste lancé au sadique a été mis en valeur autrefois par le regretté François Peraldi.

Ce qui nous permet de dire que nous avons affaire à un alliage de deux instincts aussi longtemps que la vie est encore enjeu, est encore un jeu. Dès que la vie est effectivement menacée, on peut dès lors être sûrs que l'instinct de mort agit tout seul, qu'il n'est pas épaulé par l'instinct de vie. Ainsi lorsque dans la névrose traumatique le sommeil devient aussi dangereux que la mort, on peut être sûrs qu'on a affaire à l'instinct de mort à l'état pur. Le patient doit alors recourir au masochisme du rêve traumatique pour y échapper.
5. Pierre Marty (1976) fait état de décès similaires dans *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot