

Armando Cote , Psychologue Psychanalyste  
Hélène Desforges, Kinésithérapeute, Psychanalyste

### **Arrêt du corps, arrêt du temps : le geste et l'acte**

***Travaillant ensemble dans un Centre de soins ou nous rencontrons des personnes victimes de torture, nous avons constaté que le corps est figé face à un évènement traumatique, le corps cède à la situation.***

***Nous souhaitons interroger comment nous, cliniciens, pouvons mettre un corps en mouvement à partir des gestes et des actes.***

***Nous partons d'un cas clinique en kinésithérapie pour explorer ce travail.***

***H.D.*** : M.K. m'est adressé avec « urgence » avec une grande inquiétude de l'équipe pluridisciplinaire, alarmée par les douleurs physiques qu'il décrit et qui ne cessent, alors que je viens d'arriver au Centre. Il a fait tous les examens médicaux complémentaires imaginables sans qu'on ne trouve l'origine de ses maux.

C'est un grand résistant politique dans son pays et il a été extradé de la prison par une ONG internationale. On me prévient qu'il a été très torturé. Sorti quasiment impotent de la prison, il a été soigné dans un premier temps dans un pays limitrophe. Quand je le reçois, il est autonome, marche, mais en boitant.

A Paris, cet homme doit vivre caché, et sa famille, restée sur place, est menacée. Il ne voit aucune issue à sa situation et parle de rentrer au pays, alors qu'une mort certaine l'y attend. L'équipe est très inquiète.

Je fais le choix de le recevoir, avec une interprète, sans trop lire son dossier.

***Premier effet de cette clinique : c'est un contrevenant à la pratique usuelle qui veut que nous ayons une bonne connaissance du dossier médical du patient pour être pertinent quand on le rencontre. Mais nous savons que le patient est là à cause de tortures et de violence politique. Comment recevoir quelqu'un dont nous lisons trop de passé violent qui risque de nous aveugler et de nous assourdir ?***

***A.C.*** : En effet, la question du savoir est une question clinique, est-ce qu'il faut avoir un savoir préalable sur le patient avant de le rencontrer ? Dans les institutions de soins les processus d'admission sont souvent longs et complexes et les informations sur les pathologies et les souffrances sont riches et procèdent de diverses sources. Dans le cas de violences extrêmes, ce que nous avons remarqué est que moins d'informations nous avons sur l'histoire traumatique au départ, plus facilement la rencontre se fait avec le patient. Au point que parfois on est surpris de découvrir l'histoire après coup. C'est un principe éthique, chaque séance est une nouvelle séance dans laquelle le sujet est libre de se présenter et de

faire une proposition au soignant. C'est au soignant d'être cette *plaque sensible*, sur laquelle le sujet pourrait inscrire quelque chose de sa souffrance.

Dans ce Centre qui a pour mandat de s'occuper de personnes victimes de violences extrêmes, nous avons deux types de demandes : les demandes externes qui arrivent via des partenaires qui nous connaissent : écoles, CADA (centre d'accueil pour demandeur d'asile), médecins, anciens patients, etc. Mais, il y a aussi les demandes internes c'est-à-dire des demandes qui émanent de professionnels qui travaillent avec le patient et qui ont besoin d'un appui ou un soutien de la part d'un autre professionnel sur un point précis. C'est le cas du kinésithérapeute qui travaille, accepte ou pas la demande d'un collègue, jamais dans une première intention directe du patient. Ceci veut dire que la sollicitation émerge dans un premier moment d'un collègue qui a une question. C'est la raison pour laquelle, souvent nous ne rentrons pas dans des détails historiques, lesquels pourraient plutôt faire barrage à la rencontre. La question de la douleur est évidemment omniprésente, mais aussi les effets de cette douleur qui se présente souvent sous la forme d'une inhibition, qui se transforme dans une incapacité de mouvements et déplacements, ce qui entraîne des conséquences dans la vie du sujet.

C'est la raison pour laquelle les premières rencontres sont si intenses. Chaque patient est libre de raconter ou pas son histoire. Mais, l'expérience nous montre qu'ils éprouvent le besoin soit de verbaliser, quand c'est possible quelque chose qui fait contour à la douleur, via une élaboration symbolique, soit de montrer directement l'endroit du corps sans qu'un seul mot vienne le couvrir ou encore ni l'un ni l'autre, un corps vidé de toute représentation.

**H.D.** : 1<sup>ère</sup> séance, je vais le chercher, ainsi que l'interprète, et je me présente, il ne me regarde pas, s'assoit, silencieux, les yeux rivés sur son téléphone ; pas un bonjour. Ce silence s'étire, laissant place au désespoir.

Je parle alors à elle, l'interprète, seule autre présent, de ce qu'est la kinésithérapie, comme si c'est ce qui pouvait inquiéter Monsieur K....

Lui, reste absent à ce premier contact, absent au cadre, à mes questions, absorbé par son téléphone. Et je ne sais pas comment interpréter cette absence, ce silence. La situation devient délicate. Il ne me donne pas de place. Je pense donc à arrêter là la séance.

En fait, il finit par me montrer deux photos de lui, enchaîné dans la prison, inconscient. « Vous voyez ? vous comprenez ? ». Rien ne peut se dire, qu'une image de lui.

*Ce à quoi cet homme tient envers et contre tout c'est de me montrer l'image de son corps avachi menotté aveugle. Ce n'est pas tant qu'il veuille me montrer l'image, qui m'a désemparée dans un premier temps, c'est qu'il ne dise pas bonjour, et ne marque pas de césure en entrant dans cette nouvelle pièce, en rencontrant une nouvelle thérapeute.*

*Puis, je n’y voyais rien sur la photo. Rien qu’un saint Sébastien<sup>1</sup> criblé de flèches des peintures italiennes. On ne touche pas à un saint ni à un martyr, au risque de le réhumaniser, on l’admire.*

Pour rompre cet appel à la fascination de l’image, je lui demande ce qui l’amène. Il me parle de ce dont il souffre. Il a des crises qui lui prennent tout le corps de la tête aux pieds littéralement. Il a mal partout. Il ne peut alors que rester alité et ce parfois même une semaine ou plus. Il a beaucoup de mal à marcher et ne peut pas travailler. Il a été torturé par électrocution et les bourreaux ont été attentifs dans le choix des multiples endroits où l’atteindre. Enchaîné, il a été immobilisé de nombreux jours dans des positions recroquevillées.

*Ce qu’il dit coule, n’est pas adressé et je suis confrontée au risque de ne pas croire à sa souffrance, à la violence de son histoire.*

*Que je ne l’entende pas.*

*Que je me noie dans l’informe.*

Une fois que, d’un ton las, il m’a exposé ses maux, je lui propose de se mettre en sous vêtement. Je vais poser les mains sur lui, sur sa peau. J’inscris là mon cadre de kinésithérapeute « manuelle ». Je propose, mais je laisse la personne entendre cette proposition comme elle le souhaite.

**A.C.** : Chaque kinésithérapeute qui a travaillé au centre de soins a travaillé de manière différente apportant à chaque fois des points de vue différents. Le savoir acquit pendant la formation ne suffit pas. Une collègue kinésithérapeute face à des cas très difficiles, avait décidé, par prudence et par nécessité propre, de ne pas toucher les patients dès le premier rendez vous. Au contraire, elle avait décidé de mettre en place des entretiens préliminaires dans lesquels elle expliquait longuement le travail qu’elle comptait faire en demandant au patient son accord. Il est arrivé parfois que les patients refusent d’être touchés. En effet, ils expliquent que le moment du touché était un moment qui leur ramenait trop de mauvais souvenirs, elle a alors proposé qu’ils se touchent eux même et qu’ils fassent des exercices pour tenter de retrouver un mouvement ou faire baisser la douleur. Comme les enfants au début de la vie, le patient retrouve un moment d’autoérotisme, de découverte d’un nouveau corps, avant d’accepter d’entrer en contact avec le corps de l’autre.

**H.D.** : Et il s’installe, et ferme les yeux.

Kinésithérapeute, thérapeute du mouvement.

Je teste la mobilité de ses membres. Rien à signaler, son corps se laisse manipuler sans qu’un encombre particulier ne fasse signe. Ça coule.

---

<sup>1</sup> Né à Narbo Martius, en Gaule (aujourd’hui Narbonne, en France), Sébastien est citoyen de Milan, en Italie. Militaire de carrière, il est pris d’affection par les empereurs Dioclétien et Maximien Hercule, qui le nomment centurion. Durant la persécution de Dioclétien, il est pourtant exécuté sur ordre des souverains pour avoir soutenu ses coreligionnaires dans leur foi et accompli plusieurs miracles. D’abord attaché à un poteau et transpercé de flèches, il est finalement tué à coups de verges après avoir miraculeusement guéri la première fois.

Puis, quand je pose les mains sur lui, ça ne bouge pas. Ce serait comme poser les mains sur une table : je ne sens rien.

Dans ce deuxième temps, le corps que je « teste » est ce corps animé qui se meut sans cesse dans les rythmes des différents organes : cerveau, poumons, cœur....

Quand ces mouvements « ne tournent pas rond », ils révèlent ces tensions qui cherchent à figer autour d'une articulation.

Les mains posées sur lui, je n'entends donc rien....

Il n'y a pas d'appel de son corps, et il reste en plus complètement absent de la scène, les yeux fermés.

*M.K. ne parle pas. Peut-on s'abstraire de la parole pour écouter les traces du corps ? ce corps qui ne fait plus langage corporel ?*

*Et si rien ne fait appel, pourquoi je le touche ?*

*...et alors de quoi puis-je m'emparer ? Il se laisse manipuler mais pas toucher.*

*Il renvoie un corps pétrifié et liquéfié.*

- *Liquéfié par ces tests articulaires coulant,*
- *Pétrifié sous mon toucher.*

*Je ne retrouve pas de mobilité pour exercer « mon art » ou il se laisserait toucher et non seulement manipuler.*

*Les risques seraient de*

- *Faire flamber encore plus les douleurs.*
- *L'impuissance. Le laisser par impuissance. Se confronter à son impuissance. Rester bloqué dans l'impuissance.*

Dans ce moment donc de pétrification, ce qui me vient en aide, ce sont les souvenirs des cours d'ostéopathie avec les notions d'"os clés"<sup>2</sup>. Je me précipite sur ses clavicules et je commence là une accroche. Je force une accroche ?

**A.C.** : S'il y a quelque chose de spécifique dans la clinique du trauma c'est l'absence de demande. En effet le sujet, soit est trop inhibé par le choc traumatique qu'il est dans l'incapacité de formuler une demande, soit il éprouve une honte telle qui l'empêche et qu'il ne s'autorise pas à solliciter les autres, silence. C'est très difficile dans cette clinique de se repérer à partir de ce qui est dit par le patient. Le corps des personnes qui ont subi de multiples traumatismes est un corps anesthésié, presque insensible à la douleur. Cette anesthésie, cette insensibilité à la douleur explique pourquoi ils ne demandent pas de l'aide ou des soins. Leur rapport au corps a été modifié par l'intention de l'effacement, de la

---

<sup>2</sup> « Les os clés sont des relais de longs muscles et de fascias. Si l'on admet que l'homme est « comme un pantin suspendu à l'occiput par les aponévroses, les muscles et surtout les fascias », on conçoit aisément le rôle des os clés pour l'équilibre et l'harmonie du corps » A. Benichou. Os clés, os suspendu Spek. P.7

disparition, cette intention a des conséquences psychologiques majeures sur leur droit de vivre ou pas. Nous sommes à chaque fois à la limite de l'humain et du droit à exister, ou pas, ce qui a des effets sur l'autorisation de demander quelque chose, qui suis-je ? pour pouvoir demander de l'aide.

**H.D.** : Finalement, s'il y a une clé, c'est que le corps n'est pas figé, mais verrouillé. L'os clé pour remettre une partition en route, pour retrouver un rythme. La clé qui ouvre, la clé qui permet de lire.

Alors comment a-t-on pu verrouiller à ce point son corps ? sans doute pour se protéger de la volonté de destruction d'un autre agissant en toute impunité, (sans réparation sociale). On est bien au-delà de tous ces accidents traumatiques pour lesquels nous avons été si bien formés à la rééducation en masso-kinésithérapie.

Survivre, et alors survivre à quoi ?...

La clavicule a bougé et le patient ne s'est pas effondré.

Dans cette clinique, l'engagement ne peut se faire qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dessinant l'espace de la kinésithérapie comme un espace parmi d'autres, ce qui borde ainsi le cadre de notre travail.

D'autre part, l'objectif au Centre est de remettre la personne en relation. « Vivre après la torture ».

*Pour ce faire, il ne s'agit pas de « performer » nos techniques mais bien, avec toute l'exigence qu'il a fallu pour les acquérir, de les laisser de côté pour que l'exigence soit dans : « qu'est ce qui va permettre à ce patient de supporter que son corps puisse être soulagé ? ».*

*L'exigence sera du côté de l'acte à engager :*

*Ne pas « redonner vie » à un corps pétrifié, mais chercher la clé de ce corps empêché. Chercher ce qui empêche, c'est faisable, donner vie, réparer non. Nous sommes dans l'irréparable.*

Pour les prochains rendez-vous, nous décidons de les réaliser sans interprète, échangeant entre son français qu'il est entrain d'acquérir et mes quelques mots d'arabe.

**A.C.** : Les corps du parlêtre, sont des corps affectés par le langage, nous sommes parlés avant de pouvoir parler. « Oui, l'enfant à naître est déjà, de bout en bout, cerné dans ce hamac de langage qui le reçoit et en même temps l'emprisonne<sup>3</sup> » disait Lacan. Ce premier bain du langage l'affecte, traverse le corps et le vide de sa substance en le rendant humain à la fois. Notre corps parlé n'est plus un corps naturel, c'est un corps infecté par la langue, la langue

---

<sup>3</sup> Lacan, J. (2018). « les clefs de la psychanalyse », entretien publié la première fois dans le magazine *L'Express* le 31 mai 1957, Madeleine Chapsal.

envahit le corps comme un parasite, dit Lacan... C'est dans ce sens, que la possibilité de pouvoir parler dans sa langue maternelle peut être un avantage dans certains cas, mais aussi peut être une barrière et un empêchement. En effet, les souvenirs traumatiques peuvent être réveillés par le fait de parler dans sa langue. Tandis que parler dans une autre langue permet dans certains cas, de prendre de la distance par rapport à l'évènement. Le travail avec l'interprète relève d'une prudence particulière qui relève du cas par cas, jamais du systématique.

**H.D.** : Concernant le corps « fonctionnel », monsieur K. ne peut pas tenir en équilibre sur une jambe ce qui ne permet pas une marche sûre et imposerait une canne. Mais renforcer la jambe pour l'amélioration de la marche n'est pas la priorité : Va-t-on risquer de renforcer ce corps empêché et basculer alors dans la pétrification ? Dans un premier temps il s'agit de chercher une forme dans cet informe.

M.K arrive, salue, se déshabille, s'allonge, ferme les yeux, à moi de jouer. Il faudrait que ce corps se prête au jeu et rien ne joue. Ce corps qui met en échec la chair médicale a-t-il ce qu'on appelle « une voie de passage » qui permettrait de libérer le mouvement ?

Plusieurs mois sans parler pendant les séances. L'ampleur de ce silence me happe d'autant plus qu'il est le sujet de grandes discussions dans l'équipe face aux différents dangers qu'il leur rapporte régulièrement. Mais en kinésithérapie, il ne dit rien : « amdullillah ». Ce silence pèse comme une absence. Il n'y aurait là qu'un objet de soins.

Comme une couturière, suivant la première piste de « l'os clé », je suis allée articulation par articulation remettre un peu de mouvement, sans un mot. La médecin m'apprend incidemment qu'il n'a plus de crises, et qu'il essaye de gagner de l'argent par des petits boulots. De mon côté, j'entends petit à petit les rythmes organiques revenir et me réjouis intérieurement le jour où, les mains posées sur son crâne, j'écoute la mécanique qui se « remet » en route. Cela ne peut être sans effet.

« Le côté droit, ça ne va pas, surtout là, (il me montre le cou) mais le gauche, amdullillah , ça va bien ».

Après quelques semaines, voilà ce qu'il peut me dire de longs mois durant. Une première ébauche.

**A.C** : Nous avons un corps et un seul, mais il est constitué de trois dimensions qui cohabitent en parallèle. Il y a un corps qui est le corps réel, le corps qui encaisse les coups, qui porte les

traces de la torture et des maladies, c'est le corps organique qui se dérègle. Il y a un autre corps subtil disait Lacan mais un corps tout de même qui est le corps symbolique, le corps qui est un produit, un effet du langage et qui est modifiable à travers les dits et les dires, tout corps est au fond un corps parlant et un troisième qui est le corps imaginaire le corps pulsionnel qui échappe au symbolique et qui fait nouage avec le corps réel. C'est le corps des mythes qui contient les coutumes et les échos de la culture et de l'histoire individuelle. C'est le nouage des trois qui donne une consistance à un corps.

**H.D.** : A peine est-il allongé, systématiquement, qu'il ferme les yeux et les garde fermés. Mes collègues me font entendre qu'il s'agit là d'un moment précieux pour ces patients souffrant d'insomnie extrême et réveillés sans cesse par des cauchemars, qu'ils puissent se laisser à s'endormir entre les mains posées sur eux. Mais ne s'agit-il pas chez ce monsieur d'un abandon, d'une fuite, d'une impossibilité ?

Bien un an après le début de notre travail, toujours dans notre rituel silencieux, il entre en me disant qu'il y a un problème : il a particulièrement mal au genou. Que j'entende ! : son genou craque quand il le plie.

*J'entends surtout le risque du « malentendu » : ce bruit de craquement, pour lui, comme preuve -enfin-, d'une dysfonction, d'une trace de torture. ... et pour moi, kinésithérapeute, le craquement n'est rarement le signe de quelque chose.*

Alors oui, à l'examen, le genou ne plie pas suffisamment et entraîne une douleur qui le fait rire. Dans cet espace de vie je teste de toutes les manières possibles son genou. Il participe activement à l'enquête.

Le mal persiste. L'énigme reste avec son craquement.

Ce problème de genou reste incompréhensible, mais il se met à me parler : des maux surgissent pendant les séances, comme déconnectés. Il me montre alors telle ou telle blessure (toujours légère), égratignure d'une chute, bleu d'un coup porté. Je prends alors beaucoup de soin à nettoyer, mettre des pansements, faire des bandages, à faire chair, et il est très attentif dans ces moments-là.

Quand il se met à me parler, il s'assoit et il arrive qu'il s'absente ne laissant là que cette étrange étrangeté.

Et il raconte comment reviennent régulièrement des vertiges qui l'assaillent et qui le font tomber. Il exprime une forte colère contre le personnel médical qui veut lui faire passer tant et plus d'exams médicaux. On n'y voit rien au scanner ni aux IRM, il le sait, il tente de l'expliquer, *mais personne ne l'écoute*, comme les policiers qui n'entendent que des histoires de migrants, alors que son pays est suffisamment organisé pour le faire rechercher même dans le territoire français et qu'il essaye de dénoncer les membres d'organisations terroristes qu'il a repéré.

Plusieurs mois plus tard, enfin un diagnostic : rupture du LCA<sup>4</sup>. Le corps commence à prendre forme avec le genou. Une stratégie de soin s'amorce.

C'était il y a un an et demi maintenant, La guerre d'Ukraine commence. Il arrive dans tous ses états et veut rejoindre les troupes ukrainiennes devant tant d'injustice. Je me moque doucement de lui : « les soldats ukrainiens ne voudraient certainement pas d'un homme aussi bancal, qu'il faut donc d'abord reprendre des forces ».

Puis, il m'explique qu'une résistance s'organise en secret au cœur des forêts de *SON* pays et qu'il veut aller la rejoindre. Je poursuis en lui proposant qu'on prenne le temps de l'aider à reprendre des forces et que nous irons nous entraîner dans les forêts de Paris avant qu'il retourne dans les siennes. Cela le fait rire, il n'y a pas de forêts en France !

et un lien « de sujet à sujet » se noue : dans tous ces cliniciens indifférenciés, il s'adresse alors à une thérapeute, il ébauche un espace. Je deviens « Hélène ».

Je peux même dire que pendant un moment, ses cliniciens au Centre se sont appelés « Hélène ».

Pour conclure, je me demande toujours : Comment poser le pied et prendre appui dans ces conditions de grande violence omniprésente le menaçant sans cesse lui et ses proches ?

**A.C.** : Nous sommes dans une clinique des bords, des limites, au bord de l'effacement, à chaque fois il nous faut du courage pour aller chercher ce qui reste de l'humain dans une tentative ratée de l'effacement. Trouver la clé, le mot de passe, le petit point d'appui relève non seulement d'une connaissance clinique et théorique importante, mais surtout d'un désir de ne pas céder face au vide, face à la volonté de disparition de l'autre. C'est un désir de savoir pourquoi ? qui nous anime, c'est un savoir en devenir qui nous intéresse. C'est découvrir à chaque fois que le sujet, malgré le pire peut encore et encore devenir un autre que celui qu'il était, ce qui demande un renoncement à cesser d'être le même.

Armando Cote  
Hélène Desforges

---

<sup>4</sup> Ligament Croisé antérieur



## Commentaire de Stéphane Fourier , Psychiatre, Psychanalyste (Caen)

*Ces témoignages montrent toute la difficulté des prises en charge des effets traumatiques et la validité des abords psycho-corporels dans ce genre de situations. Ce que nous venons d'entendre rentre parfaitement dans notre thème du jour car le corps du traumatisme se présente dans ses arrêts, dans sa panne de créativité ou du moins dans ses fixations imaginaires, dans des « arrêts sur image » dont le corps se fait la présentification.*

*Le trop-plein de savoir, la confrontation au trop de savoir de la rencontre traumatique, savoir de mort, se réactualise dans l'abord du corps du traumatisme, véritable confrontation au corps du délit dont chacun sait qu'il s'agit de la question de la reconnaissance symbolique face à un réel saturé d'imaginaire.*

*Le thérapeute est ainsi mis à l'épreuve dans ses propres coordonnées symboliques, au risque d'être lui-même traumatisé, aveuglé, assourdi, fasciné, départi de sa créativité, sans que rien ne puisse réintroduire de la métaphore, de la coupure, de l'entre-deux. Le corps est-il mort ou vivant ? Quel écart pourra-t-il le relancer, le raccrocher au symbolique ? Quand le corps se laisse toucher sans réaction, il perd cette fonction haptique dont parle Hubert Godard, fonction qui permet à chaque opération perceptuelle de recomposer un univers par la combinaison du toucher et de la motricité.*

*Cette question de la mobilité rappelle l'éveil du transitivity chez la femme enceinte quand, à partir de ses éprouvés réels, elle peut identifier un mouvement de son enfant, identifier l'enfant par son mouvement qu'elle inscrit dans le symbolique. « Il bouge ! » qui signe qu'« il y a » de la vie et qu'en même temps « il y a » du sujet pour répondre au désir de la mère. Freud a parlé de la Bejahung (affirmation symbolique) dans son article sur la Verneinung (acceptation d'un contenu inconscient en le niant), et Lacan en a pointé le défaut dans le mécanisme de forclusion qu'il met au centre de la psychose, de ce qui ne répond pas symboliquement. Pour moi, la fonction maternelle consiste en la possibilité que la mère par sa Bejahung donne à l'enfant d'avoir aussi ses Bejahungen. Ce « il y a » premier de la mère est une invite pour l'enfant à avoir aussi ses « il y a ». La fonction haptique commence dès la vie utérine : toucher en étant touché qui crée de l'espace et du temps. Il y a relance entre la mère et l'enfant, véritable entrée dans le symbolique bien avant le stade du miroir où se joue la fonction du « je ».*

*C'est en partant de ses propres éprouvés qui lui signifient combien la pulsion de vie la déborde, déborde la pulsion de mort, que la mère accède à la fonction maternelle « malgré elle », malgré ses désirs de mort. Cela se traduit par la reconnaissance qui symbolise la vie comme un don. Le père quant à lui n'a pas bénéficié de ces éprouvés et n'a plus qu'à évacuer la pulsion de mort vers un monde extérieur dont il faudrait abriter la mère et l'enfant (quand il ne la retourne pas sur eux).*

*Les béances corporelles que le corps du traumatisme présente renvoient à cette préhistoire de l'inscription dans le symbolique, renvoient à ce qui distingue le pur toucher du toucher qui mobilise, et qui s'adresse au corps comme nouage entre réel, imaginaire et symbolique. C'est par les écarts que la relaxation thérapeutique remobilise, qu'elle favorise de nouveaux nouages et ainsi relance autrement l'activité pulsionnelle. J'avais cité à notre journée de 2016 sur le traumatisme quelques cas cliniques où la relaxation thérapeutique avait permis de manière à*

*chaque fois singulière d'ouvrir une brèche dans le savoir traumatique monolithique. A chaque fois, c'est par la redialectisation d'un fantasme primaire, à partir d'éprouvés reconnus comme propres, que le patient a pu redialoguer avec son propre Autre pour retrouver une liberté et une créativité vis-à-vis des autres et de soi. A ce sujet, il faut noter que la subjectivité ne se réduit pas au seul sujet mais réside dans sa possibilité de jouer aux quatre coins dans le schéma L de Lacan (S-a'-A). On est là loin de l'imaginaire de l'intérieur et de l'extérieur, des enveloppes qu'il faudrait reconstituer, etc, dont s'inspirent beaucoup de thérapies en particulier autour du traumatisme. Le cocon ne fait pas la fonction maternelle.*