

Revue internationale de psychanalyse du couple et de la famille

ISSN **2105-1038**

N° 10-2011/2

Thèmes de Famille

LE SECRET COMME OBSTACLE EN PSYCHANALYSE FAMILIALE

THÉORIE ET TECHNIQUE DU TRAITEMENT EN TPF

IRMA MOROSINI²

Le secret : souffrance et violence.

Décider de garder le secret sur des événements, des actes, des situations qui appartiennent à une période de la propre vie, l'occulter aux autres, refusé au savoir et à la parole, inaugure une place à l'intérieur de soi qui va provoquer de la souffrance à celui qui porte le secret. Le maintenir à travers le temps comme un pacte entre deux requiert d'une opération psychique complexe avec diverses conséquences pour soi et pour les générations suivantes du groupe familial. Nous savons qu'il existe différentes sortes de secrets et de cela dépend leur importance.

Dans ce texte, je vais me référer au poids qu'acquiert le secret lorsque son existence est énoncée mais pour ne pas le dévoiler, cela étant la condition qu'il va falloir accepter pour mener à terme le travail psychanalytique avec une famille. Cette famille demande un traitement suite à la maladie d'un de ses enfants, mais en imposant au thérapeute l'exclusion de certaines zones interdites.

Le secret est une forme de violence psychique qu'exercent ceux qui savent et se taisent, sur ceux qui vivent ensemble comme famille et sont affectés d'une manière ou d'une autre par les événements occultés. Le secret empêche l'accès à l'information. Celle-ci concerne

² irmamorosini@hotmail.com
samar07@fibertel.com.ar

le besoin naturel de chaque personne d'accéder à un savoir sur soi, sur les propres origines, un temps historisé qui constitue une partie importante de la signification de chaque subjectivité.

S. Freud (1913) a souligné clairement cela lorsqu'il affirmait : « Les refoulements les plus intenses laissent derrière eux des formations de substitution déformées, qui, à leur tour, provoquent certaines réactions.

Nous devons donc admettre qu'aucune génération ne possède la capacité de cacher à la suivante des faits psychiques d'une certaine importance. ».

L'information se transmet à partir des adultes d'une génération aux générations suivantes, et cette transmission opère non seulement par la voie de la parole, avec toute la force de sa charge inconsciente, pour s'imprimer dans le psychisme en construction des plus jeunes. L'affect qui circule à travers les liens significatifs renforce cette charge dans la transmission d'un inconscient à l'autre.

En citant Freud à nouveau, dans « Psychologie collective et analyse du moi » (1921), nous avons révisé la manière dont il explique les formes sous lesquelles se présente ce qu'il appelle la « *contagion psychique* », où il souligne l'analogie fantasmatique entre ceux qui maintiennent un espace interne commun.

La violence qui accompagne le secret est la violence du silence. Le silence, lorsqu'il a son origine dans un pacte établi entre deux personnes, qui maintiennent à travers cet engagement un certain équilibre du mode de fonctionnement psychique partagé, devient également en cercle qui les enferme et forme une limite qui les sépare des autres. Anna M. Nicolò (2006), en faisant allusion à ce qui se passe dans le fonctionnement d'une relation de type « folie à deux », écrit : « *la folie à deux peut représenter le modèle de base, dans la mesure où elle se situe à la limite de la pathologie, d'un fonctionnement psychique bi-personnel...ne décrit pas seulement les représentations dans la psyché de l'individu mais plutôt le lien comme élément central...Le déclenchement de cette opération se trouve rigoureusement subordonné à l'existence d'un contexte...Dans ces*

situations, l'on décrit, en effet, une situation de suspension subite des coordonnées spatiales et temporelles qui relient les personnages avec leurs points de référence, à partir de quoi la création d'un contexte présente de nouvelles caractéristiques et donne aux rencontres de nouvelles significations. Une dimension de clandestinité est typique dans un autre de ce genre de contextes et délimite la frontière rigide entre les personnes qui stipulent le pacte inconscient, et les autres, les étrangers, qui sont toujours exclus et ressentis comme une menace... »

Le secret maintenu entre deux personnes engendre une opération qui semble fonctionner comme dans la « folie à deux » en ce qui concerne ce thème scellé. Les autres restent en dehors de cette limite rigide qui les enferme. Mais malgré le cachetage du secret, tout ce qui se tait dans la génération précédente induit la suivante, par transmission, à la répétition de ce qui a été occulté, son contenu apparaissant à nouveau d'une manière ou d'une autre dans les processus inconscients sous-jacents au lien de tous les membres du groupe familial.

S. Freud (1914, pag. 1099) exprime dans « Pour introduire le Narcissisme », que « *l'individu vit réellement une double existence, comme une fin en soi et comme le maillon d'une chaîne à laquelle il sert indépendamment de sa volonté, si ce n'est contre elle* ».

Ainsi le secret jalousement gardé par les membres d'une génération qui précède une famille, est définitoire dans l'organisation psychique des enfants et des petits-enfants (s'il n'est pas révélé avec prudence), et cela va au-delà d'un thème de communication et de relation intersubjective (Tisseron2003).

La violence du dire et du non dire

Nous devons souligner qu'à la violence due au secret scellé à travers un pacte de silence maintenu dans le temps, vient s'ajouter, comparable, la violence du dire, la violence de faire face, avec des mots et à travers eux, à la reviviscence des faits passés sous silence pendant si longtemps et assister à ses inévitables conséquences.

Le but de ces réflexions est de me référer à la violence du dire et du non dire dans le champ de la consultation psychanalytique lorsque, dès le début du travail analytique, un membre direct de la famille et significatif pour le patient nous informe qu'il accepte la proposition thérapeutique d'un travail familial seulement si le thérapeute respecte

sa décision de ne pas parler sur une partie de sa vie. Il y aura donc, et par la volonté de celui qui le demande, une zone intouchable à laquelle on ne fera pas allusion.

Cette demande apporte et ouvre des interrogations, en compliquant le développement du processus, et invite donc à la réflexion sur plusieurs points tels que : la maniement éthique de l'information, ce qui est imposé depuis l'éventuel début du travail, l'implication du thérapeute, les aspects transférentiels et contre-transférentiels, le bénéfique et le préjudice, des thèmes de frontière mis en jeu dans la configuration d'espaces aussi bien intersubjectifs que fantasmatiques, entre autres.

J'essayerai de réviser de près ces questions. Je vais illustrer ce que je présente à travers une vignette clinique.

Vignette clinique

Marie (la mère) amène sa fille adolescente (15 ans) à la consultation psychologique à cause d'une douleur persistante au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, qui progresse depuis deux ans et ne disparaît pas, malgré les médicaments. Les consultations médicales et odontalgiques ont mis en évidence du bruxisme, de l'arthrose progressive et la perte de la densité osseuse (la fille n'est pas la seule affectée, un frère aîné a souffert d'un cancer mandibulaire avec de nombreuses opérations et le rejet de l'implant osseux). La fille est adressée à cette consultation par trois spécialistes : le clinicien, le rhumatologue et le dentiste, qui pensent à la souffrance physique et psychique de cette adolescente, et décident donc de l'adresser à un psychologue.

A partir de mon expérience clinique avec des patients psychosomatiques j'ai pu observer que lorsque la situation organique,

de par l'étape où elle se trouve, admet un traitement pharmacologique, et celui-ci n'évolue pas favorablement malgré l'administration du médicament approprié, il existe une causalité psychologique qui doit être recherchée. Dans la complexité de ces maladies psychosomatiques l'on trouve souvent qu'à travers le corps s'expriment des situations passées sous silence qui proviennent d'une histoire familiale en souffrance. Par l'effet d'une transmission trans-subjective trans-générationnelle se sont inscrit dans le corps des « savoirs » codifiés sous forme de symptômes. Voilà le défi auquel nous devons faire face et ce que nous devons explorer.

Début du travail lors des premières consultations

Lors des entretiens avec la fille apparaît l'utilité de réaliser le génogramme familial, et pour ce faire, je sollicite la participation de la famille. A partir du génogramme et d'une partie des récits surgissent des données qui requièrent d'un développement de l'histoire familiale, et cela permet de constater que de nombreux symptômes qui surgissent du côté des enfants ont une corrélation avec des situations qui se répètent tout au long du parcours de quatre générations.

Lorsque, avec l'accord de la fille, je fais appel à la famille pour travailler ensemble, la mère me demande un entretien personnel, lors duquel elle me transmet son accord pour un travail familial (le couple avec les trois enfants) mais me prévient qu'il existe des situations de son histoire personnelle et de celle de son mari qu'ils sont les seuls à connaître et au sujet desquelles les deux ont convenu de ne jamais parler.

La mère me dit cela après avoir eu les premiers entretiens avec la patiente désignée comme telle de par son symptôme organique. A ce moment-là, la fille connaît déjà ma proposition de mettre en place un cadre de travail familial et cette idée l'enthousiasme.

La mère m'informe qu'il existe un espace-temps dans lequel habitent des expériences qui ne doivent pas être convoquées, que ses enfants

ignorent et que eux, en tant que parents, ont décidé –depuis avant leur naissance- qu’elles allaient demeurer scellées comme un secret. Je me trouve alors face à des situations compliquées :

- Il existe un pacte de loyauté conjugale au sujet du secret, depuis de nombreuses années.
- Paradoxalement, en me le signalant, en tant que thérapeute, la mère m’informe de l’existence d’évènements qui doivent rester exclus de toute possibilité d’analyse, et cette information inclut le thérapeute dans le pacte, qui se trouverait alors engagé vis-à-vis de quelque chose dont il méconnaît la portée.

Le contre-transfert face à l’imposition et la violence du silence

Ressentir la violence mène au besoin de la penser afin de pouvoir l’élaborer. Dans ce processus, plusieurs violences sont mises en évidence :

- La violence de ce qui a été vécu, zone délimitée comme impossible à revisiter par le récit, mais qui persiste dans la mémoire et demande à être censurée par la parole. Elle persiste aussi bien pour ceux qui ont subi les évènements que pour ceux qui subissent passivement quelque chose qu’ils méconnaissent consciemment mais qui surgit sous forme de langage corporel.
- La violence du sens donné par ceux qui ont exécuté le pacte et qui fait que nous nous demandions s’ils se sont trouvés impliqués dans des actes et des idées qui sembleraient avoir altéré l’image de soi. Quels sont les aspects de la personne qui ont été endommagés à partir de ce que de tels évènements ont signifié pour eux ?
- La violence du secret à maintenir, qui ne permet ni de s’absenter de l’évènement ni de s’y introduire pleinement. On dirait que se taire protège d’un danger plus important.
- Et la violence du pacte qui impose une sorte de préexistant entre les membres du couple, qui exclut les enfants mais qui est annoncé au thérapeute comme une condition préalable à la possibilité de travail.

Chacune de ces violences mises en jeu par imposition au début du contrat thérapeutique donnent lieu à des questions auxquelles il est nécessaire de réfléchir et ont à voir avec une position et par conséquent avec une décision de la part du thérapeute.

- Comment travailler avec une famille qui est devenue malade du fait du non dire, et qui en même temps montre, par ses symptômes, qu'à travers eux elle réédite ce qui se tait ? Comment accepter qu'il puisse exister des zones de silence comme une condition première, si l'objectif analytique pour accéder à une meilleure santé psychique et physique de la famille requiert d'une nécessaire historisation ?
- Comment prévenir au sujet de la répétition possible, jouée à nouveau dans le temps de chaque génération, si cette répétition est ancrée dans le processus du travail thérapeutique lui-même lorsque l'on accepte l'imposition de silence demandée par les parents ?
- Comment accéder à dévoiler les fantasmes et les mythes, avec des chemins restreints ? cette demande de pacte de silence n'est-elle pas par hasard une autre forme de passage à l'acte, mais ici, le rendant extensif à la personne du thérapeute ?
- Quelle est la place que va occuper le thérapeute dans l'espace psychique du patient ? sera-t-il un complice ? un otage qui donne, à travers son silence, son aval à une certaine solidarité avec quelque chose dont il méconnaît la portée, et comment va s'accommoder dans le contre-transfert du thérapeute cette situation qui ne renforce pas l'alliance mais au contraire y porte atteinte ?
- Quel sens aura dans le processus thérapeutique ce pacte de silence qui a le consensus d'une partie de la famille seulement ? serait-ce peut-être ce qui rend possible le lien avec le couple parental dans une espèce de « mise à l'épreuve » thérapeutique, mais en même temps en participant de l'exclusion des enfants et en prolongeant le risque de persistance des symptômes dans leurs corps qui tombent malade ?

Voilà quelques unes des questions qui ouvrent à la réflexion sur les sens et les conséquences du dire et du taire aussi bien chez les patients que chez le thérapeute, en partant d'une situation commune partagée : *la violence*.

L'imposition d'asymétrie

L'asymétrie naturelle qui existe entre les places de celui « qui sait » - accordée généralement au thérapeute- et de celui « qui souffre » - généralement occupée par le patient ou le groupe de patients- est altérée, car c'est maintenant le thérapeute qui ne sait pas et ne peut pas interroger la zone interdite, et c'est également lui qui va souffrir de l'imposition.

Par ailleurs, l'interdiction installe un tiers silencieux et omniprésent qui pourrait perturber l' « attention flottante » de l'analyste puisqu'il doit faire constamment attention de ne pas faire des incursions du côté de la « zone de frontière dangereuse ».

Paradoxalement, il fallait désarticuler ce qui assujettissait entre eux les membres de la famille, mais en entamant une possible analyse avec l'imposition d'un autre assujettissement, exercé sur le thérapeute, en opérant ainsi une organisation narcissiste paradoxale⁷ puisqu'ils l'englobaient comme un de plus, comme s'il faisait partie du processus vécu jusqu'à ce moment-là, celui de la non différenciation et par conséquent celui de la répétition du traumatique.

L'organisation narcissiste paradoxale, telle que le propose Caillot (2008), se réfère aux angoisses phobiques, à la séduction narcissiste et à l'adhésivité. Les angoisses phobiques s'exprimaient ici par l'établissement de situations sans issue mais en même temps, sans un accès total (le thérapeute ne pourra pas ensuite se dessaisir de l'engagement qui l'assujettit à un silence mais en même temps il ne sait pas de quoi il s'agit, il sait qu'il ne sait pas et ce non savoir lui signale sa limite).

La séduction narcissique surgit dans le champ thérapeutique à travers la fascination envers ce qui est terrifiant, la même fascination qui s'empare et qui agit dans les corps des enfants malades.

L'adhésivité s'exprimait à travers ce que l'on attend à partir de l'exercice d'une toute-puissance qui implique exercer un contrôle depuis une partie du groupe familial.

Sans avoir expérimenté comme thérapeute une contrainte avec ces caractéristiques, je savais cependant qu'il s'agissait d'une situation qui devait être travaillée.

La proposition présentait une situation avec peu de possibilités de choix : ou j'acceptais et j'essayais de travailler avec ce qui était envisageable, ou j'arrêtais là toute possibilité de mobilisation de ce qui agissait dans le corps de la fille, de par la carence de processus symbolique. J'avais déjà observé –dans d'autres cas de problématiques psychosomatiques sans réponse aux médicaments– que le facteur commun était la transmission trans-générationnelle d'expériences traumatiques, où le patient était alors l'otage d'une histoire à laquelle il n'accédait pas consciemment, et il me semblait que c'était là ce qui était en jeu dans cette famille et ce que je ressentais et je pensais moi-même.

Accepter une telle proposition impliquait le fait de renoncer à un processus symbolique pour accéder à un autre, c'est-à-dire essayer de découvrir le sens des symptômes organiques dans leur corrélation avec les événements de l'histoire vécue et subie par les ancêtres.

L'objectif thérapeutique de départ était celui de comprendre ce qui surgissait codifié dans le corps de la patiente désignée, en partant de l'idée qu'en ramenant certains souvenirs à la conscience familiale, quelque chose de l'ordre de la répétition- qui inclut ses transformations- pourrait être révisé sans faire nécessairement une allusion directe à ce qui était interdit. La fille avait réussi, d'une certaine façon, ce que l'autre fils, plus gravement malade, n'avait pas obtenu. Amener la famille vers un espace analytique permettait maintenant que, comme groupe familial, ils aient l'occasion de se pencher sur leur propre « boîte de Pandore », ce qu'il fallait faire avec une grande prudence, mais n'est-ce pas toujours comme cela ?

C'est pour cela que je décidai de respecter la volonté de silence – le temps que les parents eussent besoin de le maintenir- mais je leur expliquai que peut-être, à un moment donné, en travaillant certains aspects de la situation familiale, je leur demanderai de réviser dans un dispositif de couple cette zone-temps qui aujourd'hui était interdite.

J'énonçai cela devant la mère et ne reçu aucune réponse. Ne serait-ce pas là une répétition d'autres liens affirmés à travers des pactes ? Le contre-transfert s'était modifié, je faisais confiance aux possibilités de travail que pouvait offrir le dispositif thérapeutique de psychodrame psychanalytique.

Le processus thérapeutique familial

Le processus thérapeutique familial se déroula sur trois ans, permettant de dévoiler de violentes situations traumatiques (la disparition et la mort d'ancêtres hommes lors de la guerre civile espagnole, les femmes qui se réfugiaient dans des grottes de la montagne en subissant la faim, le froid, la peur d'être découvertes, la peine vis-à-vis de tout ce qui s'était perdu ; l'exil du pays d'origine, la traversée de l'Atlantique vers l'Amérique, la privation et les viols des femmes qui avaient survécu). Ces situations se sont répétées de génération en génération et ont été transmises sans élaboration pour déboucher finalement sur la maladie physique et le risque de vie, comme cela était arrivé avec l'un des fils (cancer mandibulaire) et comme cela se présentait, au moment de la consultation, à travers la perte de fonction et la douleur dans le corps de la fille.

Nous travaillâmes avec la désappropriation du transmis par intrusion (H. Faimberg, 1987, 1988) puisque fonctionnait dans le corps d'au moins deux des enfants une « intrusion imagoïque » (A. Ciccone, 1999) à la manière d'un objet psychique intérieur parental imposé dans la transmission traumatique par processus incorporatif.

Les enfants de cette quatrième génération (qui donnent lieu à la consultation) ont pu accéder à l'histoire familiale dans le dispositif de TFP à travers les récits de leurs parents, la possibilité d'écouter, d'interroger, de mettre en relation, de comprendre ce qui avait pesé sur eux et aménager ce qu'ils avaient reçu en héritage d'une manière moins inconfortable.

C'est ainsi qu'ils prirent connaissance des souffrances durant la guerre civile espagnole, de la fuite et la détresse de leur arrière-grand-mère et leur grand-mère enfant, du déracinement dans l'exil,

des mauvais traitements subis au Chili, des viols et un avortement de la grand-mère, des nombreuses fois où celles-ci ne pouvaient pas crier parce qu'elles avaient la mandibule assujettie...

Au fur et à mesure que le travail analytique avançait, la fille put commencer à se récupérer de ses douleurs articulaires ; l'arthrose s'arrêta dans son évolution ; elle put se concentrer suffisamment pour étudier les matières qu'elle n'osait pas affronter auparavant ; elle acquit une progressive et plus grande indépendance, puisqu'elle n'avait plus besoin de la présence constante de sa mère comme accompagnatrice lorsqu'elle allait se coucher, et elle put remplacer la lumière de la chambre par la lumière d'un couloir qui se trouvait près de là ; les coups de pieds avec lesquels elle éloignait les gens qui s'approchaient d'elle disparurent. Le deuxième fils ne présenta ni récurrence du cancer mandibulaire ni d'autres troubles, et l'aîné put laisser de côté les auriculaires avec lesquels il assistait aux séances une bonne partie du début du traitement et écouter et participer dans les récits et les dramatisations.

A la fin de la troisième année de travail en TFP nous terminâmes la tâche entreprise avec la famille. Les objectifs thérapeutiques avaient été atteints et ce fut ce résultat qui mena ma réflexion à nouveau vers le début du traitement et ses circonstances.

Quelques réflexions au sujet du processus et des transformations

Je me suis demandée s'il était aussi impérieux pour moi comme thérapeute d'aider la fille, comme cela l'était certainement pour la mère qui, cependant, malgré ce lien si significatif pour elle, posait des conditions pour le travail et cela, malgré les pathologies organiques de ses enfants...

Est-ce que ce besoin d'aborder un traitement n'aurait-il pas pu faire que la mère, face à la négative du professionnel d'accepter un pacte de silence sur des faits ignorés –au moins par le thérapeute- décide de les fausser ? Autrement dit, la mère exposa quels étaient et par où passaient ses limites (maintenir le secret tel que convenu avec son mari au sujet d'une partie de leur vie), mais en même temps elle

énonçait devant moi qu'il existait cette réalité qu'il faudrait passer sous silence.

Le secret s'impose ainsi comme un obstacle. Un obstacle qui pourrait avoir opéré sur le lien transférentiel-contre-transférentiel comme un empêchement pour mener à bien le processus analytique, et qui exigea du thérapeute de s'engager avec sa décision, signifiant finalement une « mise à l'épreuve » de confiance nécessaire dans la relation thérapeutique pour que celle-ci soit possible. Cela semblait s'imposer comme une condition préalable au cheminement vers une guérison possible ou vers une amélioration.

Peut-il y avoir des « vérités » qui ne peuvent être énoncées, des « vérités » qui confrontent la personne avec des aspects de soi inadmissibles pour soi-même ?

Rachel Rosenblum (1998), dans son travail « Peut-on mourir de dire ? Sarah Kofman, Primo Levi » écrit : « *L'on peut mourir parce que certaines choses n'ont jamais été dites, parce qu'elles ont été « mal dites » ou « mal écoutées » ou « mal reçues »... [mais] l'écriture de soi peut aussi se rapprocher des brûlures de l'enfance, déboucher sur une exposition publique de la haine ressentie envers d'autres victimes, raviver la honte et la culpabilité... »*

Revenons à la situation clinique

La mère me spécifie en privé quel est le temps et quelles sont les circonstances de sa vie dont elle ne va pas parler. Je comprends qu'elle maintient encore un engagement, assumé dans cet espace-temps là, au sujet de ce qui devait être passé sous silence aujourd'hui et toujours. Cette condition-là, me dit-elle, provenait du groupe de militants qu'elle avait intégré en tant qu'activiste et avait été imposée comme condition d'appartenance.

Une telle condition signifiait en plus qu'elle ne serait pas soutenue dans des situations de risque, que les membres se méconnaissent entre eux afin de ne pas se compromettre les uns les autres. Marie ne parle pas de son besoin d'appartenir à un groupe avec des relations fortes, mais en acceptant ces règles elle met en évidence cette

recherche et le démontre avec son engagement en actes et en silences. Ainsi, cet appartenir implique également un ignorer.

Nous pouvons mettre en relation ces faits avec les vécus et les circonstances des générations précédentes dans lesquelles apparaissent des coupures successives dans la vie de leurs protagonistes, où ils doivent s'exiler, laisser derrière eux leurs douleurs, leurs souvenirs, les corps sans sépulture, abandonnant tout pour pouvoir s'éloigner et recommencer ailleurs.

En revenant au pacte de silence, celui-ci comprend tout ce qui peut se passer là-bas et entre eux, ainsi que des actes exigés et accomplis. C'est la zone interdite, et l'exigence de silence qui s'y enchaîne et est soutenue –au-delà de ce groupe- par le couple lui-même, pourrait répondre au fait que les deux devaient affronter alors des aspects répudiés ou impensés d'eux-mêmes.

La place de la culpabilité et de la honte

Voici un thème intéressant pour la réflexion. Le besoin de cacher des événements ne provient pas de la fierté liée à une conviction mais plutôt de la honte et de la culpabilité. Raconter, admettre, les ferait ressembler à ce qu'ils avaient dénigré jusqu'à alors, et donc ce dire là serait une catastrophe qui est évitée par le pacte de silence en scellant entre eux une protection réciproque.

Toute rupture ou filtration mettrait en risque ce savoir de soi qu'aucun des deux ne veut reconnaître et encore moins devant leurs enfants.

Dans ce sens, la mère m'avertit qu'il existe « quelque chose » d'obscur qui ne peut être abordé, et, malgré mon malaise et mes doutes initiaux, je pense que le fait de l'accepter tel qu'ils en avaient besoin a été thérapeutique.

Le silence de la fierté diffère du silence de la honte. Le silence avec lequel on scelle un pacte est un engagement de non délation mais ici, au sujet d'elle-même et du couple. Ce silence serait-il la base qui maintient et amarre le lien conjugal ? Parler serait alors porter témoignage de l'horreur, mais, pouvons-nous penser, comme une partie qui engendre également cette horreur. C'est pourquoi

l'engagement demandé au thérapeute est lié aussi au fait de ne pas savoir s'ils pourraient vivre avec tout cela une fois raconté.

Tout le reste s'est ouvert...mais ils demandèrent de conserver pour eux la partie qui n'avait donné ni fierté ni satisfaction à la conscience, mais plutôt de la douleur. Ils survivaient avec cela et dans cette douleur se rééditait une partie du traumatisme trans-générationnel, où se représentaient en eux comme sur une scène les deux parties en litige.

Cependant, cette douleur put s'ouvrir à partir de l'autre douleur, en répétant des scènes ancestrales et en parcourant le même argument dans des scènes différentes, traverser l'océan et suivre en Amérique les mêmes personnages avec d'autres noms, poursuivant ce vieux combat sans résolution, celui des factions opposées, les corps perdus, la carence d'appui et le risque constamment présent sous forme d'occultation, de détresse, d'assujettissement, la mise en épreuve du silence et le prix de ce silence.

Au fur et à mesure que le processus psychanalytique familial se déroulait, entre les récits, les questions, les dramatisations, les interventions, la famille mis en évidence et put constater que la transmission inconsciente faisait quand même son travail, sur ce que l'on disait et éclaircissait (les situations de la première et de la seconde génération –à savoir arrière-grands-parents et grands-parents) mais aussi sur ce que l'on ne disait pas, dont on ne parlait pas (situations des parents durant la décade des années '70 en Argentine).

Les rêves de la fille, une partie de la réalité de la mère

La fille, angoissée, commence à apporter ses rêves en séance. Elle les dessinait, les racontait et ils se reconstruisaient dans la scène du psychodrame.

Lors d'une séance, elle nous amène le fragment de rêve suivant :

« J'étais dans un endroit que je ne connais pas, j'étais face à une table, il y avait une coupe de vin, elle était transparente, je regardais à travers, c'était une vision déformée, je n'y voyais pas grande chose

parce qu'il n'y avait qu'une lumière faible qui provenait d'une ampoule. A certains moments j'étais à l'intérieur de la coupe enfermée et j'étais petite, je criais mais je n'avais pas de voix. J'avais faim et j'avais soif mais dans la coupe il n'y avait rien, elle était vide. Dans une autre partie du rêve tout était sombre à cet endroit-là et je me rendais compte que j'étais enfermée, il y avait des barreaux, j'étais comme prisonnière, ma voix ne sortait toujours pas... ».
La mère écoutait, effarée, le récit de sa fille.

Le manque de voix, le vide provoqué par la faim et la soif, évoquent des expériences trans-générationnelles authentiques de famines et d'impossibilité de crier lorsque son arrière-grand-mère et sa grand-mère restaient cachées dans une grotte ; mais cela fait également penser au vide causé par le manque de mots qui puissent signifier l'inondation des affects incompréhensibles. Il s'agit de ce qui n'a pas de nom (M. Torok et N. Abraham, 1987).

Lorsque j'invite la fille à désigner quelqu'un pour poursuivre avec elle la scène onirique, elle appelle sa mère et au fur et à mesure que celle-ci s'échauffe avec le thème, elle commence à jouer le rôle d'une geôlière avec des attitudes ironiques et violentes.

En remarquant que la fille était affectée par la violence inhabituelle de la mère, nous décidâmes de désigner la Moi auxiliaire à sa place pour que celle-ci devienne la protagoniste, et que la fille puisse sortir de scène et la regarder. La scène continua et se transforma d'une manière intéressante suite à une attitude plus tolérante de la Moi auxiliaire : la mère, avant « geôlière tyrannique » face à la fragilité de sa fille, devint par la suite une « prisonnière stoïque » qui passe sous silence ce qu'elle a subi en répétant qu'elle n'a pas parlé, comme si elle voulait souligner les vertus du silence.

De ce silence elle peut maintenant parler à ses enfants comme s'il était différent du silence non choisi, mais il ne s'agit pas d'une scène réelle de sa vie, compte tenu de la façon dont elle est proposée, mais de la scène du rêve de sa fille. Cependant, ce subterfuge de la

technique permet de travailler le silence à partir de la réalité du « as if de la scène ».

A travers le processus onirique de la fille réapparaissent, avec leur contenu inconscient, les affects qui renfermaient des violences et des deuils insupportables à dire et à penser. La fille rêvait ce que la mère et le père taisaient.

L'inter-fantasmatisation

Dans les rêves apparaissent des contenus qui correspondaient à la réalité psychique inconsciente de la fille, mais qui circulaient de la même manière chez tous les membres du groupe familial, codifiés sous forme de langage corporel et d'actions. Dans le fantasme l'on retrouvait les affects mobilisateurs des peurs et des désirs, qui étaient révélateurs, à leur tour, de ce qui était méconnu par la conscience. André Ruffiot (1981) écrit : « *La première fonction du fantasme est la mise en scène du désir* » [Laplanche et Pontalis].

Freud (1923) mettra en évidence le rôle organisateur ou désorganisateur de l'imgo telle qu'elle opère dans les foules, une imago élaborée sur la base des premières relations, réelles ou fantasmatiques. Puis, il soulignera « *l'existence de schémas inconscients transmis de manière phylogénétique, les fantasmes originaires : scène primitive, séduction, castration* ». Ces conceptions nous permettent de penser que Freud introduit l'idée d'une inter-fantasmatisation dans l'espace et dans le temps... (vers) le fantasme groupal.

Nous travaillâmes à chaque séance avec le cadre du psychodrame psychanalytique pour pouvoir aborder dans l'espace de la scène les représentations de l'inter-fantasmatisation, et à travers la construction de scénarios et de personnages, créer avec chaque dramatisation une réalité qui puisse être vécue, qui puisse rattacher la parole aux affects innommables, apporter de l'efficacité aux souvenirs, ériger quelque chose de visible et de croyable pouvant être partagé par la famille.

Ce fut A. Missenard (1970-1972) qui proposa (à partir des contributions des auteurs cités, en incluant Foulkes, Ezriel, Bion, A. Anzieu) que « *la mise en scène et en parole du fantasme* » de la part du membre du groupe porteur du fantasme, mobilise les autres par le principe de la résonance, et que cela avait surtout lieu dans des relations à qualité symbiotique, comme dans le cas clinique présenté ici où cela se manifestait entre la mère et la fille, à travers celle-ci qui, angoissée, s'agrippait à sa mère alors que cette dernière exaltait l'indépendance.

R. Kaës affirme (1976)¹⁷ que le fantasme agit comme un organisateur groupal par ses effets d' « induction, d'entraînement, d'identification ou de fusion ».

A travers cette forme de travail thérapeutique nous avons essayé de permettre à la famille d'exercer sa fonction mythopoiétique, voie royale pour atteindre la symbolisation de ses souffrances. Nous cherchions également à nommer les affects au fur et à mesure que ceux-ci devenaient évidents, qu'ils apparaissent dans le contexte de la dramatisation ou du côté des spectateurs. Signaler les états d'âmes permettait aux membres de la famille de prendre conscience de leur état affectif, généralement partagé. Nous vîmes ainsi défiler la tristesse, l'impuissance, la peur, la furie, la tendresse, la nostalgie, la douleur, la honte, la culpabilité, la joie, l'enthousiasme, etc., en donnant aux affects le statut de sentiments, qu'ils pouvaient comprendre et exprimer, contenir à l'intérieur d'eux-mêmes, en repoussant un peu ainsi le silence de la place si particulière qu'ils lui avaient accordé.

Ce matériel produit une telle richesse d'associations qu'à travers elles purent être travaillées des situations affectives semblables à celles dont on ne parla pas. Les rêves de la fille pénétrèrent dans la crypte de ses parents.

Le processus analytique permit d'obtenir des améliorations au niveau de chaque membre de la famille ; le fils aîné put entrer en contact avec ce qui se passait dans la famille et participer activement, en laissant de côté ses auriculaires qu'il utilisait en permanence pour se

boucher les oreilles et éviter de poser des questions. Les symptômes organiques des autres enfants n'évoluèrent pas vers la maladie. Chez la fille, le processus d'arthrose s'arrêta (un problème caractéristique des personnes âgées), elle put dépasser ses peurs et sa dépendance, mettre en relief sa capacité pour étudier, ce qui indique bien que l'on a pu relier et connecter ces phénomènes avec les circonstances historiques encryptées. Leur mandibule affectée renvoyait aux dents serrées face aux situations de peurs vécues par les générations précédentes, la mandibule fermée aussi pour ne pas parler de la mère prisonnière et avant cela de la grand-mère bâillonnée pendant les situations de viols. La difficulté de la fille de descendre au gymnase qui se trouvait au sous-sol de l'école, nous fait penser à la grand-mère qui était amenée au sous-sol, ou au séjour dans les grottes d'Espagne...

Beaucoup de temps est passé depuis la fin de ce processus thérapeutique familial, et cela me permet, à travers le fait d'écrire et de partager cette expérience, d'atteindre un autre niveau d'analyse et d'obtenir quelques conclusions :

- Que le fait d'avoir accepté de maintenir ce silence imposé a été une partie de l'aide offerte au couple, car l'acceptation d'un autre « prévenu » tempéra leur propre regard sur eux, en réduisant la persécution intérieure.
- Que respecter un pacte provenant de l'alliance conjugale institua le thérapeute comme une image de confiance et facilita l'ouverture d'autres portes qui gardaient des secrets ancestraux probablement ressemblants aux situations traumatiques interdites.
- Que le fait que le thérapeute et les parents aient appartenus au même contexte historique de la jeune génération d'argentins des années '70 facilita la rapide compréhension des circonstances et l'offre d'un cadre continent propice.

Ces thèmes nous permettent de continuer à penser, à nous demander, par exemple, si à certains moments et face à certaines circonstances il ne faudrait pas respecter le silence autant que les paroles, puisque tous deux sont des façons de dire des choses qui sont très difficile à exprimer.

Tous deux font partie de la violence et partie de sa guérison.
Parfois, dire permet de vivre et parfois, dire rapproche de la mort.
Ce qui est complexe et intéressant pour nous autres, thérapeutes,
c'est de pouvoir faire la différence entre l'un et l'autre.

Bibliographie

- Caillot, J.P. (2008), *La posición narcisista paradójica* en Rev. Psicoanálisis & Intersubjetividad. N° 3. Rev. On - line. 2008. En www.intersubjetividad.com.ar
- Ciccone, A. (1999), *La transmission psychique inconsciente*. Dunod. París. 1999.
- Eiguer A. (1998): *Clinique psychanalytique du couple*, Dunod, Paris. 1998.
- Faimberg, H. (1987), *Le télescopage des générations. A propos de la généalogie de certaines identifications*. Psychanalyse à l'université XII, 46
- Faimberg, H. (1988), *A l'écoute du télescopage des générations : pertinence psychanalytique du concept*. Topique, 42.
- Freud, S. (1913): *Tótem y Tabú*. En Obras Completas. Tomo XIII. Pp. 142 a 148. AE. Buenos Aires.1994.
- Freud, S.(1914), *Introducción al narcisismo*, en Obras Completas, Tomo I, Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Freud, S. (1921), *Psicología de las masas y análisis del Yo*, en Obras Completas, Tomo I, Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Freud, S. (1923) *El Yo y el Ello*. En Obras Completas. Tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.
- Granjon, E. (1990): *Les voix du silence*. Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe. 15. pp 79 - 96.
- Kaës, R. (1976), *L'Appareil psychique groupal. Constructions du groupe*. París, Dunod.
- Kaës, R. (1989): *El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos*. En Missenard y col.: *Lo Negativo. Figuras y modalidades*. AE. Buenos Aires. 1991.
- Missenard A. (1970), *Note sur le fantasme dans les groupes* (inédit).
- Missenard A. (1972), *Identificación et processus groupal*, in Anzieu D., Béjarano A. et al, *Le Travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod.

- Morosini, I. (2008): *El cuerpo como escenario de la dramática transubjetiva*. En Revista "Psicoanálisis & Intersubjetividad" N° 3. 2008. En www.intersubjetividad.com.ar
- Nicolò, A. M. (1995): *La Folie a deux: hipótesis - modelo de un funcionamiento Interpersonal*. Revista "Psicoanálisis & Intersubjetividad" n° 1. 2006. En www.intersubjetividad.com.ar
- Roseblum, R. (1998): *Mourir de dire*. Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris. Août. 1998.
- Ruffiot, A. (1981): *Le groupe - famille en analyse. L'appareil psychique familial*. En La thérapie familiale psychanalytique du couple. Dunod. Paris. 1984.
- Tisseron, S. (2003), *Secrets de famille. Modo d'emploi*. Marabout. París. 2003
- Torok, M., Abraham, N. (1987) *L'Écorce et le Noyau*. Flammarion. París. 1987.