

LA BOULIMIE D'AGIR¹

Dans ma thèse de Doctorat, j'ai présenté le cas clinique d'un jeune homme – je l'ai prénommé Bernard. Le père de Bernard a « un travail très exigeant », selon la mère du patient. Pour cela, il ne peut pas participer aux entretiens cliniques dans le cadre de soins pour son fils. Plus encore, les parents du patient veulent lui transmettre à tout prix cet héritage du travail : « ...il fallait qu'il porte le prénom français, qu'il apprenne la science d'ici et qu'il fasse sa vie ici. Mon mari dit toujours à notre fils qu'il doit travailler. Il ne veut pas que Bernard se retrouve démuni, comme nous, lorsque nous avons quitté notre pays. »

Cette boulimie du travail constitue probablement un mécanisme de défense contre les états dépressifs dont l'un des symptômes est « la déficience du raccord entre le présent et le passé et l'avenir vécu. »² Selon E. Minkowski, cette déficience relative aux « dépressions ambivalentes »³ se manifeste chez le patient par un récit qui décrit son existence comme une « hallucination » continue ou bien comme « un demi-rêve. » E. Minkowski cite un de ses patients pour illustrer le contenu du symptôme dépressif : « Je suis dans le présent uniquement par l'idée, mais ni par le sentiment, ni par l'émotivité. J'ai l'obsession du passé. C'est comme un défilé cinématographique d'images de mon passé.

Je revois alors les faits passés avec toute leur valeur, comme s'ils étaient présents. C'est comme un demi-rêve du passé. (...) Quand j'évoque des souvenirs, je me sens « embarqué » par ces souvenirs. Je ne puis m'arrêter. Ce sont de véritables hallucinations du passé. (...) Ce sont des idées-souvenirs qui dirigent mes décisions. »⁴

Comme chez les parents de Bernard, « ce sont des idées-souvenirs » qui « dirigent leurs décisions », l'obsession du travail et l'hyper adaptation à la société d'accueil. De plus, ces derniers veulent transmettre la même obsession de la réussite à leurs enfants.

A. Minkowski, dans sa préface d'introduction au livre de son père que j'ai déjà cité,⁵ souligne cet aspect d'hyper activité pour des raisons de survie matérielle : «...Pour ce qui concerne les adultes, quand vous voyez les inondations au Bangladesh, la guerre et partout ailleurs, le génocide au Cambodge, les troubles psychiatriques engendrés sont énormes. Il y a beaucoup de gens déprimés, mais ils restent actifs, parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. »⁶

1 Cf. SEBUNUMA D., *La compulsion de répétition dans les violences collectives*, thèse de doctorat soutenue en 2011 à l'Université Paris-Diderot Paris 7, publiée ensuite par L'Atelier National de Reproduction des Thèses, Université Lille3 (2012) ; puis aux Éditions Umusozo, Paris, 2013.

2 MINKOWSKI E., (1933), *Etude sur la structure des états de dépression : Les dépressions ambivalentes*, Paris, édition du Nouvel Objet, 1993, pp. 1 – 60.

3 *Ibid.* : « Les dépressions ambivalentes » relèvent, selon E. Minkowski, du fléchissement du contact avec la réalité » comme dans la schizophrénie.

4 *Ibid.*

5 Préface d'Alexandre Minkowski au livre de son père : cf. MINKOWSKI E., *Etude sur la structure des états de dépression : Les dépressions ambivalentes*, o.c., note de préface.

La suite de cette préface de A. Minkowski interroge sur le cas du père de Bernard qui paraît absent dans le suivi thérapeutique de son fils : « je dois dire ici en aparté que les hommes sont lâches, pas les femmes : là-dessus je suis absolu. Les femmes ont le vrai courage, elles assument. Les chiffres d'ailleurs le disent, sauf pour la dépression post-partum qui est tout à fait singulière, et où interviennent des facteurs hormonaux, les femmes maîtrisent mieux que les hommes les épisodes dépressifs » à la suite des événements traumatiques d'après l'observation de A. Minkowski. Je n'ai pas encore fait une observation approfondie pour me prononcer sur le constat de ce médecin qui a une grande expérience des situations humanitaires en période de crise. Toutefois, les nouvelles que nous recevons du Rwanda vont dans le même sens : après le génocide de 1994 dans ce pays, les femmes ont été les premières à créer des associations qui prennent en charge les enfants orphelins, elles gèrent des structures d'accompagnement et de soutien auprès de veuves, bref elles ont pris en main des responsabilités qui, jadis, étaient réservées aux hommes. Cela pour des raisons sociologiques d'abord : beaucoup d'hommes ont été tués pendant le génocide et les massacres qui l'ont suivi. Ensuite, pour des raisons politiques d'autre part: certains hommes ont préféré se réfugier à l'étranger suite au climat de vengeance et d'insécurité au Rwanda. Même ceux qui sont restés préfèrent être discrets car, le pays n'est pas encore parfaitement stabilisé sur le plan politique. Néanmoins, le courage des femmes, leur capacité à surmonter des situations de crise est incontestable.

Nous pouvons ainsi conclure que là où l'obsession porte sur le travail et l'hyper adaptation à la réalité, il y a une volonté de lutter contre l'envahissement des souvenirs insupportables. Par conséquent, les deux symptômes – **états dépressifs** ou **hyper activité** - ont la même étiologie chez certains exilés, à savoir le traumatisme. Mais l'hyper activité s'avère être un compromis névrotique à la place de la dépression franche : celle-ci serait plus coûteuse sur le plan de l'économie psychique et menacerait toute activité de survie matérielle. C'est ce que Freud appellerait « la permutation »⁷ des symptômes traumatiques. Selon Freud, « un symptôme se forme à titre de substitution à la place de quelque chose qui n'a pas réussi à se manifester au-dehors. Certains processus psychiques n'ayant pas pu se développer normalement, de façon à arriver jusqu'à la conscience, ont donné lieu à un symptôme névrotique. Celui-ci est donc le produit du processus dont le développement a été interrompu, troublé par une cause quelconque. Il y a eu là une sorte de permutation. »⁸

La conséquence de cette *permutation* des symptômes traumatiques c'est que, lorsqu'il y a l'oubli ou la résistance de *la mémoire empêchée* chez les parents exilés, ce sont les enfants qui héritent de l'autre symptôme, à savoir « l'hallucination » continuelle des contenus psychiques traumatiques qui n'ont pas été refoulés chez les parents. C'est ce qui expliquerait le harcèlement violent de Bernard, qui veut savoir d'où viennent ses parents

6 Ibid.

7 FREUD S., (1916), texte : « Rattachement à une action traumatique - l'inconscient », in *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1988, p. 261.

8 Ibid.

ainsi que les raisons qui les ont forcés à quitter la terre de leurs aïeux.

Étant donné que la manifestation des symptômes de violence – chez Bernard comme chez d'autres adolescents en situation d'exil - coïncide avec les troubles psychiques classiques à l'adolescence, il est difficile de distinguer le syndrome pathologique en question des processus habituels de maturation subjectif. Ainsi, « *le fléchissement du contact avec la réalité* », ⁹ qui entraîne les *dépressions ambivalentes* selon E. Minkowski, peut s'observer chez les adolescents en situation d'exil lors du déclenchement de leurs troubles de comportement.

Observations complémentaires

Les troubles de comportement de Bernard, qui se sont manifestés très tôt et qui sont devenus très complexes à l'adolescence, illustrent bien la problématique des origines dans la transmission généalogique lorsque les parents exilés ont par ailleurs traversé des événements traumatiques. Sans pour autant établir un diagnostic commun, nous pouvons rapprocher le tableau clinique de Bernard à celui d'autres adolescents qui souffrent des traumatismes liés à la situation d'exil – et dont nous avons présenté le contenu tout au long de notre réflexion. En effet, les différents cas cliniques présentent des similitudes quant à la manifestation de leurs symptômes ainsi que les interrogations qu'ils suscitent au sein de la famille. D'où l'intérêt clinique de constater que, malgré les différences historiques, géographiques et culturelles, les psychopathologies de l'exil présentent, *mutatis mutandis*, une unité sémiologique cliniquement repérable :

La première observation concerne la place des parents qui est prépondérante dans l'éclosion des troubles violents chez les adolescents en situation d'exil. Soit les enfants deviennent alliés du discours parental et jugent le présent uniquement par rapport aux événements du passé ; soit ils se retournent contre leurs propres parents lorsque ces derniers *empêchent* la mémoire du passé à advenir ; enfin ils peuvent devenir errants, comme nous l'avons vu dans le cas de Yohan, lorsque la figure parentale n'a plus le statut d'objet d'étayage chez l'enfant.

En effet, la figure parentale peut susciter chez l'adolescent des excitations pulsionnelles et servir en même temps d'espace de projection

– le parent devient la cible de ces pulsions non élaborées comme dans le cas de Bernard ; ou bien, le parent peut incarner à nouveau l'objet d'amour, dans un processus régressif de la relation objectale archaïque : dans ce cas, le parent pourrait entretenir une relation de séduction narcissique avec son enfant adolescent enquête d'étayage. C'est à ce moment là que l'adolescent peut idéaliser le discours traumatique parental et adopter des conduites antisociales. Cela parce que les objets extérieurs seront toujours considérés comme menaçants alors que les expériences du passé,

⁹ *Le fléchissement, à l'origine des dépressions ambivalentes, fait que le "oui » et le non »* sont juxtaposés en entités indépendantes et « inassimilables. » D'où leurs trois caractéristiques : *l'ambivalence, le négativisme, puis l'absence du sentiment d'achèvement et d'enchaînement des actions.* Ces dépressions ambivalentes pourraient expliquer le mutisme constaté chez les patients adolescents au début de leurs troubles de comportement liés à l'histoire traumatique de leur famille.

ressassées à travers les plaintes quotidiennes des parents, seront considérées comme étant porteuses de signification pour le jeune pubère. D'où le traumatisme du « trop de mémoire » comme dans le cas de Issa.

La deuxième observation concerne la question de la transmission : étant donné que la figure parentale joue un rôle primordial dans le processus de maturation psychique de l'adolescent en situation d'exil, l'éclosion des pathologies chez l'enfant est souvent liée à la difficulté chez les parents soit à refouler les souvenirs traumatiques de leur histoire propre, ou à raconter aux enfants – de manière saine – la mémoire de leurs origines.