Répercussions psychiques du traumatisme de guerre sur la relation affective et amoureuse

Mazoyer Anne-Valérie [a]
Ricard Audrey [b]
Brulin Laurent [c]
Mary Arthur [a]

Résumé : Nous examinons l'impact du trauma de guerre sur la relation affective chez deux soldats, chacun vivant en couple, de retour de mission à l'étranger et présentant des symptômes post-traumatiques. Après avoir présenté les conceptions psychanalytiques des névroses de guerre et la littérature scientifique récente consacrée au trauma de guerre, nous tentons de comprendre les changements des représentations envers l'objet amoureux. L'étude clinique et projective de deux soldats souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique met en évidence la réactivation, par le trauma, des conflits infantiles enfouis. Nous proposons que le soutien thérapeutique ne se focalise pas uniquement sur les événements traumatiques récents, mais favorise l'élaboration d'un masculin en souffrance, à partir de l'histoire infantile et de ses impasses.

The Impact of War Trauma on the Affective Relationship

Abstract: We study the impact of war trauma on the affective relationships of two soldiers, each of whom has a partner, and who are experiencing symptoms of post-traumatic stress disorder after returning from a mission abroad. After presenting the psychoanalytic concepts of war neuroses and the recent scientific literature on war trauma, we try to understand the changes of representations to the love object. The clinical and projective study of two soldiers suffering from post-traumatic stress disorder brings out, by way of the trauma, the reactivation of infantile repressed conflicts.We propose therapeutic support that focuses not only on recent traumatic events but that supports the mental processing of a male suffering from childhood and its deadlocks.

[a] Laboratoire Cliniques pathologique et interculturelle (LCPI) EA 4591, Université Toulouse II, France.
[b] Université de Picardie Jules Verne, France.
[c] Service de Santé des Armées, région Aquitaine, France

Correspondance : Anne-Valérie Mazoyer, Laboratoire Cliniques pathologique et interculturelle, Université Toulouse II Jean Jaurès, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 9, France.
Courriel : mazoyer@univ-tlse2.fr

Texte reçu le 8 décembre 2015 et accepté le 11 avril 2016

http://www.bulletindepsychologie.net

INTRODUCTION

À partir de rencontres cliniques de recherche avec deux soldats pris en charge en 2014 dans un hôpital militaire et pour lesquels un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) a été posé, nous avons tenté d'évaluer les répercussions du traumatisme de guerre sur la relation de couple. Nous avons procédé à des entretiens et à des épreuves projectives, afin d'analyser, de façon plus fine, les modalités du fonctionnement psychique après le trauma de guerre et l'articulation entre investissements narcissiques (représentation de soi) et objectaux (représentations de relations et l'investissement de l'autre). Ces deux études de cas nous conduisent à retracer rapidement la genèse du concept de névrose de guerre, du trauma en psychanalyse et à présenter des perspectives plus contemporaines, comme le PTSD, compte tenu du diagnostic psychiatrique posé.

D'abord considéré du point de vue chirurgical, le traumatisme a été ensuite étudié, notamment par Freud, en tant qu'événement psychique crucial, lié aux différentes blessures psychiques. La première guerre mondiale est l'événement catastrophique qui a permis d'observer les mécanismes psychiques mis en jeu dans les traumatismes de guerre et de mieux comprendre et de traiter les chocs et autres souffrances psychiques. L'articulation du trauma de guerre avec la psychosexualité (entendue comme mise à l'épreuve de la relation à l'autre dans le couple et l'amour) permet de revisiter le lien établi par la psychanalyse entre névrose traumatique et conflits issus de la vie pulsionnelle. Comment les psychanalystes ont-ils pensé les expériences traumatiques ou les névroses de guerre ? Quels sont les mécanismes psychiques en jeu dans de telles affections ?

Trauma de guerre, trauma et psychanalyse [1]

La névrose traumatique a pris son essor à partir des blessures psychiques et physiques présentées par les premières victimes des accidents de chemin de fer (Oppenheim, voir Crocq, 1999). Ce sont les atrocités et la durée de la première guerre mondiale qui ont permis, à la psychanalyse (congrès de 1918 à Budapest) ou encore à des psychologues (Janet, 1919) de reconnaître la nature psychique des « névroses de guerre » (Honigman, 1907, cité par Freud, 1919), alors que, dans un premier temps, les troubles sont mis au compte d'actes de malveillance ou de contusions cérébrales. Les différents travaux psychanalytiques cités, notamment, lors du congrès de 1918, tentent de cerner la spécificité de la névrose de guerre, ses déterminants psychologiques et la nature du conflit intrapsychique (conflit narcissique, appauvrissement de l'amour objectal). Une réflexion est menée sur les différences entre les névroses traumatiques pures et les névroses de guerre, ainsi que les névroses en temps de paix, sans compter des apports sur la compréhension de la désertion et la relation avec les pathologies somatiques. La théorie freudienne du trauma sera bouleversée par ces apports, exigeant un travail de pensée de la destructivité.

Évolution de la théorisation freudienne du trauma après la première guerre mondiale

Dès 1920, Freud théorise un « au-delà du principe de plaisir », en abordant la fonction du rêve traumatique ou cauchemar. Ce type de rêve traduit l'échec de la fonction de protection du sommeil, en raison de la force de la compulsion de répétition. La répétition du trauma dans le rêve vise à trouver une résolution possible des restes ou impressions traumatiques, mais cette tentative échoue et le rêve se transforme en cauchemar. Le traumatisme est entendu alors comme effraction du pare-excitation, ce dernier devant protéger l'organisme contre l'intensité et l'augmentation des tensions et des charges d'excitation. Ce débordement fait que l'organisme se met à fonctionner hors du principe de plaisir et se trouve submergé par une angoisse automatique. La mobilisation de la compulsion de répétition est une tentative de maîtriser, de façon rétroactive, ce débordement des excitations, de façon à rétablir un signal d'alarme protecteur contre la survenue d'un événement traumatique.

Le traumatique, renvoyant à une conception économique du trauma (Freud, 1920 ; Bokanowski, 2002, 2005), désigne la fonction effractrice du trauma, venant pulvériser le pare-excitation et mettant hors-jeu le principe de plaisir, menaçant ainsi le moi dans son intégrité. Le facteur quantitatif d'intensité d'excitation est en jeu. L'échec de l'angoisse-signal (Freud, 1926) rend compte de l'impossibilité du sujet à se protéger de l'effraction quantitative d'origine externe ou interne, ce qui rappelle la détresse du nourrisson (*Hiflosigkeit*).

Enfin, dans son ouvrage de 1939 (*L'homme Moïse*), Freud incorpore des éléments de la pensée de Ferenczi (que nous allons présenter), notamment lorsqu'il considère les effets positifs (visant à répéter, à remettre sur le devant de la scène l'événement traumatique) et négatifs (au sens d'oubli, d'enfouissement, de clivage) du traumatisme. Les expériences traumatiques, soutient-il, se rattachent

1. Le lecteur pourra trouver de nombreuses références historiques en prenant connaissance des travaux de Tréhel (2006a, b) ou encore de Douville (2014).

à des impressions de nature sexuelle et agressive et aussi à des atteintes précoces du moi (p. 101).

L'apport de Ferenczi [2]

Freud a souvent accusé Ferenczi (1932, 1934) de revenir à une conception éculée du traumatisme (soit celle d'avant 1897 et l'abandon de la *neurotica* signant la prise en compte de la force du fantasme). Cependant, les écrits de Ferenczi ont permis à Freud de faire évoluer sa théorie sur le trauma. À partir de ses observations cliniques, il propose des conceptions théoriques et des implications thérapeutiques (visant à remonter jusqu'à l'origine du trauma) novatrices (techniques actives). Il est convaincu de la réalité de faits sexuels et d'agressions ou encore des punitions passionnelles sur enfants. Ce trauma subi dans la petite enfance ne peut être remémoré dans le cadre classique d'une cure.

Comment se développe le trauma ? Quelles sont les réactions défensives mobilisées ? Quelle forme va prendre le traumatisme pour négocier les effets de l'effraction que constitue le trauma ? La première réaction au choc est une « psychose passagère », entraînant une destruction de soi, de ses sentiments et défenses, une rupture avec la réalité, en fonction de la soudaineté de l'événement. L'effet de surprise, le caractère répétitif du trauma et surtout les réactions de l'environnement (l'hypocrisie, le mensonge, la culpabilisation, le rejet, la disqualification affective) renforcent les effets pathogènes du trauma. Le registre du manque, de la carence et celui de l'excès sont tous deux potentiellement traumatiques. Le sujet se défend du trauma par un clivage psychotique, ainsi que par une destruction du sentiment de soi et des défenses. Il réagit soit par l'atomisation soit par la fragmentation de la personnalité. Un autre mode de réaction renvoie à la « progression traumatique ». L'enfant traumatisé et clivé, développe des facultés d'intelligence et de sagesse ; il devient un nourrisson savant. Il peut aussi avoir recours à l'identification à l'agresseur, qui consiste à se soumettre à tous ses désirs ou même à les anticiper, comme s'il hébergeait une partie de l'agresseur en lui. Enfin, il n'introjecte pas seulement l'agresseur, mais aussi sa culpabilité (besoin de punition), ce qui le fait douter de la réalité des faits et de l'authenticité de ses affects.

Ferenczi s'intéresse aux conséquences du trauma sur la personnalité : il le décrit comme un choc, une commotion, qui fait éclater la personnalité (atomisation). En suite du clivage, la relation d'objet se transforme en relation narcissique : une partie de la personnalité va materner l'autre, ce qui peut être mis à mal par la survenue d'un second traumatisme. Ainsi, Ferenczi a-t-il favorisé la prise en compte de l'aspect effracteur du trauma et des réactions défensives activées pour y faire face.

Rappelons, maintenant, les conceptions plus contemporaines traitant de la confrontation à l'impensable de la mort.

Conceptions contemporaines du trauma

Les différents auteurs contemporains, exerçant dans le champ de la psychiatrie militaire et, plus largement, de la victimologie (Barrois, 1998 ; Crocq, 1999) soulignent le statut particulier de la névrose traumatique (ni psychose, ni névrose). Barrois (1998) et Lebigot (2005), placent le réel de la mort au centre de leur théorisation. Le sujet entrevoit sa propre mort par sa mise en danger, qu'elle soit physique ou psychique ou par le biais de la mort de l'autre, du camarade, de l'ami, de l'anonyme. Cette confrontation avec la mort met en échec tous les moyens défensifs et les modes de compromis auxquels le sujet a recours habituellement (par exemple, les somatisations). Lebigot (2005) ajoute qu'un sujet ne peut se représenter sa propre mort. Nul ne peut assister à sa propre naissance ni se rappeler sa mort, ce qui implique que l'on ne peut que se re-présenter cette dernière par le détour d'un fantasme de finitude (« fantasme du *postmortem* »). La mort est sans représentation. Elle relève d'une clinique du réel, avec le réel (Le Maléfan, Coq, 2015, p. 184). Le traumatisme confronte le sujet au réel de la mort. Privé d'une figuration de sa propre mort le sujet est propulsé dans un originaire, c'est-à-dire dans un temps antérieur au langage. La mort est un non-temps psychique (elle est *zeitlos*, soit hors temps). Le réel de la mort est ce qui demeure non-symbolisable par le langage. Ce qui est hors langage est à proprement parler l'infantile (*infans* signifie muet). Le refoulement protège normalement de cette période de l'originaire, mais le réel de la mort fait exploser cette frontière.

En reprenant l'interrogation freudienne (1938) quant au lien entre névrose traumatique et psychosexualité, Duchet (2011, 2015) suggère que la névrose traumatique et ses symptômes feraient taire les symptômes de conversion. Analysant le cas d'une patiente, résistante de guerre, ayant subi des violences sexuelles et la torture en raison de son engagement politique, Duchet émet l'hypothèse que la névrose traumatique aurait pour effet de figer les conflits sexuels non résolus par le sujet et qui réapparaîtraient dans le cadre d'un suivi thérapeutique. Celui-ci révèle le poids des fantasmes originaires (scène œdipienne, séduction et érotisation…) et l'importance du collapsus psychique selon Janin

2. Voir l'article de Dupont (2000).

(1996) (un des agresseurs avait l'âge de son propre père, qui l'avait introduit dans la Résistance). C'est un trauma externe, en l'occurrence l'annonce de la mort à venir de son mari, qui, près de cinq décennies plus tard, entraînera la répétition du trauma de viol jusqu'alors enfoui, oublié, interdit de mémoire. Les symptômes traumatiques coïncident, écrit Duchet (2011), avec l'arrêt des symptômes hystériques.

Afin de mieux saisir les circonstances de déclenchement d'une névrose de guerre chez certains soldats, nous soutenons, en accord avec Duchet, qu'au-delà de la qualité du système défensif du sujet, entrerait en jeu également son histoire de vie infantile, remise au premier plan lors de l'effraction du trauma externe, pouvant faire fonction d'après-coup traumatique. Le trauma de guerre pose la question des limites dedans-dehors et renouvelle l'interrogation quant à une actualité crue et violente de l'événement traumatique, qui gommerait ses liens avec les conflits infantiles.

CONSÉQUENCES PSYCHOPATHOLOGIQUES DU PTSD ET EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

Les patients rencontrés, qui font l'objet de cette recherche, l'ont été dans un cadre médical (hôpital militaire). Le diagnostic PTSD a été posé par le psychiatre qui les a examinés. Nous nous proposons de reprendre l'histoire du concept de PTSD, fondé sur une approche médicale et psychiatrique, qui ne se réfère pas à la conception psychanalytique du trauma.

Modélisation du PTSD

Avec la cinquième version de son manuel l'Association américaine de psychiatrie (*American psychiatric association*, 2013), reconnaît l'importance des syndromes psychotraumatiques, modifie certains critères diagnostiques et souligne la diversité des manifestations symptomatiques à la suite d'un événement à potentiel traumatique. Le PTSD peut renvoyer à de nombreuses situations comme : une attaque terroriste, un combat de guerre, un enlèvement, de la torture, une incarcération, un accident, une maladie grave, une catastrophe naturelle… Pour le DSM, le PTSD se développerait chez une personne confrontée à un ou plusieurs événements traumatiques. Les symptômes quantifiés se déclinent en souvenirs répétitifs ou, au contraire, en un évitement de ces souvenirs.

L'identification de ce syndrome a été rendue possible par la reconnaissance des souffrances extrêmes, mais aussi des difficultés de réadaptation au monde environnant, tendant au repli sur soi et à la marginalisation et majoré par des taux de suicides importants chez les vétérans de la guerre du Vietnam. Les populations présentant un haut risque de PTSD et autres troubles sont les vétérans de guerre (Fairbank, Ebert, Costello, 2000). Selon l'Institut de médecine (*Institute of Medecine*, IOM, 2012), les facteurs identifiés comme à risque pour le personnel militaire sont les expériences de combat, le fait d'être blessé, d'être capturé, de manipuler des restes humains, d'être exposé à des sources incontrôlables de stress, à du harcèlement ou à des assauts sexuels.

Le PTSD, tel qu'il est décrit dans le DSM-IV (*American psychiatric association*, 2000), peut être considéré comme une conséquence professionnelle d'un des métiers les plus à risque létal qu'est la profession de militaire et, notamment, celle de combattant. S'intégrant au corpus des risques psychosociaux (RPS) et de la notion de stress au travail, il constitue une pathologie caractéristique, traitée prioritairement dans les services de psychiatrie des Hôpitaux d'instruction des armées et les centre médicaux des armées (CMA). Les répercussions individuelles et collectives de cette pathologie font l'objet d'une prise en charge institutionnelle spécifique, selon les directives du plan d'action « Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées »[3], résultat d'un travail de réflexion de la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) et validé par le ministre de la Défense et des Anciens combattants le 27 septembre 2010.

Mieux qu'une différence qui les opposerait, il existe un écart entre conception psychanalytique du trauma et PTSD, mais cet écart est une tension féconde, que le clinicien se doit de considérer. On retiendra qu'une situation dramatique ne donne pas lieu forcément à un trauma, ce qui met l'accent sur l'investissement singulier de l'événement par le sujet ou son implication subjective. L'événement traumatique vient heurter ou révéler « un refoulement ou une impasse biographique antérieure » (Auxéméry, 2012, p. 379). Il est rencontre entre un événement et la structure fantasmatique d'un sujet (Gheorghiev 2013, cité par Le Maléfan, Coq, 2015). Spécifiquement en situation de guerre, l'agressivité meurtrière, objet d'interdit et de répression pulsionnelle en temps de paix (civilisation de la pulsion),

3. Ce plan d'action se trouve dans la Note n°564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011 relative au Plan d'action troubles psychiques post-traumatiques dans les armées 2011-2012, puis a été actualisé dans la Note n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013 relative aux « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », 2013-2015.

devient possible, car dans les moments de guerre, l'autre est potentiellement un ennemi à combattre.

OBJET DE LA RECHERCHE

Nous nous proposons dans cet article de réfléchir aux retentissements du traumatisme de guerre sur la qualité de la relation objectale chez deux soldats affectés en mission à l'étranger. Nous nous intéresserons plus précisément à la relation de couple depuis le retour de combat et aux pathologies du lien amoureux qui auraient pu survenir depuis. De nombreuses études nord-américaines sont consacrées aux répercussions du PTSD sur la sphère familiale et conjugale et évaluent également les modes de fonctionnement en famille comme facteur à risque dans l'éclosion du PTSD. Une méta analyse des différentes études empiriques (Taft, Watkins, Stafford, Street, 2011) établit une corrélation positive significative entre PTSD et 1° conflit ou discorde dans la relation conjugale, 2° agression physique conjugale et 3° violence psychologique sur le partenaire. La différence entre la population civile et militaire pourrait être due à la culture militaire, qui conduit à désinhiber le comportement agressif et à renforcer des réponses plus agressives face aux situations difficiles, ce qui pourrait mobiliser des capacités dysfonctionnelles dans la résolution de problèmes et de conflit quand le militaire rentre de mission et vit à nouveau avec sa (son) compagne (on). Ces études, aussi intéressantes soient-elles, confèrent à la sexualité un rôle mineur, en tant que celle-ci se révèle dans la relation et la rencontre à l'autre comme sujet désirant (intersubjectivité) et qu'elle engage la vie psychique et la sexualité infantile (soit le sexuel).

Nous sommes partis de l'hypothèse générale que le traumatisme de guerre impacterait la sexualité du sujet dans la relation avec sa compagne. En découlent d'autres hypothèses sur le devenir masculin dans le couple et les remaniements de l'investissement libidinal : le traumatisme de guerre contribuerait à un désinvestissement érotique du génital et laisserait place à un investissement narcissique de la relation affective, teintée d'emprise. Déjà Abraham (1918) et Ferenczi (1918) mentionnaient un appauvrissement, chez le soldat, de l'amour objectal. Nous posons comme hypothèse que, face à l'effraction causée par le traumatisme de guerre, le sujet mobilise des défenses contre la passivation éprouvée, laquelle menace une identité (masculine).

Méthodologie

Nous avons recueilli les données cliniques au sein d'un hôpital d'instruction des armées. Pour les deux hommes rencontrés, un diagnostic d'état de stress post-traumatique a été posé par le psychiatre et un suivi psychothérapeutique a été amorcé. L'hôpital militaire, dans lequel s'est déroulée cette recherche clinique, propose aux patients militaires des consultations ambulatoires, ainsi que des hospitalisations à la semaine à intervalle régulier, visant à faire accepter et à introduire un traitement médicamenteux adapté et des soins psychiques spécifiques. Le cadre de l'hospitalisation permet l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire tendant à assurer le soutien médico-psychologique et psychosocial des patients. La perspective thérapeutique est plurielle (orientation psychanalytique, TCC, EMDR) pour une prise en charge répondant au mieux aux enjeux contemporains de la psychiatrie moderne, tout en préservant les intérêts du sujet souffrant, ainsi qu'aux recommandations de la Haute autorité de santé (juin 2007) pour les affections psychiatriques de longue durée et les troubles anxieux graves.

La première rencontre, après accord de participation à la recherche, a consisté en un entretien, afin de prendre en compte la personne dans sa globalité, pas seulement depuis qu'elle a été diagnostiquée comme souffrant d'un état de stress post-traumatique. Cette approche holistique du sujet et de son parcours professionnel menant à l'opération militaire traumatogène permet d'apprécier la qualité du lien affectif actuel dans l'espace-couple. Dans la même semaine, lors d'un second entretien, nous avons invité le sujet à exprimer son vécu conjugal avant et après la confrontation à un évènement potentiellement traumatique. Cet entretien recueille des éléments sur les modalités d'investissement du couple, de sa compagne, mais aussi sur leur capacité à gérer les conflits. Nous interrogeons le patient sur sa vie sexuelle, afin d'évaluer sa dynamique synchronique et diachronique depuis le retour d'opération et également afin de préciser l'intention sexuelle (décharge pulsionnelle/plaisir érotique ; tendresse/violence). L'entretien clinique a permis de donner sens à certains événements douloureux, jusqu'alors non résolus, réactivés par le trauma de guerre, de repérer les modalités d'investissement de la relation de couple, la fonction de l'objet d'amour, sa fonction d'étayage ou bien sa défaillance, les mouvements pulsionnels présents dans le couple.

Nous avons ensuite proposé la passation de deux épreuves projectives dans une même séance. Les différentes rencontres ont donc eu lieu sur un mois. Le Rorschach permet d'appréhender la capacité d'élaboration et de mentalisation des conflits, les ressources liées à l'organisation défensive, qui reflètent les modalités d'organisation psychique et l'impact du traumatisme. Dans la perspective de l'école projectiviste de Paris, le Rorschach a pour

objectif l'investigation des processus inconscients et l'analyse de la dimension transféro-contre-transférentielle au cours de la passation. Il sollicite la représentation et le vécu de l'image du corps et permet de repérer les remaniements engagés après le trauma psychique. Le Rorschach rend compte de la dynamique psychique et permet de repérer des manifestations qui, trop discrètes, ont échappé au clinicien lors des entretiens (Chabert, 1997). Son autre intérêt clinique et de recherche est de donner accès, tant au structural qu'à l'actuel [4]. Le traitement des planches activatrices des relations objectales nous renseignera quant à la qualité de l'investissement libidinal : en effet, nous supposons un désinvestissement objectal chez un sujet souffrant d'un traumatisme de guerre, ce qui se traduira par une recentration de l'énergie libidinale sur le Moi. Le contexte de guerre conduit les combattants à surinvestir le Moi et à considérer l'adversaire comme une menace objectivée. Le trauma fixerait le sujet sur son théâtre de guerre, alors que la vie civile et affective implique un investissement inverse, valorisant l'objectalité. Comment le sujet traumatisé de guerre arrive-t-il à concilier les exigences du narcissisme et de l'objectalité, à jouer avec les polarités amour, tendresse, haine ? Quelles sont ses représentations objectales, alors que l'autre combattant constitue une menace ?

Pour lutter contre le vécu de passivité lié au traumatisme, le sujet peut vouloir contrôler l'objet par un retournement de la passivité en activité, l'investissant dans une relation d'emprise ou encore figer la relation en investissement spéculaire. L'investissement d'emprise aurait lieu lorsque la perte de l'objet serait menaçante pour l'intégrité du sujet. Pour lutter contre les angoisses de perte, le sujet investirait l'autre comme une part de soi, ne pouvant se le représenter comme suffisamment différencié de soi, car la perte de l'objet conduirait à l'anéantissement du sentiment d'existence.

Dans l'analyse du fonctionnement psychique et de la structure de personnalité, Rorschach et TAT sont très complémentaires, dans la mesure où l'un est une invitation à la mise en forme et en situation dans l'espace (sentir et se mouvoir) et l'autre à la mise en récit, en situation dans le temps. Le TAT éclaire l'investissement de la relation à l'objet et l'investissement des polarités de l'identité. La perspective psychanalytique, initiée par Shentoub (1990) et reprise depuis par les projectivistes de l'école de Paris (Brelet, Chabert, 2003) met en évidence les procédés d'élaboration du discours utilisés[5], traduisant les mécanismes de défense mobilisés face à un contenu latent induit par le matériel. Il nous a semblé pertinent d'utiliser cette épreuve projective en complément de l'entretien clinique de recherche et du Rorschach, car elle permet d'explorer la qualité des relations objectales au vu de la figurabilité des planches.

Nous nous intéresserons donc aux modalités d'interprétation des relations mises en scène dans les planches, en fonction du type de conflit et aux polarités pulsionnelles sous-tendues par celles-ci (polarité pulsionnelle agressive/ libidinale). Nous analyserons la mise en relation des personnages et, plus particulièrement, l'investissement de l'objet dans une relation d'emprise pour le contrôler et se protéger d'un dommage identitaire ultime.

ÉTUDE CLINIQUE

Premier sujet : M. P.

Anamnèse

M. P., la trentaine, est sous-officier de carrière. Il a été touché physiquement par un tir de mortier dans un pays qui est en guerre depuis près de 30 ans (motif tour à tour politique, idéologique et fanatique). Après un long congé pour maladie de trois ans, il est actuellement en reconversion dans le civil, qu'il apparente à une rupture amoureuse. Marié, il est père de deux pré-adolescents. Depuis son retour, il s'est coupé de ses connaissances amicales et évite les relations en dehors de sa famille nucléaire. Il présente des épisodes de déréalisation, ne sachant plus s'il est en France ou en mission. Habité par des reviviscences, il adopte une position accroupie, veillant à la fermeture d'une tente imaginaire. Lorsqu'il conduit (le moins possible), il ne supporte pas d'avoir une voiture devant ou derrière, il se sent alors traqué. L'évitement situationnel se retrouvera également dans son désir de reconversion, indiquant sa volonté de se tenir à distance de son expérience de guerre pour se préserver et ne pas réactiver la symptomatologie traumatique. Constamment sur ses gardes, hypervigilant, il a plaqué à terre, puis

4. L'interprétation commence par une analyse quantitative des données du psychogramme, permettant d'appréhender le fonctionnement mental, la qualité du rapport au réel, la représentation de soi, la dynamique affective. Elle se poursuit par l'analyse des données qualitatives (verbalisation, conscience d'interpréter, distance au matériel, éléments transférentiels, réponses données en référence aux sollicitations latentes des planches).

5. La feuille de dépouillement, regroupant l'ensemble des PED (procédés d'élaboration du discours), est divisée en quatre grandes catégories : séries A (rigidité) et B (labilité), série C (évitement du conflit), série E (émergence des processus primaires),voir Azoulay, Emmanuelli (2000).

frappé sa femme, qui était arrivée discrètement près de lui à un moment inattendu. Il ne peut trouver le sommeil, justifiant du fait qu'il doit surveiller, faire la garde pour sa famille. Il ne peut dormir que le jour. Lors des entretiens cliniques, il s'est montré très inquiet, a inspecté notre bureau jugé trop grand car il ne supportait pas d'avoir la porte dans le dos, craignant l'intrusion intempestive d'une personne derrière lui et déplaçant sa chaise. À ces signes cliniques s'ajoutent de l'irritabilité et des conduites à risque (vitesse et absorptions importantes et quotidiennes d'alcool), qui se sont estompées depuis sa première hospitalisation à l'hôpital militaire où il a été admis après avoir frappé son épouse. L'alcool, comme certaines bagarres à l'extérieur, ont une fonction auto-calmante et apaisante. M. P. peut aussi avoir recours à des conduites auto-agressives pour éviter de faire du mal à ses proches. En outre, cette fonction auto-calmante vise à contrôler les affects, qui apparaissent assez discordants par rapport à la situation vécue. Il peut pleurer devant un dessin animé d'enfant et rester insensible face à une vidéo où un homme est décapité. Nous notons une attirance morbide pour des scènes de guerre.

Si nous revenons sur l'événement traumatique, M. P. note un réel décalage entre le père attentif, l'époux aimant et l'homme qu'il est devenu (métamorphose de la personnalité). D'un autre côté, il mentionne également des épisodes de dépersonnalisation dans lesquels il se vit comme étant en dehors de son enveloppe corporelle. S'intéressant aux manifestations cliniques dans des situations traumatogènes, Le Maléfan et Coq (2015) décrivent la sortie du corps où la personne est ailleurs avec sa subjectivité, tandis que son corps reste physiquement présent. Cette sortie hors du corps, écrivent-ils, peut se produire au moment du traumatisme comme lors de ses reviviscences. M. P. se décrira également comme ayant radicalement changé, ne se reconnaissant plus, étant une autre personne n'ayant plus aucun lien avec celui qu'il était avant l'opération militaire. Nous pouvons assimiler cet état d'esprit à un clivage du Moi. Par ailleurs, son agression physique a nécessité une intervention médicale le premier mois de son arrivée dans le pays de sa mission. Il affirmera être resté au pays et s'être sacrifié pour les hommes qu'il avait sous son commandement, ce qui peut déjà témoigner d'un transfert de type père-fils. Rencontré par un médecin, il cache sciemment ses cauchemars et ses angoisses. Il confie, pourtant, s'être rendu compte très vite de l'impact psychologique de l'agression physique qu'il a subie. Retournant au combat, lors des attaques ennemies, il présente des attitudes peu adaptées : comme paralysé, il perd ses automatismes et est alors placé à l'arrière du combat. M. P. a recours à une métaphore : il dit être passé de « superman », pour qui la peur et l'angoisse n'existaient pas à un « super rien ».

Durant l'entretien, M. P. montre un besoin très fort d'étayage, il peut chuchoter un « aidez-moi », tout en attaquant le cadre par moment en se levant intempestivement, laissant son téléphone allumé, dérangeant notre écoute associative. Nos hochements de tête ou nos regards soutenus l'encouragent à poursuivre son discours. Nous ne cessons de relancer son discours relativement pauvre. Ces demandes de réassurance psychique contrastent avec sa carrure imposante. S'agissant de sa vie affective, M. P. connaît son épouse depuis l'adolescence, car ils faisaient tous deux partie d'une bande d'amis. Il souligne le contraste qui existe entre eux au niveau de leur caractère. La relation amicale a évolué affectivement et ils se sont mariés jeunes. Pour autant, selon lui, leur amour ne peut être qualifié de fou, mais de complice. Actuellement, son épouse lui est d'un grand secours, elle le materne, le surveille et prend les décisions adéquates s'il dérape. M. P. lui en est reconnaissant. Il note également une indépendance dans le couple en indiquant que chacun pouvait s'adonner à des loisirs sans pour autant vivre cette indépendance comme un abandon ni un signe de moindre amour. Au niveau sexuel, M. P. indique ne plus en avoir besoin et espère, cependant, retrouver un appétit sexuel. Il comprend l'importance des relations sexuelles et en parle comme d'un échange et de la possibilité de prouver son amour à l'autre. Le couple essaie de s'accorder du temps et des petits plaisirs comme de manger à l'extérieur, mais M. P. est tellement sur ses gardes qu'il peut choisir une place stratégique peu adaptée à ce genre de rendez-vous (près de la porte des toilettes), se trouvant alors prêt à prendre la fuite si besoin. Son épouse se montre très compréhensive et se documente sur l'état de stress post-traumatique. Elle ne le juge pas. Sa fonction est maternante et contenante et elle lui permet d'exprimer sa souffrance.

Les apports des projectifs

La crainte de se dévoiler et de donner des réponses traduisant la folie peut expliquer la restriction (des refus, des temps importants de latence, une faible productivité) du protocole, qui est à la limite de l'analysable. Les interprétations traduisent une effraction des limites, la peau ne fait plus office, à certains moments, de protection entre le dedans et le dehors. Le dedans est vu en transparence (colonne vertébrale à la première planche, dite des premiers contacts). À une planche qui active une représenta-

tion phallique, mais aussi de l'autorité, (IV), le sujet donne une réponse (grenouille écartée), où la passivité alterne avec l'activité et le sadisme car elle a été écartelée. Le protocole est peu dynamique, sauf à la dernière planche, quand la séparation d'avec le test et le clinicien se profile : le sujet fait alors appel à des procédés maniaques, antidépressifs : « une fête et où des gens s'amusent ».

Le recours à des formes délimitantes est prévalent, ce qui montre le besoin de s'appuyer sur les éléments concrets et d'investir des limites qui paraissent effractées. On peut également y voir un gel pulsionnel comme s'il avait besoin de figer les choses, de les immobiliser comme pour en atténuer l'impact angoissant et éviter de nouer des relations objectales (excepté à la III où deux hommes concassent du blé). Les nombreuses références d'objets dévitalisés, morbides (les perceptions d'une « grenouille écartelée » planche IV, d'une « peau de bête » planche VI et d'un « crâne » planche VIII) vont dans ce sens. Les représentations féminines sont absentes du protocole, la planche VII, qui en est habituellement porteuse, est refusée (aucune réponse) et la IX, faisant appel au maternel primaire, donne lieu à une représentation dévalorisée du féminin (« groin de cochon »). Le sujet ne peut s'appuyer sur des représentations parentales consistantes, lesquelles échouent à soutenir la qualité de la représentation de soi et de l'investissement de l'autre.

Les affects sont absents du protocole et M. P. cherche à éviter toute émotion ou résonance affective, comme lors de notre premier entretien, dans lequel nous avions relevé une absence de relief affectif et émotionnel ; le discours du sujet semblait plaqué sur la réalité extérieure et les croyances sociales. De plus, les couleurs, pourtant activatrices de sensorialité et de pulsionnalité au Rorschach, ne semblent pas avoir de résonance particulière chez le sujet, en dehors de la couleur noire qui réactive des affects de peur.

Le traumatisme psychique se traduit par une anesthésie affective, par une diminution nette des pulsions libidinales et agressives et par une effraction des limites contre laquelle le sujet lutte. La représentation de soi n'est pas affectée (réponses globales intègres), mais les polarités masculines et féminines sont évitées, comme si le sexuel était tamponné par l'événement traumatique. L'anesthésie affective le prive de la dépressivité génératrice et conduit à l'évitement de la rencontre avec le sexuel.

Le TAT est riche d'enseignements cliniques : tout d'abord, une perte de la capacité à interpréter et un vacillement des limites sont retrouvés à certains moments, mais aussi des scènes de cauchemar aux planches dites fantastiques, ce qui montre bien l'externalisation du monde interne et l'angoisse face aux planches anobjectales. M. P. n'imagine pas une histoire, mais raconte son histoire, en se prenant pour le personnage de la planche. L'analyse du protocole atteste une forte identification à un personnage enfantin, asexué, ce qui montre le désarroi né après le traumatisme et le besoin de se placer dans une position régressive, sans cesse en demande d'étayage. La relation reste marquée par un fort investissement scopique, duelle et en miroir, mettant à distance le sexuel dans une dimension interdictrice.

La représentation de la relation objectale véhicule de la contrainte : la punition, la surveillance, le châtiment, l'esclavage, la soumission, la domination alternent dans les récits. Malgré la reconnaissance de ces contraintes, le sujet pourra difficilement se représenter sur le plan fantasmatique la présence de pulsions agressives et tendra massivement vers l'évitement du conflit. Une planche mettant en scène un fusil (8 BM) et dont la sollicitation latente est la castration et les fantasmes parricidaires entraîne un discours désorganisé.

En résumé, l'évitement relationnel met à couvert des tendances agressives non pacifiées par le registre libidinal. Autrement dit, tendresse et agression ne peuvent coexister et M. P. n'a pas recours à l'ambivalence. Il s'identifie à un enfant seul, délaissé ou encore puni par une instance anonyme, ce qui montre bien l'impuissance générée par le traumatisme qui est encore plus visible au Rorschach. Ce positionnement, relevant de la castration, soulève la question de l'identité masculine consécutive à l'insoutenable hémorragie narcissique, entraînée par l'effraction de l'appareil psychique sous le coup de la puissance dévastatrice du trauma. La frontière dedans-dehors semble fragile chez le sujet, qui tente en vain de lutter contre cette porosité des limites à travers son récit (marqueurs temporels, appui sur la réalité externe, précisions spatio-temporelles). La femme est cantonnée à une dimension maternante, faisant fonction de bon objet permettant au sujet le maintien de son équilibre narcissique, objet externe prenant le relais de l'objet interne défaillant. Cependant, lorsque le sexuel entre en jeu, il est dénié, désorganisant trop un équilibre psychique précaire.

Second sujet : M. T.

Anamnèse M. T.

M. T. a une trentaine d'années lors de notre rencontre. Il est originaire d'une île du Pacifique où il a passé son enfance et son adolescence. Il

est militaire du rang depuis une dizaine d'années. Nous l'avons rencontré dans l'hôpital militaire où il est suivi en ambulatoire depuis un an avec un diagnostic de PTSD, lequel a nécessité plusieurs hospitalisations.

Dernier d'une fratrie de 16 enfants, sa mère souhaitait le faire adopter par un homme possédant un statut professionnel important, mais face au refus du père biologique, M. T. est finalement adopté par sa demi-sœur, l'aînée de la famille. Cette demi-sœur est considérée par M. T. comme sa mère et il a été élevé par elle avec six autres demi-frères et sœurs, enfants adoptés aussi par cette mère de substitution. Il est le seul à avoir un lien biologique avec sa mère adoptive. Cette dernière consacre exclusivement sa vie à ses enfants adoptifs et, refusant de se marier, est décrite comme soutenante et aimante, malgré une existence misérable. À la mort de sa mère naturelle, à 14 ans, des mouvements d'agressivité envers sa mère adoptive se manifestent et des angoisses d'abandon en lien avec la perte de la mère biologique surgissent. Il pourra également mentionner le fait que sa mère adoptive ne l'encourageait pas à reprendre contact avec sa famille biologique de peur qu'elle ne lui arrache ce fils d'adoption. Ainsi, sa mère adoptive souhaitait-elle le « préserver », empêchant l'instauration d'éventuelles relations avec sa famille biologique. Quelques années plus tard, il décide, contre l'avis familial, de quitter son île et arrive en métropole dans le but de pouvoir réaliser son rêve : être militaire. Sa grand-mère maternelle et sa mère adoptive meurent dans l'année et une forte culpabilité l'habite, car leur mort a coïncidé avec son départ, auquel elles s'étaient opposées. Dans ce contexte de fragilité émotionnelle, marqué par des disparitions des figures maternelles, il rencontre son épouse, militaire elle aussi. Pour décrire leur rencontre, M. T. a recours à une phrase assez surprenante : sa femme l'ayant abordé la première, il expliquera qu'elle l'a séquestré. Ce terme résonne avec le vécu actuel de mal-être et d'enfermement.

M. T. fait part de difficultés dans son couple depuis le retour de sa dernière opération dans un pays africain, marqué par les génocides religieux, difficultés qu'il légitime par le caractère autoritaire de sa femme, celle-ci recherchant à tout régenter et contrôler. Il ne s'agit pas de sa première mission et il a pu effectuer d'autres manœuvres extérieures de longue durée, notamment dans une contrée du Moyen-Orient. Depuis son retour, il a pu repérer des changements de comportement, comme de l'irritabilité, des accès de violence semblant se diriger vers l'extérieur et plus particulièrement sur l'objet d'amour, mais aussi des conduites à risque et un goût pour le danger (conduite à grande vitesse avec une voiture de sport).

M. T. investit l'espace de parole, il semble avoir besoin de l'écoute attentive de la psychologue pour livrer des souvenirs, certes très douloureux, mais accessibles à la conscience. Nous veillons à adopter une attitude contenante, tant dans nos relances verbales que non verbales pour que le sujet se sente soutenu et que puisse se créer une relation de confiance *a minima* durant les différents temps de rencontre. Il ne supporte pas le vide et s'accroche désespéramment à notre regard, quêtant une approbation et un acquiescement. Son discours est, la plupart du temps, construit, le vocabulaire courant, même si des arrangements de phrase sont assez inappropriés, ce que nous mettons sur le compte de sa double culture. Toutefois, M. T. se montre très prolixe quand il parle de son travail, de ses formations, de l'armée comme institution, de ce qui l'implique moins personnellement. Le trauma a, semble-t-il, introduit une cassure entre ce qu'il est actuellement et la représentation qu'il avait de lui (gentil, posé, calme). Pour revenir brièvement sur le déroulement des différentes passations, le sujet a respecté le cadre posé sans tenter de le transgresser ; les règles énoncées préalablement étaient scrupuleusement respectées. Lors des différentes rencontres, le sujet a pu partager son vécu et ses ressentis consécutifs au trauma et trouver un lieu d'écoute, dans lequel sa parole n'était pas jugée, mais encouragée. Au niveau transférentiel, nous avons ressenti le besoin de M. T. de se placer dans une relation maître-élève. Par exemple, il attendra nos instructions et nos consignes avant de se lancer dans une quelconque expression. Il sera attentif et très concentré durant la passation et notre attitude favorisera la possibilité, pour le sujet, de faire un retour sur lui. Malgré le cadre sécurisant, le sujet se montre inhibé lorsqu'il revisite sa vie actuelle et ses ressentis à l'égard de ses relations amoureuses et affectives. Nous pouvons l'appréhender à partir des diverses hésitations, des silences intra-récits, mais aussi par des réponses courtes ou des phrases restées en suspens. Ici, loin de favoriser la réflexion, ces silences non maturants génèrent un vide improductif. Aussi nous nous sommes appliqués à relancer les capacités élaboratives du sujet.

Les retentissements du trauma

Nous allons, à présent, reprendre les symptômes cliniques repérés en entretien et évaluer leur place et leur rôle dans le fonctionnement psychique du sujet.

M. T. souffre d'irritabilité et présente des accès de colère : « j'avais la haine contre ces gens-là

qui martyrisaient les autres et puis… beaucoup de violence en fait ». M. T. peut exprimer son impuissance à sauver des victimes de la férocité de leurs agresseurs et éprouve la culpabilité d'être arrivé trop tard sur des lieux de massacre et des charniers. Il trouve une explication à ses agirs en pensant qu'il a rapporté la violence de sa dernière mission. Ces tensions internes peuvent mener le sujet à une modification du comportement ayant pour but la décharge de l'angoisse également par des conduites dangereuses décrites par le sujet au volant.

Après l'expression de son vécu traumatique et ses effets sur sa personnalité, M. T. rapportera avoir laissé une part de lui-même à jamais perdue en mission, ce qui s'apparente au clivage du Moi, le sujet se vivant différent de ce qu'il était avant et comme scindé en deux. Il aborde les conséquences du trauma de guerre sur sa vie de couple lors d'un second entretien, dans lequel il paraît plus hésitant, cherchant ses mots, ce qui montre une difficulté à aborder son vécu conjugal. Il tente de se déculpabiliser des conduites violentes envers l'objet d'amour. Il ne reconnaît que partiellement ses agissements en attribuant la faute à l'autre : « elle m'a énervé » et minimise les actes : « je l'ai à peine touchée… non pas touchée, bousculée… » Les violences domestiques se sont déclenchées depuis son retour de mission et il répète des scènes traumatiques, dans une collusion entre passé et actuel, en usant de l'agressivité envers son épouse : « ce que j'ai fait à ma femme… ça m'a fait un *flash-back* de quand j'étais en Afrique… » Nous comprenons la violence comme une défense contre son intégrité menacée, « juste pour me protéger… » dira-t-il. L'intériorité pulsionnelle échoue à être contenue et s'exprime par des conduites à risque et par des débordements caractériels (disputes domestiques et avec des personnes extérieures). Nous pouvons qualifier la relation de couple comme spéculaire et fusionnelle dans les premiers temps. Actuellement, l'investissement de la relation libidinale se détourne de la sexualité pour une polarité tendre. La libido est mobilisée dans ses aspects auto-conservateurs, mais non sexuels. La relation objectale libidinale est désinvestie au profit d'une relation narcissique où l'autre se fait le confident. En effet, M. T. avoue avec pudeur éprouver moins de désir sexuel pour sa compagne et ce manque de désir semble partagé par elle. L'utilisation du passé traduit une situation installée : « on n'était pas à l'aise tous les deux », « même quand on faisait des câlins y avait plus le même amour… il y avait quelque chose qui bloquait ». Selon lui, l'érosion du désir a commencé au retour de son avant-dernière mission.

De l'investissement narcissique (passionnel) à une relation marquée par l'étayage

La relation à l'objet d'amour est décrite à ses débuts par le sujet comme un grand amour, idyllique. Il rapporte des sentiments intenses « c'était fusionnel entre nous ». M. T. dit avoir choisi une femme de tempérament, rappelant sa mère adoptive. L'investissement d'objet semble spéculaire complémentaire. Cependant, les motifs et traits de caractère ayant guidé son choix d'objet lui sont actuellement insupportables.

L'objet d'affection est recherché pour assurer sa sécurité narcissique, rôle assuré dans les premiers temps mais qui, aujourd'hui, semble faire défaut. L'engagement passionnel permet de combler le vécu abandonnique précoce. En effet, l'objet n'est plus perçu comme étayant mais semble faillir dans les fonctions pour lesquelles il était élu comme objet d'amour. Actuellement, M. T. exprime son besoin d'étayage, il attend de sa femme qu'elle satisfasse ses besoins d'amour et d'écoute. Il se place dans une position régressive anaclitique face à sa femme, comme si le trauma actuel l'avait plongé dans une situation de désaide et d'impuissance.

Les attentes idéalisées ne sont pas satisfaites et, à certains moments, nous ressentons une forme discrète de séduction à notre endroit, notamment quand M. T. regrette que sa femme ne soit pas suffisamment présente pour lui et qu'il n'arrive pas à lui parler de ce qu'il a traversé. Il cherche aussi à offrir des petits cadeaux de son pays. L'encadrement médical et nous-mêmes sommes idéalisés, et l'ambivalence envers son épouse est criante : « en fait j'arrive à parler qu'à des personnes extérieures… comme vous, là maintenant ». « Elle [sa femme] est là sans être là en fait, elle comprend ma souffrance mais on est toujours en confrontation ». Deux réalités contradictoires coexistent : l'objet féminin aimé semble ne plus être suffisamment contenant mais cette réalité est déniée dans un second temps, traduisant un vécu insupportable de perte : « aujourd'hui elle m'épaule sinon je serai pas venu en consultation ».

Ainsi, le trauma de guerre s'est-il accompagné d'une régression libidinale avec désinvestissement de la sexualité et de l'orgasme. Excepté la situation militaire, il ne supporte plus l'autorité jugée abusive et encore moins féminine, vécue comme un manque d'affection, ni de baisser la garde, autrement dit, d'accepter de s'abandonner à l'autre dans une relation sexuelle de jouissance.

Un investissement d'emprise

M. T. se défend de l'attitude de maîtrise de son épouse, jugée intolérable pour lui : « je refuse

qu'elle me dicte quoi faire en fait ». La révolte de M. T. peut renvoyer à la tentative de lutter contre la passivation éprouvée lors de la situation traumatisante, le plongeant dans une impuissance : « quand elle hausse le ton, c'est comme si j'étais une merde ». Cette vulnérabilité lui fait sentir et éprouver toute conduite de l'autre comme une attaque à visée destructrice, de rabaissement, voire d'écrasement. Le clivage prédomine dans la relation d'objet entre un besoin d'étayage, se traduisant par un besoin accru d'écoute et de tendresse et par une proximité qui confine à l'emprise. La passivité vécue lors des scènes effroyables où il a côtoyé la mort, la réactualisation des scènes et un vécu de passivation (Green, 1999), lui rendent insupportables l'initiative et la sollicitude de son épouse. Dans une dimension plus inconsciente, c'est comme si la revendication phallique de son épouse lui faisait douter d'être un homme. Ainsi, pour dépasser cette angoisse de passivité, le sujet va-t-il lutter activement en tentant de maîtriser et d'imposer à son épouse ses choix dans un retournement passivité/ activité. La répétition amène le sujet à rejouer la situation traumatique (impuissance lors des exactions) dans sa vie affective, en étant acteur et non en la subissant passivement une nouvelle fois pour lutter contre ce qui fragiliserait à nouveau l'organisation psychique du sujet, mettant en jeu sa survie psychique. Le sujet, en répondant de manière active à l'environnement jugé persécuteur, évite le débordement du Moi pouvant aller jusqu'à la rupture de l'appareil psychique. Le trauma psychique de guerre révèle l'effondrement du fantasme fusionnel, la perte de l'idéalisation et de l'omnipotence.

Les apports des projectifs

Le Rorschach soutient la verbalisation d'affects précoces sur la polarité plaisir/ déplaisir révélant l'impact de la réalité externe sur la réalité interne du sujet. La passation de ce test sera rythmée par l'expression d'éprouvés subjectifs face au matériel. L'entrée directe dans l'expression lors de la présentation des planches et l'absence de temps de latence traduisent une difficulté de mentalisation chez le sujet. En effet, les défenses ne peuvent se mettre en place, le sujet se voit exposé sans protection préalable aux aléas du monde extérieur. Les planches sombres (noires et grises) du Rorschach favorisent des affects d'angoisse assez massifs plus ou moins pris en charge par la représentation. Ce test semble, à la fois, lui faire revivre des scènes traumatiques (en témoignent son saisissement, l'expression d'affects simples de déplaisir, la productivité réduite, la répétition de réponses abstraites comme cauchemar), mais aussi lui donner la possibilité d'exprimer son monde interne.

Les capacités adaptatives du sujet et son ancrage dans la réalité externe sont mises en défaut par les éléments angoissants et par l'extrême sensibilité ressentie face au noir ou au blanc (C' et Clob de Rorschach). La réactivité à la couleur noire, ravivant la perception d'un mauvais objet, révèle une extrême sensibilité à l'environnement, à la réalité extérieure traduisant la perméabilité dedans/ dehors et la porosité des limites entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Le pare-excitation parait être mis en défaut, le sujet ne sachant plus d'où provient la source de l'excitation (de lui-même, de l'extérieur ?), ce que Janin (1996) nomme le collapsus psychique.

Si la sensibilité est accrue, les affects sont peu exprimés. Le noir de la planche IV – dont la symbolique renvoie au rapport du sujet entretenu avec une imago phallique – possède un caractère hyper-angoissant rattaché à une représentation « insecte », très rapidement envahie par une angoisse archaïque massive, faisant basculer la représentation initiale dans un monde clivé, provoquant l'émergence des processus primaires, à travers l'évocation du mauvais objet « cauchemar, noirceur, ténèbres ». D'un autre côté, le caractère répétitif de l'évocation de cauchemar et mauvais objet ou objet phobogène à plusieurs planches (planches I, IV et V) renvoie à la compulsion de répétition visant à se prémunir imparfaitement de l'angoisse. Il semble pris dans une contrainte à répéter en dehors de toute possibilité de contrôle.

Le Rorschach atteste le caractère effracteur du trauma de guerre, notamment par le traitement singulier de la couleur sombre, qui ensevelit littéralement le sujet et met à mal les limites corporelles où le sujet fantasme un corps découpé (vacillement du dedans et du dehors) à la planche VI, planche du symbolisme sexuel et de la bisexualité. Cette interprétation est porteuse d'une passivité s'exprimant dans un registre agressif d'attaque du corps. La longue justification à l'enquête de l'intérieur du corps avec une précision chirurgicale peut s'apparenter à l'expression d'un mouvement sadique visant à contrebalancer et à renverser la passivité première. Le Rorschach confirme cette tendance d'une évacuation du sexuel et du désinvestissement des relations objectales, car le protocole est dénué d'érotisme et les identifications sont exclusivement narcissiques ou spéculaires, témoignant de mouvements fusionnels. Les représentations relèvent soit du registre du spéculaire (double, pairs, symétrie) déniant l'altérité de l'objet, soit narcissique, où le repli tente de tamponner l'effraction corporelle.

Le TAT donne accès aux modalités défensives déployées pour traiter des fantasmes originaires

universels sollicités par les planches, comme autant de témoins de la relation entretenue entre le sujet et ses objets internes.

L'attitude de M. T. traduit une fuite de la relation avec la psychologue et un repli sur soi (corps recroquevillé). Face à des images remplies de terreur, M. T. a recours au clivage de l'objet, lui permettant de s'en protéger, mais aussi à l'anesthésie affective (« elle a pas de ressentis ») et à l'inhibition manifestée par des silences intra-récits. De plus, nous notons une productivité relativement pauvre, ainsi que de nombreuses hésitations. Par ailleurs, lors de la présentation des planches, le sujet a recours au fictif, en usant de l'expression « c'est une histoire », comme pour mettre à distance la résonance de son monde interne ou lutter contre l'angoisse débordante suscitée par le matériel en les rejetant dans la sphère fantasmatique.

Nous relevons également la sensibilité particulière de M. T. aux situations proposées par le TAT à l'exemple du Rorschach, à travers l'insistance et la description fine des émotions et sentiments des personnages des planches, faisant craindre le vacillement des limites. L'appui du sujet sur le sensoriel et le percept peuvent contribuer à renforcer le caractère angoissant de certaines sollicitations, notamment à la planche 11 (« je vois l'ombre de quelque chose », « c'est une ville dévastée avec ce contraste blanc et noir »), allusion à la relation archaïque à l'objet. M. T. décrit un environnement chaotique menacé par un objet phobogène, l'ensemble faisant penser à une atmosphère de cauchemar. Comme au Rorschach, appelant à la figuration à partir de taches informelles, les planches du TAT, où n'apparaissent pas des personnages (celles dites fantastiques : 11 et 19), témoignent d'une fantasmatique morbide, lorsque la réalité externe ne canalise plus la projection.

Nous retiendrons du TAT la répression de l'agressivité dans les relations interpersonnelles, pouvant aller jusqu'au gel pulsionnel lorsque l'excitation suscitée par les planches est trop forte en fonction de la tolérance du sujet ; l'ambivalence amour/haine n'a pas cours dans ce protocole. Chez M. T., le clivage entre sexualité et tendresse est à l'œuvre, la relation sexuelle n'est possible que si elle est dépourvue d'amour. À la planche 13MF, planche renvoyant à l'expression de la sexualité et de l'agressivité dans le couple, M. T. ne pourra se représenter qu'une relation éphémère, teintée d'agressivité, appréhendée comme moyen de décharge. Le sexuel est exprimé seulement de façon crue : c'est comme si l'homme, conformément au clivage décrit par Freud (1910), pouvait aimer là où il ne désirait pas et inversement. Les personnages masculins, dans ses récits, investissent la passivité face à des personnages représentant des ascendants, le sujet est réduit à une position régressive, en attente d'étayage. À l'inverse, face à un personnage de sexe opposé et de même génération, l'échec de l'indifférenciation spéculaire donne lieu à un investissement en emprise là où la femme cherchait à imposer sa volonté.

Apports synthétiques des deux cas

La relation à l'objet d'amour représentée comme idyllique, exclusive dans les premiers temps, se trouve aujourd'hui quelque peu émoussée. Les qualités de l'objet, qui comblaient le sujet auparavant font défaut aujourd'hui ; ainsi, l'objet n'est plus étayant et échoue dans sa fonction protectrice pare-excitante. Les attentes de M. T. le situent, de façon paradoxale, dans une demande de régression et de maternage (être écouté, compris) mais, pour autant, les initiatives de son épouse sont vécues comme intrusives et surtout dénigrantes, comme si ce besoin fort de maternage ébranlait sa représentation masculine. En effet, le sujet dans l'après-coup du trauma vécu passivement, dit ne pouvoir tolérer la passivité face à une quelconque situation et cherche à prendre le dessus. M. T. a recours à la violence pour apaiser des tensions dans le couple qui le renvoient au vécu de passivité lié à la situation traumatique. Le lien d'investissement est narcissique et les identifications sexuelles sont absentes au Rorschach et peu investies au TAT, afin d'éviter la confrontation à la différence sexuelle. L'identique est rassurant, car il gomme l'altérité et vient renouer avec la relation précoce.

Cette relation, construite à partir des polarités domination-soumission (activité-passivité) préalablement acceptée par les partenaires, semble à présent poser problème. C'est comme si la dialectique œdipienne surgissait depuis les événements traumatiques de guerre et mettait en question le masculin et le féminin chez chacun des membres du couple. Chez M. P. la relation amicale s'est transformée en relation affective, dénuée, semble-t-il, de passion amoureuse. Contrairement à M. T., M. P. n'a pas utilisé la violence directement contre son épouse, mais parce qu'il était dans un état de déréliction, se croyant encore en mission et attaquant un ennemi. Tous deux mobilisent des symptômes afin d'apaiser des angoisses et sont la proie de réactivations effrayantes.

En ce qui concerne l'attitude de l'épouse, M. T. la décrit moins à l'écoute de sa souffrance que M. P. ne se la représente. De plus M. T. est pris dans une ambivalence vis-à-vis de l'objet, redoutant et exigeant paradoxalement sa présence et

son absence. La rivalité se joue entre le même et le semblable à l'image du récit biblique d'Abel et Caïn (Szondi, 1969). L'un du couple incarne le bon, l'autre le mauvais.

Chez M. T., les représentations objectales restent teintées de narcissisme et le sexuel est clivé de la tendresse. Chez M. P., elles font souvent appel à des registres soumission-domination, à des relations de contrainte. Le génital est exclu au profit de la relation parent-enfant, ou adulte mis en position parentale.

Pour nos deux sujets, l'épreuve traumatique semble avoir révélé les avatars d'un complexe œdipien dans ses rapports à la castration et des difficultés à se situer dans leur identité masculine face au féminin-maternel. Les épreuves projectives sollicitent, en raison de leur étrangeté, la « rêverie imageante » au sens de Lagache (1957), les formations de l'inconscient. Y sont figurés, comme sur un théâtre de guerre, les menaces, les attaques, les blessures et les mécanismes de défense, de résistance, de régression, de repli. Ce qui se traduit au Rorschach par des traces traumatiques, qui restent inscrites à même l'image du corps dans son rapport à un environnement archaïque, mal différencié, confusionnant (angoisse des limites, d'intrusion, d'écrasement, d'éruption, d'ensevelissement), et au TAT par la mise en récit des intrigues, qui unissent dramatiquement ou fantasmatiquement les protagonistes du théâtre intérieur : imagos dominantes, alliés et ennemis, sauveurs et victimes. C'est en cela que les épreuves projectives permettent d'apprécier la dynamique pulsionnelle et les avatars des relations affectives et amoureuses autrement que les entretiens, qui, parfois, n'arrivent pas à dépasser la relation factuelle ou répétitive des évènements traumatiques et de leurs dommages. L'épreuve de la rencontre (« d'après-guerre », quand nombre de constructions imaginaires ont été dissoutes) avec l'autre (l'inter-subjectivité) du couple réactive des questions fondamentales (psychologiques, mais aussi éthiques) et constitutives de la subjectivité : Que me veut-il ? Quel est mon désir ? Est-ce que l'amour durera ? Et ce dans un temps troublé de l'histoire du sujet psychologiquement effracté, socialement déclassé et éthiquement renversé, puisque pas tout à fait revenu de la logique de guerre, où l'autre est un ennemi dangereux à dominer, alors que l'amour est bien reconnaissance de l'effet bénéfique de l'autre sur soi et acceptation d'une forme de passivité (se laisser aller, lâcher prise pour mieux ressentir) qui n'est pas soumission, mais exigence ou acceptation d'un retrait qui a valeur de don.

CONCLUSION

Nous pensons que le traumatisme de guerre, bien présent et déstabilisant, ferait tout de même écran aux enjeux de la relation d'objet précoce et à une défaillance d'un bon objet interne. À ce titre, les projectifs révèlent, eux aussi, la force et la fixation du trauma pouvant aller jusqu'au vacillement des limites et à la confusion entre théâtre de guerre et vie civile.

Dans un contexte d'après-guerre générant des charges d'excitation provoquant de la détresse, les sujets partagent le fait de ne pouvoir se situer face au masculin/féminin au profit de la passivité-soumission. Si M. T. refuse celle-ci et attaque la femme qui, selon lui, le rendrait passif, M. P., au contraire, recherche le regard étayant d'une mère et rejoue la dépendance infantile. L'état de stress post-traumatique se rejoue sur la scène civile et intime en dévoilant les achoppements de la vie sexuelle et en brouillant la place conférée à l'autre : en guerre, dans une logique binaire, l'*alter* est un ennemi ou un double, un frère (d'armes), alors que, dans la vie intime, il devient objet d'étayage, garant de la continuité narcissique du sujet et c'est son absence qui s'avère désorganisante (M. P.).

En cela, le trauma actuel ne saurait être dissocié d'une prise en compte dans le transfert/contre-transfert, des enjeux de la sexualité infantile, mais aussi de la difficulté à se projeter dans l'avenir sur une autre scène que celle du monde schizo-paranoïde (ami/ennemi) de la situation de guerre. La stase post-traumatique, la dépression (anaclitique) et les accès de violence contre soi ou autrui empêchent momentanément d'impulser du changement dans sa vie et dans son couple.

À côté des thérapies brèves focalisées sur le traumatisme, considérant le trauma comme un stress et ayant pour but de réduire des symptômes invalidants (tels que répétition traumatique et hyperréveil ou encore l'accroissement de l'utilisation de substances addictives) pour le sujet, ne faut-il pas penser, de façon complémentaire, à une thérapie au long cours, qui soit l'opportunité, pour le sujet, de revisiter sa vie infantile, afin d'assurer ses assises narcissiques et de remanier son identité d'homme ? Sans oublier que ces hommes ont été confrontés à l'innommable et l'intraduisible et ont un statut de survivant. Ils attendent d'une thérapie, inspirée par la psychanalyse, non un silence assourdissant, faisant craindre une perte de sens et une dévastation du monde, mais une rencontre authentique capable de les rendre à la parole dans un cadre bienveillant (Douville, 2014).

RÉFÉRENCES

Abraham (Karl).– Psychanalyse des névroses de guerre, dans Abraham (K.) *Œuvres complètes II, 1913-1925*, Paris, Payot, 1966, p. 173-180.

American Psychiatric association.– DSM-IV TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (sous la coordination générale de la traduction française de Guelfi (Julien D.), Crocq (M.-A.), 4e éd., texte révisé, Washington DC, , Paris, Masson, 2000.

American Psychiatric Association.– *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), (Post Traumatic Stress Disorder, p. 271–280), Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.

Auxéméry (Yvon).– L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social, *Encéphale, 38*, 5, 2012, p. 373-380.

Azoulay (Catherine), Emmanuelli (Michelle).– La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés, *Psychologie clinique et projective*, *6*, 2000, p. 305-327.

Barrois (Claude).– *Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*, 2e éd., Paris, Dunod, 1998.

Bokanowski (Thierry). –Traumatisme, traumatique, trauma, *Revue française de psychanalyse*, *66*, 3, 2002, p. 745-757.

Bokanowski (Thierry).–Variations sur le concept de traumatisme : traumatisme, traumatique, trauma, *Revue française de psychanalyse*, *69*, 3, 2005, p. 891-905.

Brelet-Foulard (Françoise), Chabert (Catherine).– *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod, 2e éd., 2003.

Chabert (Catherine).– *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod, 1997.

Crocq (Louis).– *Les traumatismes psychiques de guerre,* Paris, Odile Jacob, 1999.

Duchet (Clara).– Névrose traumatique ou névrose traumatisée ? À propos d'une ancienne résistante de la seconde guerre mondiale, *Le carnet psy,* 6, 155, 2011, p. 52-57.

Duchet (Clara).– Au-delà de la névrose traumatique… Vers une théorie unifiée du trauma ? *L'évolution psychiatrique, 80*, 4, 2015, p. 782-792.

Dupont (Judith).– La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure, *Filigrane*, 2000, p. 19-32.

Douville (Olivier).– Des psychanalystes sous la première guerre mondiale : de la névrose traumatique à la folie traumatique, *Bulletin de psychologie, 67,* 3, 2014, p. 237-251.

Fairbank (John), Ebert (Lori), Costello (E. Jane).– Epidemiology of Traumatic Events and Post-Traumatic Stress Disorder, dans Nutt (D.), Davidson (J.), Zohar (J.), *Post-Traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz, 2000, p. 17-28.

Ferenczi (Sandor).– Psychanalyse des névroses de guerre [1918], *Œuvres complètes, tome 3*, Paris, Payot, 1974, p. 26-43.

Ferenczi (Sandor).– Confusion de langues entre les adultes et l'enfant [1932], *Psychanalyse, Œuvres complètes, tome 4, (1927-1933)*, Paris, Payot, 1982.

Ferenczi (Sandor).– *Le traumatisme* [1934], Paris, Payot et rivages, 2006.

Freud (Sigmund).– Un type particulier de choix d'objet chez l'homme [1910], *Contributions à la psychologie de la vie amoureuse*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.

Freud (Sigmund).– Introduction à *Sur la psychanalyse des névroses de guerre* [1919], dans *Œuvres complètes, t. 15, 1916-1920*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, p. 219-223.

Freud (Sigmund).– Au-delà du principe de plaisir [1920], dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 41-115.

Freud (Sigmund).– *Inhibition, symptôme et angoiss*e [1926], Paris, Presses universitaires de France, 2011.

Freud (Sigmund).– *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1938, 1975.

Freud (Sigmund).– *L'Homme Moïse et la religion monothéiste* [1939], Paris, Payot, 1986.

Green (André).– Passivité-passivation : jouissance et détresse, *Revue française de psychanalyse*, *63*, 5, 1999, p. 149-162.

Institute of Medecine (IOM).– *Treatment for Post-traumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations-Initial Assessment*, Report brief, 2012, p. 1-4.

Janet (Pierre).– *Les médications psychologiques*, Paris, Alcan, 1919.

Janin (Claude).– *Figures et destins du traumatisme*, Paris, Presses universitaires de France, 1996.

Lagache (Daniel).– La rêverie imageante, conduite adaptative au test de Rorschach, *Bulletin de groupement français du Rorschach, 9*, 1957, p. 3-11.

Le Malefan (Pascal), Coq (Jean-Michel).– L'instant du traumatisme, *Annales médico-psychologiques*, *173*, 2015, p. 180–185.

Lebigot (François).– *Traiter les traumatismes psychique, clinique et prise en charge*, Paris, Dunod, 2005.

Simmel (Ernst).–The Psychoanalytic Sanatorium and the Psychoanalytic Movement, *Bulletin of the Menninger Clinic*, *1*, 1937 ; trad. fr. dans *Le patient de la psychanalyse, le mouvement psychanalytique*, 2002, p. 58-62.

Shentoub (Vica) et groupe de recherches en psychologie projective de Paris-V.– *Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique*, Paris, Dunod, 1990.

Szondi (Léopold).– *Kain : Gestalten des Bösen* (Caïn, figure du mal), Bern, Huber, 1969.

Taft (Casey T.), Watkins (Laura E.), Stafford (Jane), Street (Amy E.), Monson (Candice M.).– Post-traumatic Stress Disorder and Intimate Relationship Problems: A Meta-Analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*, 1, 2011, p. 22-33.

Tréhel (Gilles).– Victor Tausk (1879-1919) et la médecine militaire, *L'information psychiatrique, 82,* 3, 2006a, p. 239-247.

Tréhel (Gilles).– Ernest Jones (1879-1958) : psychanalyse et choc de guerre, *L'information psychiatrique, 82,* 7, 2006b, p. 611-621.