

Quand une psychanalyste est confrontée à la psychanalyse avec l'enfant

Auteur(s) : Suzanne Deffin-Cunha

Mots clés : cadre - capacité de rêverie - contre-transfert - développement (mental) - espace tiers - fonction contenante - fonctionnement (psychique) - observation - observation (de l'enfant) - pare-excitations - peau (seconde -) - psychanalyse (des enfants) - rêverie (capacité de -) - transfert

Les organisateurs de ces conférences d'introduction à la psychanalyse ont souhaité une clinique contemporaine pour traiter des différents thèmes de l'année. À ce sujet, je voudrais vous faire remarquer un détail du titre : la psychanalyse **avec** l'enfant. Je me souviens d'un échange avec Mme Florence Guignard, Membre Honoraire la SPP et présidente de la SEPEA (Société pour l'étude de la psychanalyse des enfants et adolescents). C'était à l'époque où il s'agissait de faire reconnaître la spécificité des psychanalystes d'enfants appartenant à la SPP auprès de l'Association Internationale de Psychanalyse dont Madame Guignard est toujours notre représentante auprès de cette instance : comme il est habituel de dire psychanalyste de l'adulte, on pensait « Psychanalyse de l'enfant » mais ce terme ne nous semblait vraiment pas convenir, en revanche, le terme « psychanalyse **avec** l'enfant » nous paraissait beaucoup plus adéquat. Cette petite différence, nous introduisait en effet sans que j'en ai eu grande conscience à l'époque dans la clinique contemporaine, car elle mettait d'emblée l'accent, non pas sur

deux termes, mais sur trois : le patient, l'analyste, et cet espace entre les deux, espace intermédiaire, intersubjectif, qualifié de « tiers analytique » initialement par Thomas Ogden (psychanalyste américain) puis par André Green qui en a fait un objet de recherche très important.

Arrêtons-nous quelques instants sur ce « tiers analytique ». Il est silencieux car en grande partie préconscient ou inconscient. Il fonctionne chez l'analyste mais aussi et ceci est très important, également chez l'enfant ou chez l'adolescent. Comment se constitue-t-il ? Différemment mais parallèlement chez les deux partenaires. On pourrait penser aux perceptions réciproques au moment de la rencontre, à l'écoute de l'autre, aux pensées en latence ou préconscientes, aux rêveries et fantasmes éventuels de chacun, au partage émotionnel et des affects dans la séance, aux projections mutuelles. C'est le produit de **l'expérience de ces interactions inconscientes de la subjectivité** de chacun qui constitue ce tiers analytique et participe ainsi du processus analytique. Il va acquérir une vie propre dans le champ interpersonnel entre l'analyste et le patient en se transformant **au fil du temps de la cure**.

La mémoire de l'analyste est particulièrement sollicitée dans cet espace, soit pour enregistrer et garder précieusement tel propos ou telle observation de son patient, tout en restant silencieux ou éventuellement pour produire une interprétation par les liens établis **entre l'actuel de la séance** et ce qui a été conservé comme en attente. Quand l'interprétation est adéquate, le patient la reçoit et se l'approprie dans un insight. Cet espace intermédiaire intersubjectif, virtuel, se transformera au fil des séances et concernera autant l'analyste que l'enfant, tout en

restant spécifique à chacun.

Le transfert positif ou négatif et le contre-transfert tels que Freud les a conceptualisés gardent toute leur pertinence car ils se situent au niveau du sujet.

Je voudrais souligner l'**importance en séance pour le thérapeute du savoir attendre et faire confiance à cet espace** intermédiaire, il est parfois nécessaire de s'armer de patience sinon l'interprétation n'apportera aucune modification psychique chez l'enfant.

Pour approcher la nature de cet espace intermédiaire, nous pouvons faire appel à Winnicott, à Bion et à Mélanie Klein. Le premier, Winnicott, pour ses travaux sur le holding et pour cette phrase célèbre : « un bébé seul n'existe pas sans sa mère ou un substitut » (comme on pourrait ajouter : un analysant n'existe pas sans son analyste). Bion, pour sa théorie de la pensée, en particulier, la fonction alpha de la mère qui lui permet de s'adapter aux besoins de son bébé ; à cette fonction alpha maternelle correspondent les capacités de rêverie de l'analyste en séance. Enfin à Mélanie Klein pour son travail sur l'identification projective.

Le traitement psychanalytique avec les enfants

Une donnée fondamentale s'impose, incontournable, le devoir grandir de l'enfant : grandir dans sa tête s'entend. Il a un modèle à suivre, celui de ses changements corporels qui eux ne demandent presque pas son avis pour le faire. Il en va tout

autrement pour le psychisme. Le désir fréquemment rencontré chez les enfants de rester inchangé, de rester « le petit », peut alors entrer en conflit avec lui-même et avec la perspective de l'analyste. D'un autre côté et c'est là le côté gratifiant de ces traitements, les séances avec les enfants sont toujours marquées à un moment ou à un autre de ces pulsions de vie qui caractérisent l'enfance en développement.

Ce sont les parents qui en général en font la demande. Cet entretien initial est très important en ce qu'il permet à l'analyste d'avoir quelques représentations des objets du monde interne de l'enfant : la mère, le père, leur histoire personnelle, la fratrie, le couple parental et de saisir à travers leurs dires, les difficultés de l'enfant et leur impact dans la famille. Il permet également d'apprécier la nature de la demande des parents. Cet entretien peut être renouvelé autant que nécessaire et se poursuivre ponctuellement au cours du traitement ou pas. Dans beaucoup de cas, il m'apparaît comme une très bonne chose que les parents se sentent accompagnés et soutenus au cours du traitement de leur enfant. Ces échanges contribuent souvent à sa bonne marche.

Cet entretien avec les Parents sera suivi d'une rencontre avec l'enfant, éventuellement d'un travail préliminaire avant de pouvoir préciser l'engagement thérapeutique des deux parties. Cet ordre initial est classique mais il peut être modifié.

Plus l'enfant est jeune, moins il aura la capacité de formuler ses pensées et sa demande ! L'analyste devra alors s'appuyer sur la demande des parents, son expérience clinique, ses connaissances, son contre-transfert pour se déterminer.

En période de latence, l'enfant maîtrise le langage et il est à

même de formuler une demande d'aide. Parfois, il peut avoir recours à des métaphores poétiques pour exprimer son mal-être quand l'analyste l'interroge :

Un garçon de 8 ans « Je viens pour me faire redresser la coiffure ».

Une fillette de 9 ans particulièrement inhibée « Oui... Mais... J'ai un trou dans mon tennis et l'eau rentre dedans quand il pleut ».

Le rythme des séances peut varier d'une à trois par semaine. Le rythme dépend très souvent et en partie, des disponibilités de temps, de distance et d'argent des parents, ceci est particulièrement vrai en privé. Mais il faut savoir que le processus analytique ne dépend pas forcément du nombre de séances hebdomadaires cependant plus le nombre est grand plus le processus a de chance de s'installer en raison du transfert.

Y a-t-il une règle à énoncer à la première séance du traitement ? Oui, elle est fonction de l'âge de l'enfant. Un exemple : Tu as à ta disposition des jouets, du papier, des feutres, de la pâte à modeler. Tu peux choisir de jouer, dessiner et parler. C'est ainsi que nous pourrions travailler ensemble.

Clinique : Paul a 5 ans quand il commence son traitement, il a été adopté quand il avait 3 ans. Il vient 2 fois par semaine pour des angoisses paranoïdes, des cauchemars, des épisodes de démangeaisons nocturnes qui le laissent épuisé. **Nous travaillons déjà depuis quelques deux années quand arrive la séance suivante** : Je le découvre assis par terre en-dessous d'une fenêtre pas très loin de mon fauteuil. Ses jambes sont repliées et croisées devant lui, immobile, silencieux, une couverture sur le dos

ramenée sur le devant. Je fantasme immédiatement sur les postures et les coutumes des hommes de son lointain pays d'origine. Ce jeu identificatoire qui érotise le transfert avec la mère-analyste établit un lien avec son passé et va lui permettre un jeu beaucoup plus régressif avec la couverture, maintes et maintes fois répété à l'identique, jeu qui implique mon regard et un échange verbal très simple. Avant de regarder plus avant ce jeu, il convient de s'interroger sur le sens possible de la position de Paul quand je le découvre (assis au sol, immobile) Ne se présente-t-il pas, ainsi, plus comme objet des pulsions de l'objet et non comme le sujet, non comme la source de son propre mouvement pulsionnel ? La suite du jeu confirmera ce double retournement pulsionnel (actif en passif et retournement de la pulsion sur le Moi propre) qui qualifie ce qu'André Green appelle « le Travail du Négatif ». Le Moi de l'enfant en tant que sujet se rétracte et dénie ses besoins et ses désirs ; Ce que nous pouvions déjà supposer dans les premières années de la cure quand il opposait à toutes mes suggestions une dénégation et quand il refusait énergiquement mes interprétations.

Le nouveau jeu : Paul choisit un endroit sur le tapis coloré qui restera toujours le même, le coin opposé en diagonale à celui de mon fauteuil, donc à distance de moi, à la limite du tapis très investie par lui en regard du carrelage au-delà, zone menaçante et lieu de tous les naufrages. Paul se met à quatre pattes et il essaie de se cacher entièrement sous une couverture qui est un peu petite pour sa taille. Il m'est déjà évident que la couverture et la distance entre nous le protègent d'une imago maternelle dangereuse :

Paul : « Est-ce-que tu me vois là ? »

Moi : « Je vois tes cheveux ». Il rectifie sa position ou la couverture ou les deux.

Paul : « Et là, est-ce-que tu me vois ? »

Moi : « Oui, je vois ton pied ».

Le jeu se poursuit sur le même mode jusqu'au moment où je lui dis : « non, là je ne te vois plus ! » Paul sort alors de la couverture, apparemment satisfait, et passe sans plus à un autre jeu. **Contre-transférentiellement** ce jeu si particulier de coucou me laissait très patiente malgré sa durée et sa répétition. Il me touchait émotionnellement en me donnant à imaginer le petit bébé qu'il avait été, laissé seul pendant de longues heures probablement avec une couverture pour seule compagnie. Dans ce jeu, Paul me fait assister comme à une disparition progressive de lui-même, de sa forme, de la forme de son Moi en quelque sorte... cela m'évoquait des angoisses extrêmes vécues autrefois à relier peut-être à un affect d'inexistence, à une perte interne relative à sa propre forme, l'anéantissement déjà évoqué. Dans le transfert, ce jeu peut avoir un double sens : il joue à se faire disparaître, m'exposant sa déréliction vécue autrefois et adressée à moi peut-être comme un reproche et une demande... Mais en se cachant il me fait disparaître du même coup reprenant dans un processus actif la situation d'abandon vécue passivement. La couverture, une barrière protectrice mais aussi symbolique d'un contenant que Paul grâce à la répétition a pu revitaliser par l'action de mon regard sur lui et de ma voix, constituant ainsi comme une seconde peau dans la terminologie de D. Anzieu. Paul a utilisé son corps, mon regard et ma voix dans un accomplissement hallucinatoire transférentiel dans une charge libidinale réparatrice de sa relation primaire. Pour dire autrement : Nous avons joué le jeu de l'espace d'illusion dans une aire transitionnelle qui aurait pu durer

éternellement.

Deux années plus tard, reprenant ponctuellement ce jeu, toujours en début de séance, il se déplace dans l'espace et vient s'installer contre le divan se rapprochant ainsi de moi. Arrivé au point ultime de son déroulement habituel et sollicité par moi de se rappeler, il évoque un souvenir du temps où il était placé dans une famille d'accueil (après avoir été retiré à sa mère). « Quand je restais seul trop longtemps, je finissais par avoir peur des cris des animaux, alors je me réfugiais derrière un canapé, il y faisait noir alors j'avais peur des araignées ». Quelques mois plus tard, dans ce même lieu, arrivé à ce point du jeu et à nouveau sollicité par moi : « Je me cachais derrière le canapé pour échapper aux coups du père nourricier ! ». Ce jour-là Paul avait pris la couverture pour la dernière fois. J'ai pensé : il n'en a donc plus besoin ! Le jeu avec la couverture a pris certainement des significations différentes au fil du temps. Je peux penser à une fonction de pare-excitation pendant tout ce temps par rapport à des ressentis de manque et de danger mais aussi, en dernier lieu, au moment de l'émergence d'une référence paternelle inattendue et combien redoutable pour lui dans ce qu'elle pouvait contenir de pulsionnel sexuel. Nous allons nous retrouver dès ce moment dans une possible relation triangulaire Œdipienne en raison d'un changement dans le processus. Le transfert de maternel devient paternel. Paul va pouvoir alors développer petit à petit des capacités d'introspection et d'insight. Mes interprétations ne sont plus déniées et elles font sens pour lui. La couverture était bien là pour marquer la limite entre le dedans et le dehors et sa fonction intériorisée comme contenant va lui permettre de compter sur son monde interne et sur ses capacités de penser.

Quelques visées de la psychanalyse avec l'enfant

La guérison des symptômes qui entravent son bon développement ou son plaisir à vivre ou celui de ses parents.

Repérage des angoisses, évaluer leur intensité. Aider l'enfant à les verbaliser. Le cadre rigoureux fixé par l'analyste peut être perçu par l'enfant comme un véritable contenant. Il peut alors y déposer rapidement le plus encombrant.

Permettre à l'enfant de faire émerger du refoulé de l'inconscient en exprimant des fantasmes dits originaires, de séduction, de castration et de scène primitive qui organisent ses conflits.

Travailler sur le conflit entre le Moi et ses pulsions et ses objets internes dont le surmoi et avec la réalité. C'est dire, au minimum, de renforcer le Moi et lui permettre ainsi d'avoir un meilleur contrôle sur l'angoisse et sur sa vie pulsionnelle.

D'une façon plus générale, permettre à l'enfant d'accroître ses capacités à pouvoir exprimer ses états mentaux et émotionnels, avoir plus de représentations et pouvoir s'appuyer sur son monde interne pour pouvoir penser. Avoir plus de représentations : Qu'est-ce que cela signifie pour l'enfant ? Il nous faut revenir à Freud qui a distingué deux types de représentations dès 1895 (*Projet d'une Psychologie scientifique*) : les **représentations de chose** essentiellement visuelles qui dérivent de la chose. Elles appartiennent à l'inconscient et résultent d'un investissement d'images mnésiques voir de traces mnésiques et les **représentations de mots**. Ces dernières sont

essentiellement acoustiques, elles dérivent du mot et appartiennent au système préconscient-conscient. Je cite toujours Freud : C'est par l'association à une image verbale (représentation de mot) que la trace mnésique (représentations de chose) acquière une qualité de conscience, liaison fondamentale.

Ce **travail de liaison**, au fil des séances, va se développer grâce au processus analytique en cours, aux mots du thérapeute dictés par son contre-transfert et en réponse aux multiples expressions de l'enfant dont son langage bien sûr. **Les mots de l'enfant vont ainsi acquérir une qualité hallucinatoire, un double sens, incluant ses affects qui vont enrichir ses capacités à pouvoir penser.** Le tissu représentatif augmentant son épaisseur permet alors que les mouvements pulsionnels se traduisent en petites quantités ; Ce qui favorise un meilleur fonctionnement psychique.

Quel que soit l'âge de l'enfant, l'approche de l'analyste sera guidée dans sa technique par le transfert établi d'emblée par la situation analytique dès la première rencontre et par son contre-transfert. Il existe quelques différences dans la technique selon l'âge ou la nature des problèmes de l'enfant.

Là, dans la séance, l'observation du bébé et ses interactions avec son environnement dont les parents, le plus souvent la mère et l'analyste bien sûr. La thérapeute s'adressera alors soit au bébé directement soit à la mère ou aux deux en même temps.

Ici, les dessins, le jeu et la parole et parfois un rêve apporté, constituent le support de la séance. Mais, dans tous les âges, l'analyste restera le même dans son attention au partage de **l'expérience émotionnelle de la séance qui implique les deux protagonistes.** À ce sujet, A. Ferro (psychanalyste italien), parle

du champ de la séance analytique. Michel Ody (membre formateur de la SPP), évoque l'importance d'un équilibre à maintenir en tenant compte de la dialectique intrapsychique/inter-psychique.

Il me faut aborder des spécificités, voir des difficultés pour l'analyste qui travaille avec les enfants. Avec le patient adulte, la réserve, le retrait de l'analyste favorise les associations libres et la levée des refoulements. Avec l'enfant, le silence n'est plus de mise et le **dosage de la parole de l'analyste se révèle très délicat et toujours en fonction de son petit patient.**

L'enfant dans la période de latence est très souvent confronté à des ratés de son complexe d'Œdipe, il s'agira plutôt à l'inverse de ce qui se passe pour l'adulte et grâce au processus analytique de favoriser un refoulement qui était jusque-là insuffisant.

The last not the less, le contre-transfert de l'analyste se trouve sollicité par les parties infantiles de son petit patient dans ses propres parties « infans » connues ou dans des zones inconnues de lui, l'exposant ainsi à une certaine déstabilisation dans son travail et à la nécessité d'élaborer son contre-transfert sinon de se donner la possibilité de parler avec un collègue plus expérimenté

L'enfant comme l'adulte dans la cure est soumis à la compulsion de répétition dont l'origine est traumatique, sexuelle ou autre. Il me semble que la répétition chez lui est souvent plus difficile à discerner probablement pour la raison que l'enfant est un être en devenir.

L'interprétation

L'interprétation est clairement en lien avec l'âge de l'enfant et avec le développement psycho-affectif **mais surtout en adéquation avec le processus en cours** ; Pour cela, il nous faut parfois attendre longtemps le moment propice car il s'agit moins d'une affaire de contenu que du processus analytique en cours. **Il ne convient pas d'interpréter à tout va les éléments en rapport avec le complexe d'Œdipe.**

Je me souviens d'une fillette de neuf ans, hyperactive avec **un trouble majeur de la pensée**, en traitement trois fois par semaine. Elle fonctionnait un peu comme une éponge absorbant sans discernement ce qu'elle entendait à la TV ou dans d'autres lieux, s'identifiant de façon adhésive à ce qu'elle percevait. Elle se comportait donc pendant un temps en fonction d'identifications momentanées. Il en résultait des paroles confuses, abondantes, un discours chaotique. Elle n'avait pas mis en place suffisamment d'activité symbolique personnelle. On aurait pu penser qu'elle avait une vie fantasmatique riche mais elle était fautive car en grande partie empruntée. Cependant les fantasmes sadomasochistes étaient bien présents dans les jeux et dans ses paroles et dans sa relation avec moi, en séance. Dans une supervision avec le Dr Donald Meltzer, psychanalyste londonien qui participait aux rencontres scientifiques organisées par le GERPEN (Groupe d'études et de recherches psychanalytiques pour le développement de l'enfant et du nourrisson), je lui faisais part de mes doutes par rapport à mes interprétations. Il me répondit de ne pas m'en faire pour cela, car le plus important pour cette enfant c'était qu'elle puisse se rendre compte que sa thérapeute pensait à propos de ce qu'elle disait. Petit à petit,

effectivement, cette fillette a pu commencer à pouvoir montrer dans ses activités de jeux, dans ses dessins, dans ses propos, plus de cohérence et elle a pu mettre en place des capacités de penser. Cette enfant avait démarré son développement avec un trouble de la pensée et en raison de ce manque à pouvoir penser, elle avait été livrée en quelque sorte à la masturbation compulsive, à une vie fantasmatique très primitive de type masturbatoire et à des fantasmes sadomasochistes. Au cours du traitement dans sa relation transférentielle avec moi, des indices d'amour commencent à apparaître en opposition aux contenus persécutoires ou agressifs. Un processus d'introjection d'un objet qui pense a pu s'installer. Nous ne sommes donc pas ici dans la nécessité d'analyser un conflit émotionnel comme dans une analyse classique mais dans celle de favoriser un développement de la pensée.

Pour mieux comprendre ce dont il s'agit dans ces dysfonctionnements, revenons au tout début du développement de l'abstraction chez le bébé de ce qui deviendra ultérieurement la pensée. Il s'agit de moments initiaux, fondamentaux dans une interaction du bébé avec son environnement. Quand le bébé éprouve un besoin (comme un désir de téter par exemple), il s'agite, se fait entendre mais la mère ou le substitut maternel, ne répond pas à cette demande ; Le bébé est alors comme obligé, pour faire face, de mettre en place dans sa tête un rudiment de réponse pour combler le manque qu'il éprouve, l'absence de la satisfaction attendue. La mère a pu être dans ce moment précis réellement absente **ou** indisponible au bébé, la tête occupée par une pensée concernant le père du bébé ou un autre enfant par exemple. Les inadéquations entre le bébé et son environnement sont ainsi porteuses du développement mental, elles peuvent être

aussi, selon les caractères propres de chaque partie et selon leur quantité, sources de difficultés à venir pour le bébé comme on a pu le voir dans les deux cas cliniques exposés.

Plus l'enfant est petit, plus l'analyste est amené à prêter son langage pour traduire en mots et en pensées le comportement, le jeu, le dessin. Il peut intervenir avec des commentaires, des suggestions, faire une interprétation en utilisant des mots simples toujours adaptés à l'enfant. Habituellement, les enfants ont peu de capacités pour associer verbalement. Mais ils associent à leur manière, dans la dynamique de la séance, en modifiant leur jeu ou en dessinant.

Les mécanismes de défense en place peuvent être interprétés quand cela est possible d'y toucher ; ils sont plus souples chez l'enfant que chez l'adulte.

Le jeu permet à l'enfant avec l'aide de son thérapeute de reconsidérer les fantasmes de son monde interne, une sorte de scénarisation nouvelle émerge comme une réélaboration des faits externes ou historiques.

Les dessins constituent souvent une sorte de brèche ou une ouverture sur le monde interne de l'enfant, quelque chose est produit sur la feuille et doit être déchiffré. Il peut représenter un type de relation dans le monde émotionnel de l'enfant. L'analyste doit solliciter les associations de l'enfant comme pour le rêve quand cela est possible.

Les traitements sont d'une longueur très variable mais, souvent, d'une durée plus courte que dans les cures d'adulte.

Je les ai souvent envisagés plus en termes d'accompagnement

psychanalytique de l'enfant qui rencontre une difficulté dans son développement à un moment donné. L'objectif a globalement pour visée alors d'aider l'enfant à améliorer son fonctionnement psychique.

Il arrive souvent que les parents interrompent la cure quand le symptôme a disparu.

Dans tous les cas, l'analyste doit imposer si possible, un temps d'élaboration de la fin du traitement. Quand l'analyste estime que le travail entrepris est terminé, il y met fin en pensant que tout n'est peut-être pas analysé mais que l'enfant va encore se développer.

Je vous remercie de votre attention.

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 24 mai 2017

Cliniques(s) du traumatisme

Auteur(s) : Thierry Bokanowski

Mots clés : clivage (auto-narcissique) - complexe de castration - destructivité - fantasmes originaires - pare-excitations - potentialités (organisatrices ou désorganisatrices) - trauma/traumatique/traumatisme

Définitions et précisions

Le *traumatisme* est un mot dérivé du grec lequel signifie à la fois une *effraction* et une *blessure* : ce terme repris d'un registre médico-chirurgical, désigne à la fois l'idée d'un préjudice corporel (telle, par exemple, les séquelles physiques d'un accident) et les conséquences d'un événement dont la *soudaineté*, l'*intensité* et la *brutalité* peuvent non seulement entraîner un choc psychique (du fait de l'impréparation du sujet à l'évènement), mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme d'un sujet, qui s'en trouve alors altéré et créer chez celui-ci l'idée d'un préjudice (on peut alors parler de « névrose traumatique »).

Celui-ci doit être distingué de la question du *stress*, qui se définit par une situation de vigilance psychique liée à une angoisse réveillée par un danger potentiel - par ex., celle du combattant en période de guerre. Parfois, la situation de stress, du fait de son accentuation, devient alors traumatique et se traduit par un certain nombre de symptômes : débordement des affects anxieux, non-contrôle de soi, agitation incoordonnée, fuite panique, actions automatiques évoquant un état somnambulique, etc. Si certains états de *stress* peuvent sembler, au premier abord, adaptés à la situation de danger, ils peuvent en fait masquer un *état traumatique latent* qui, selon les circonstances, peut évoluer vers une psycho-névrose de type traumatique, créant alors un syndrome psycho-traumatique.

Les termes de « *traumatisme* », de « *traumatique* » et de « *trauma* » sont devenus, depuis plus d'un siècle, des *Schibboleth* (ou, si l'on préfère, des « mots de passe ») des discours psychopathologiques et sociaux (Assoun, 1999), aussi, s'ils

renvoient le plus souvent à des images fortes et saisissantes, il convient, au-delà de celles-ci, d'en saisir ce qui les caractérise du point de vue du fonctionnement psychique et de ses assises inconscientes.

L'événement traumatisant (ou de type traumatique), qui fait irruption le plus souvent de l'extérieur (par ex., un accident, une agression, etc.) – mais parfois aussi de l'intérieur du sujet (par ex., un cauchemar, une situation « d'inquiétante étrangeté », etc.) –, se qualifie par son caractère le plus souvent *violent*, du fait qu'il surgit sans avertissement, le sujet n'y *étant pas préparé* ; cet *événement brutal* – qui prend le sujet par surprise et donc le déroute, quand il ne le sidère pas – entraîne alors, sur le plan psychique, une *effraction* de la *barrière pare-excitante*, ce qui fait que le psychisme est débordé par une *excitation* qu'il ne peut comprendre et gérer. Cela entraîne une perturbation massive du *fonctionnement psychique*, ainsi que des *défenses* établies jusque-là ; cette perturbation peut aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à l'*effondrement* même de l'intégrité et de l'économie psychique du sujet (cf., D.W. Winnicott, *La crainte de l'effondrement*), affectant alors son rapport à l'autre, si ce n'est à la réalité (créant ainsi un *trauma*).

Du point de vue psychanalytique, ainsi que l'a défini C. Le Guen (1996) :

« Le trauma est sans doute l'une des notions les plus indécises de la psychanalyse, voire des plus équivoques, et sans doute des plus énigmatiques. Cela tient à l'ambiguïté de ses confluences placées à la rencontre du dedans et du dehors, à la dynamique d'excès, de rupture et de perte, à sa fonction d'alarme et de protection comme à son pouvoir

d'effraction. Agent d'une réalité dont la puissance et la source demeurent incertaines, le trauma est l'occasion d'entrevoir ce qui peut agir "au-delà du principe de plaisir" et de son principe ; il a la brutalité de l'évidence, comme l'évanescence de l'aléatoire - c'est-à-dire qu'il fascine depuis qu'il est apparu dans le corpus analytique, avant même que celui-ci ne se constitue. »

Aujourd'hui, lorsque l'on est conduit à parler de *traumatisme psychique* en psychanalyse, l'on est tout autant conduit à évoquer l'histoire de la théorisation du concept, qu'à envisager ses implications théorico-cliniques et théorico-pratiques, elles-mêmes liées à l'évolution de la théorie et qui aboutissent à *devoir penser le traumatisme* en termes de « *bloc "défense/trauma"* ». Mais avant d'aborder ces questions, il me faut cependant faire une remarque préliminaire, à savoir que, comme le souligne très justement R. Roussillon (2000), le traumatisme « n'existe pas "en soi" », mais par contre ce sont les théories, les conceptions et les modèles de pensée qui permettent de rendre compte des processus psychiques et des processus cliniques auxquels l'on est confronté.

Ainsi la notion de *traumatisme* peut-elle tout autant servir à indiquer :

- D'une part, ce qui relève de la *potentialité traumatique* à la base de tout fonctionnement psychique et qui, de ce fait, participe à la genèse de l'infantile, de la pulsion et du désir, en un mot à l'organisation du psychisme de tout un chacun ;
- Comme, d'autre part, elle peut désigner les *défaillances des modalités de gestion du psychisme* du sujet, face à un événement

à valence désorganisatrice.

Dès lors, du fait que les désorganisations engendrées ne sont pas toujours de même nature, parler de *traumatisme* dans un sens uniquement *générique* ne permet pas toujours de savoir à quel niveau du fonctionnement psychique opère l'action traumatique.

En effet, on peut envisager une différence qualitative entre le traumatisme qui désorganise le fonctionnement psychique au niveau des investissements des relations objectales (c'est-à-dire à la relation d'objet - relation aux objets subjectifs dont la constitution organise l'intériorité conflictuelle du sujet) et le traumatisme qui désorganise la psyché au niveau de la constitution du narcissisme, laquelle désorganisation peut se traduire alors par une souffrance identitaire et des troubles de la subjectivité (ceci entraînant ce que l'on nomme la « fragilité » du sujet).

Il me semble que l'on peut réserver le mot *traumatisme* pour désigner un niveau de désorganisation plutôt secondarisé qui n'entame pas la relation d'objet ni l'intrication pulsionnelle et qui se réfère au traumatisme sexuel de la théorie freudienne de la « séduction ». En revanche, la notion de *trauma* paraît plus appropriée pour désigner la logique traumatique à un niveau plus précoce, plus archaïque, qui compromet les investissements narcissiques et par conséquent la constitution du Moi.

Cette différence sémantique que j'avance est d'un emploi relativement facile dans la langue française qui accepte les deux variantes (*traumatisme* et *trauma*). À celle-là, j'en ajouterai une troisième, celle du *traumatique*, par laquelle je propose de décrire un type de fonctionnement psychique commun aux deux variétés

traumatiques, lié à ce qui, de l’empreinte traumatique, contraint à la compulsion de répétition.

Ces trois termes, *traumatisme*, *traumatique*, *trauma*, correspondent très précisément aux trois « tournants » (1895-1897, 1920 et 1938) de la théorie freudienne, tournants qui sont autant de moments mutatifs et source de transformation au sein même de la métapsychologie.

Le traumatisme : ce qu’il désigne et ses variations dans l’œuvre de S. Freud

Si je devais définir les fondements de l’origine théorico-pratique de la psychanalyse, on pourrait avancer que celle-ci est au carrefour d’une triple filiation. Elle est tout à la fois *fille de l’hystérie*, *fille de la séduction sexuelle* et *fille de l’inceste*.

Fille de *l’hystérie*, elle l’est du fait des intérêts cliniques et de la pratique de Freud (via Charcot) ; fille de la *séduction sexuelle*, du fait que celle-ci est avancée (dès 1895, *Etudes sur l’Hystérie* écrit en commun avec Joseph Breuer) comme l’étiologie théorique princeps des troubles psycho-névrotiques ; enfin *fille de l’inceste* (ou plus précisément de la conjonction des vœux *incesteux* avec ceux de *mort*), puisque ultérieurement et emblématiquement métaphorisée par la tragédie de Sophocle, *Œdipe Roi*.

Aux débuts de la psychanalyse (entre 1890 et 1897), S. Freud rapporte l’étiologie des névroses des patients à leurs *expériences traumatiques passées*. Pour lui, c’est le traumatisme qui qualifie

en premier lieu l'événement personnel du sujet : cet événement externe, qui est cernable et datable, devient subjectivement fondamental du fait des affects pénibles qu'il déclenche. Leur datation peut devenir de plus en plus reculée au fur et à mesure que l'investigation (l'anamnèse) et l'intervention analytique (l'interprétation) s'approfondissent.

Dès lors, l'idée du *traumatisme*, ainsi que celle de l'*événement traumatique* ne va plus quitter son œuvre : elle en devient l'un de ses « fils rouges » et ceci jusqu'au terme de son parcours théorique, puisque dans l'un de ses ouvrages testamentaires, *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1939), il est conduit à brosser une véritable « *vue d'ensemble* » sur la question du traumatisme.

Simplement entre la conception du traumatisme du début de son œuvre (celle des *Etudes sur l'hystérie*, 1895) et celle dont il fait état dans *L'homme Moïse* (1939), le concept même de *traumatisme* va très sensiblement se modifier et changer ainsi de nature, de qualité et de finalité au regard du fonctionnement psychique (de vertex). Par exemple, alors que dans le cadre de la première topique (la *première théorie des pulsions*), le traumatisme se référait au *sexuel* et au *fantasme* (au fantasme d'ordre sexuel), étant ainsi intimement lié à la *théorie de la séduction*, aux lendemains du tournant des années 1920 (à partir de *Au-delà du principe de plaisir*), dans le cadre de la seconde topique (la *seconde théorie des pulsions*), le concept de *traumatisme* devient un concept emblématique (métaphorique) des apories économiques de l'appareil psychique : le traumatisme représente une « *effraction du pare-excitation* » et l'*Hilflösigkeit* - la « détresse du nourrisson » - qu'il entraîne devient le paradigme

de l'angoisse par débordement, lorsque le signal d'angoisse ne permet plus au moi de se protéger de l'effraction quantitative, qu'elle soit d'origine externe ou interne.

Dès lors, la notion de *traumatique* (c'est-à-dire l'excès et le quantitatif) vient s'adjoindre au concept de *traumatisme* dans son sens large. Un peu plus tard, à partir de *Inhibition, symptôme, angoisse* (1926), S. Freud, dans le cadre de sa nouvelle théorie de l'angoisse, va mettre l'accent sur le lien entre le traumatisme et la *perte d'objet*.

Mais ce sera surtout dans *L'homme Moïse* (1939) (l'un de ses tous derniers textes) qu'il est conduit à souligner le fait que les expériences traumatiques peuvent être des atteintes *précoces du moi* et qu'elles peuvent ainsi être des blessures d'ordre *narcissique*.

On peut distinguer chez Freud, trois grands moments d'élaboration qui sont autant de *tournant*, facteurs de *changements*, sur le plan de la *métapsychologie* :

— La *première période* s'étend de 1895 à 1920. Passé le *premier moment* où S. Freud établit que le modèle de l'action séductrice traumatique se réfère au modèle de l'*après-coup*, et que l'abandon de la « *neurotica* » (1897) cède la place à l'*action séductrice interne* du fantasme, apparaît, à partir de 1905, un *second moment*, qui correspond à la découverte et au développement des théories sexuelle infantiles. Tous les traumatismes et les conflits psychiques sont alors envisagés en référence aux fantasmes inconscients, ainsi qu'aux fantasmes originaires (séduction, castration et scène primitive), comme aux angoisses afférentes qui tissent la réalité psychique interne et permettent d'asseoir les

schèmes de l'organisation œdipienne (tant positive que négative), ceci en articulation avec le narcissisme, l'homosexualité et l'identification. Dans cette même période est aussi discutée, notamment à propos de *l'Homme aux loups* (1918 [1914]), la question du poids de la réalité au regard du fantasme inconscient comme facteur traumatique.

- À partir de 1920, S. Freud envisage le traumatisme comme directement lié aux apories économiques de l'appareil psychique : contrairement à l'excès de séduction externe ou interne qui caractérisait la période précédente, le traumatisme est dorénavant lié à un défaut du pare-excitation (*Au-delà du principe de plaisir*, 1920). L'angoisse de castration, angoisse signal à visée protectrice, est remplacée dans ce nouveau paradigme par l'*Hilflosigkeit* - la détresse du nourrisson qui désigne la paralysie du sujet face à une effraction quantitative, véritable « effroi » d'origine externe ou interne. La traduction clinique de ce modèle est la *névrose traumatique* dont le moteur est la *compulsion de répétition*. Peu après, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), S. Freud modifie sa théorie de l'angoisse en mettant l'accent sur le lien entre le traumatisme et la *perte d'objet*, introduisant dès lors la question, ultérieurement centrale en psychanalyse, des liens à l'objet.

- À la fin de son œuvre, dans *L'Homme Moïse* (1939), S. Freud évoque la conception du traumatisme dans ses *liens au narcissisme* : une blessure narcissique, dont l'inscription psychique a valeur de *trauma*. Du fait des *blessures d'ordre narcissique*, les expériences traumatiques, originellement constitutives du fonctionnement psychique et de son organisation, peuvent dès lors entraîner des *atteintes précoces du Moi*. De plus,

S. Freud envisage deux *destins* possibles du traumatisme : l'un *positif* et *organisateur* qui permet, par à-coups successifs, « répétition, remémoration, élaboration » ; l'autre *négatif* et *désorganisateur*, qui crée une *enclave dans le psychisme* (« un État dans l'État »), véritable *clivage* qui empêche toute transformation processuelle ; le traumatisme devient alors *destructeur*. Avec l'ensemble de cette description (atteinte précoce du Moi, blessure narcissique, clivage, etc.), on passe de la question du traumatisme, inhérent à l'organisation psychique et au développement du complexe d'Œdipe, à celle du *trauma*.

Théories du traumatisme chez S. Ferenczi

Parmi les avancées des contemporains qui s'inscrivent directement dans l'héritage de l'œuvre de S. Freud, celles de S. Ferenczi le font apparaître comme un véritable précurseur dans l'étude des « cas limites » et résonnent encore aujourd'hui d'une étonnante modernité.

À partir de son écoute clinique extrêmement féconde et originale, S. Ferenczi a développé une « *pensée clinique* » totalement novatrice de ces conjonctures complexes et hétérogènes, dont les structures multiples, mal définies, présentent des altérations du Moi avec des défauts de la symbolisation, ainsi que des troubles de la pensée, secondaires aux avatars de l'amour et de la haine primaire.

Ses intuitions cliniques l'ont conduit à découvrir l'importance du *trauma* comme conséquence *traumatique* des *traumatismes primaires*, lesquels peuvent entraver le processus de liaison

pulsionnelle ou bien organiser une défaillance dans la constitution du narcissisme et entraîner d'importantes carences représentatives ; ceci ayant comme conséquence, lors du traitement psychanalytique, de voir apparaître soit des transferts passionnels, soit des dépressions de transfert ou des réactions thérapeutiques négatives, voire des impasses, tous témoins de l'importance de la destructivité psychique à l'œuvre.

L'ensemble de ses écrits techniques et théoriques, publiés entre 1927/1928 et 1933, continuent à marquer de leur sceau la métapsychologie. Communément admises ils font aujourd'hui partie des outils théorico-cliniques dont dispose l'analyste pour son travail quotidien. Etablis à partir de son expérience de la cure - ce dont le *Journal Clinique* (janvier-octobre 1932) rend compte avec un souci d'honnêteté et de remises en question peu communs -, ils ont comme visée le souci de cerner au plus près les réponses contre-transférentielles et techniques qui se posent face aux interrogations liées aux impasses transférentielles rencontrées, au jour le jour, dans les traitements des conjonctures difficiles et/ou « aux limites », témoignant ainsi de son intuition féconde quant au double fonctionnement de la personnalité, psychotique et non-psychotique.

C'est ici que l'on peut prendre la mesure du génie de S. Ferenczi, dont la *pensée clinique* va préfigurer de nombreux développements apportés par certaines des grandes figures de la psychanalyse après lui, entre autres, M. Balint (1968), D.W. Winnicott (1965, 1974).

Concernant sa contribution à l'établissement d'une théorie du *trauma*, S. Ferenczi a proposé que l'origine de celui-ci n'est pas seulement liée aux conséquences d'un fantasme de séduction,

mais aux avatars d'un certain type de destin libidinal lié aux *expériences primaires du sujet avec l'objet*, lesquelles - du fait de la « confusion de langue » entre le langage de la tendresse de l'enfant et le langage de la passion de l'adulte (*Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, 1933) - peuvent prendre la valeur d'une excitation sexuelle prématurée.

Ce type d'expérience, du aux réponses inadaptées d'un objet défaillant face aux situations de détresse de l'enfant - l'objet étant soit trop absent, soit trop présent (devenant un objet « en trop » qui marque d'une empreinte quantitative excessive la constitution de l'objet primaire interne) -, viendrait empiéter sur le psychisme naissant de l'enfant et compromettrait la constitution de sa psyché, ceci mutilant à jamais son Moi tout en le maintenant dans un état de détresse primaire (*Hilflosigkeit*) qui peut se réactiver sa vie durant.

Ainsi la conception du *traumatisme* change-t-elle de vertex car, si celui-ci a pu se présenter comme de type sexuel, il s'inscrit, en fait, dans une expérience avec l'objet, non pas au regard de ce qui a eu lieu, mais de *ce qui n'a pas pu avoir lieu* : une *expérience douloureuse négativante* qui entraîne une « auto-déchirure » (un *clivage auto-narcissique*), ce qui transforme brutalement « la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique » (*Réflexions sur le traumatisme*, 1934).

Ce *clivage* entraîne une évacuation / expulsion / extrojection d'une partie du Moi ; cette partie du Moi laissée vide est remplacée par une identification à l'agresseur, avec des affects de type « terrorisme de la souffrance » ; la partie expulsée/extrojectée du Moi devient alors omnisciente, omnipotente et désaffectivée.

Comme l'écrit Ferenczi, le sujet *clive* sa « propre personne en une partie endolorie et brutalement destructrice, et en une autre partie omnisciente aussi bien qu'insensible. »

Le *clivage narcissique*, à l'origine des « effets négatifs » du trauma que Freud évoque dans *L'Homme Moïse*, a donc pour conséquence, du fait de l'intériorisation d'un objet primaire défaillant, « non fiable » et ainsi « non comblant », d'entraver le processus de la liaison pulsionnelle, de créer des défaillances lors de la constitution du narcissisme (non-contenance de la barrière pare-excitante), ce qui entraîne d'importantes carences représentatives qui, mutilant à jamais le Moi, engendrent une détresse primaire douloureuse pouvant aller jusqu'au désespoir.

On considère aujourd'hui que la pensée clinique de S. Ferenczi préfigure celles développées par quelques auteurs de la psychanalyse, et, entre autres, par M. Balint (1968) ou D.W. Winnicott (1965, 1974).

Quelques auteurs : D.W. Winnicott, M. Khan, S. et C. Botella, C. Janin

1 / Pour **D.W. Winnicott**, qui prolonge donc les propositions de S. Ferenczi, le *trauma* est en relation avec la *dépendance* et la *temporalité*.

Le traumatisme est un « *échec* » en rapport avec la *dépendance* (D.W. Winnicott, 1965), car « il rompt l'idéalisation d'un objet au moyen de la haine d'un individu, en réaction au fait que cet objet

n'a pas réussi à atteindre sa fonction » ; il provient de « l'effondrement dans l'aire de confiance à l'égard de "l'environnement généralement prévisible" ».

Ici, D.W. Winnicott décrit une mère aux prises avec une difficulté à utiliser librement son ambivalence, ainsi que sa haine (active et passive), à l'égard de son enfant. Elle ne parvient pas à jouer son rôle dans le « processus de désillusion » qui doit succéder au temps premier où sa fonction est de « donner l'occasion au nourrisson d'avoir une expérience d'omnipotence » Le traumatisme est le fait d'une « intrusion trop soudaine ou imprévisible d'un fait réel », entraînant chez l'enfant un sentiment de haine réactionnelle qui « brise l'objet idéalisé ».

Le *trauma* est aussi en lien avec la *temporalité*. Dans certaines situations extrêmes, c'est le passage de l'angoisse à la douleur, puis le passage, difficilement réversible de la douleur à l'agonie qui entraîne une angoisse catastrophique : « Après x + y + z minutes, le retour de la mère ne répare pas l'altération de l'état du bébé. Le traumatisme implique que le bébé a éprouvé une coupure de la continuité de son existence, de sorte que ses défenses primitives vont dès lors s'organiser de manière à opérer une protection contre la répétition d'une « angoisse impensable » (*unthinkable anxiety*) ou contre le retour de l'état confusionnel aigu qui accompagne la désintégration d'une structure naissante du moi » (Winnicott, 1971). C'est cela même qui doit conduire l'analyste à procéder ultérieurement à l'inscription de l'expérience qui n'a pu avoir lieu : « La réponse par le contre-transfert est celle qui aurait dû avoir lieu de la part de l'objet » (Green, 1974).

2 / Chez **Melanie Khan** (1974), le concept de *traumatisme cumulatif* rend compte du fait que les défaillances de la mère,

dans son rôle de barrière pare-excitante

protectrice, ne sont pas traumatisantes au « moment même et dans le contexte où elles interviennent » ; elles ne le deviennent, rétrospectivement, que si « elles s'accumulent silencieusement et imperceptiblement ».

3 / Partant de l'idée qu'au sein du psychisme il existe des *zones de non-représentation* qui participent au fonctionnement psychique inconscient, **S.** et **C. Botella** (1989 ; 1995) postulent que la *non-représentation* qui en résulte serait ressentie par le Moi comme un excès d'excitation traumatique. De plus, ils avancent l'idée que le modèle du traumatisme infantile ne correspondrait pas à celui du traumatisme de guerre, déclenché par *l'intensité d'une perception qui fait effraction dans la barrière pare-excitante*, et dont la *répétition* dans la névrose traumatique serait une première *tentative de liaison*. Ce qui, pour eux, caractériserait le traumatisme infantile, c'est *l'incapacité à se représenter* - à rendre psychique - un *état* qui, du coup, demeure à *l'état perceptif non-lié*, excédant d'énergie, mais incapable de déclencher une névrose traumatique.

Ainsi, le *traumatisme infantile* serait de l'ordre du *négatif* : une absence de contenu dans la perception, et non une perception avec un contenu traumatique. S. et C. Botella font dès lors l'hypothèse que le fondement négatif de tout trauma infantile réside dans *l'impossibilité de l'enfant de se représenter non-investi par l'objet*, c'est-à-dire dans l'irreprésentable de sa propre absence dans le regard de l'autre. Ainsi, ce qui, du point de vue de l'enfant, aurait dû arriver - son investissement par l'objet - n'est pas arrivé : ce qui a déjà eu lieu sans être éprouvé par le sujet, renvoie à des impressions de désinvestissement du sujet par

l'objet primaire.

4 / Pour **C. Janin** (1996), une figure majeure du traumatisme se constitue lorsqu'il y a « détransitionnalisation de la réalité », c'est-à-dire lorsque le sujet ne peut plus distinguer ce qui relève du fantasme de ce qui relève de l'événement. Cette indistinction topique, venant empiéter la réalité, surgit lorsque le sujet se trouve confronté à un événement qui réduplique un fantasme inconscient. Dans cette « malheureuse rencontre » entre *fantasme* et *événement*, l'espace psychique et l'espace externe communiquent de telle sorte que l'appareil psychique ne peut plus remplir son rôle de contenant du monde interne. Pour l'auteur, il se crée un *collapsus de la topique interne* et le sujet ne sait plus quelle est la source de son excitation, ni si elle est d'origine interne ou externe. Les conséquences en seront une désorganisation de « l'épreuve de réalité », de « l'épreuve de la différence » ainsi que d'une certaine forme de secondarité, qui grèveront l'organisation de l'Œdipe et des conflits œdipiens.

Traumatisme, traumatique, trauma

En m'appuyant sur l'évolution du concept de *traumatisme* chez S. Freud, ainsi qu'aux apports de S. Ferenczi concernant le *trauma*, je propose donc de différencier les trois termes *traumatisme*, *traumatique* et *trauma*, en leur attribuant des valences différentes au regard de l'organisation psychique et des paramètres auxquels nous confrontent ceux-ci, notamment lors de la cure psychanalytique.

1 / Le *traumatisme* se réfère à la conception générique du

concept, laquelle renvoie à la *théorie* de la *séduction* et au *sexuel*. Son aspect essentiel concerne la capacité « attractrice » de la force pulsionnelle qui *organise* la vie fantasmatique du sujet et qui, de ce fait, articule la représentation de l'événement traumatique à la structuration des fantasmes originaires : fantasmes de séduction, de castration et de scène primitive. En ce sens, il représente un *pivot organisateur* de l'objet interne, des fantasmes inconscients et des processus de symbolisation. Ce type de traumatisme, secondarisable et secondarisé, préside à l'*organisation* d'un fonctionnement de type *névrotique*, régi essentiellement par l'*après-coup*. Lors de la cure, le noyau traumatique de la névrose infantile devient le *moteur* du conflit psychique et du déploiement de la « névrose de transfert ».

Quand s'opère une rencontre brutale entre le fantasme inconscient et la réalité externe (l'événement traumatique), le traumatisme peut être potentiellement *désorganisateur*, car l'abolition des barrières entre le dedans et le dehors (l'externe et l'interne) provoque un *collapsus topique*, qui entraîne une désorganisation de « l'épreuve de réalité », de la « fonction de censure » (refoulement), comme de la « transitionnalité ».

Du fait du « télescopage » entre la réalisation interne des fantasmes inconscients et la réalisation externe du désir, l'action désorganisatrice du traumatisme ne porte pas sur le primat du principe de plaisir/déplaisir, mais sur la motion pulsionnelle dont le libre cours vers les formations préconscientes et conscientes se trouve barré. C'est ce *barrage* qui est *potentiellement traumatique*.

2 / Le *traumatique* vient désigner l'aspect plus spécifiquement économique du traumatisme, en relation à l'impréparation, ainsi

qu'à un défaut de pare-excitant. Ce *principe économique* – lequel, chez S. Freud, s'inscrit à partir de l'*Au-delà du principe de plaisir* (1920) dans la seconde théorie des pulsions (seconde topique) –, entraîne un type de fonctionnement psychique à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à *empreinte traumatique* ou *en traumatique* propre à la *névrose traumatique*, entité clinique qui devient le paradigme de l'*Hilflosigkeit*.

On retrouve le traumatique dans l'immense champ qui va des « névroses de guerre » aux pathologies consécutives aux catastrophes sociales, ou naturelles, survenues au cours de la vie du sujet, ou de ses ascendants.

Le fonctionnement en traumatique a comme caractéristique une visée anti-traumatique, tout en répétant le traumatisme : une lutte contre « l'effroi » (*Schreck*) en répétant « l'effroi », « effroi » dont le psychisme garde toujours un reste non abrégé et non élaboré, quelles que soient les capacités de liaison et de figurabilité.

3 / Le *trauma* vient désigner essentiellement l'action *négative* et *désorganisatrice* de l'action traumatique. Cette action *attaque le processus de la liaison pulsionnelle*, négativant ainsi l'ensemble des formations psychiques.

Pour S. Freud, le *trauma* est une atteinte précoce du Moi, « blessure d'ordre narcissique » qui peut donner lieu à des « zones psychiques mortes » à l'intérieur du Moi, un « État dans l'État ». Il engage cruellement le rôle de l'objet, ou de l'environnement, dès un âge très précoce, parfois avant l'acquisition du langage, pouvant être lié autant à des situations de détresse qu'à des situations d'agonie.

Du fait des réponses inadéquates et disqualifiantes de l'objet qui ne peut ni « contenir », ni « métaboliser », ni « lier » la décharge pulsionnelle par une action fantasmatique, l'*Infans* se voit en proie à un état de « terreur » et « d'effroi », faute de capacité à introjecter la poussée pulsionnelle. L'intensité du trauma court-circuite alors les mécanismes du refoulement, et renforce les mécanismes de déni et de clivage, d'identification projective pathologique, de fragmentation, etc.

Ce qui est ainsi désigné par le *trauma*, intéresse la nature de l'identification primaire et le destin des relations préobjectales, en articulation avec les catégories de l'organisation œdipienne. Les modalités, les apories, voire les échecs de cette articulation situent le concept de *trauma* au centre de la clinique analytique contemporaine.

Ainsi, on peut distinguer les traumatismes qui favorisent le développement de l'Œdipe, de ceux qui défavorisent l'organisation œdipienne et les conflits qui s'y réfèrent :

- Les *traumatismes* qui s'avèrent *organiseurs* et *structurants* sont en rapport aux troubles de la secondarité du fonctionnement psychique (processus secondaire) : inhérents à la constitution psychique, ils étayent le fonctionnement psychique et la gestion des conflits sous l'égide du « *principe de plaisir/principe de déplaisir* ». Soutenus par les fantasmes originaires (*séduction, castration, scène primitive*), ils sont souvent secondaires à une perte objectale, laquelle peut prendre la valeur d'une perte d'ordre narcissique dont le deuil, ou le dépassement, n'a pu être possible, ou réalisé, au temps de l'infantile et de l'organisation psychosexuelle de l'enfance.

— Ils contrastent et se différencient des *traumas*, lesquels sont en relation à un fonctionnement en « *au-delà du principe de plaisir* » et qui perturbent gravement l'organisation même de l'économie pulsionnelle et de la symbolisation ; ils sont d'autant plus *désorganiseurs* qu'ils sont précoces (parfois même avant l'acquisition du langage) : survenant au temps de l'originaire et des relations primaires, ils dérivent des distorsions alors instaurées avec un objet (la mère, ou son tenant lieu) qui n'a pu assurer une véritable continuité d'investissement et une disponibilité psychique suffisante pour recevoir, mais surtout transformer, les projections (tant positives, que négatives) d'un psychisme en voie de développement.

Exemples cliniques

Un premier exemple s'appuie sur un traumatisme de type sexuel de l'enfance, lié à la fois à l'impact traumatique des excitations liées à la scène primitive en relation à une menace de castration, en l'occurrence proférée par la mère. Cette vignette est celle proposée par S. Freud dans *L'homme Moïse* au sous-chapitre de son ouvrage intitulé « Analogie ».

Le traumatisme dont il est question ici pourrait être un exemple de traumatisme pris dans une triangulation, donc apparemment secondarisé et organisateur. Bien entendu la question du trauma lié à une blessure narcissique peut être aussi discuté - même s'il n'en est pas apparemment question sous la plume de S. Freud (qui le rend à l'évidence implicite, mais dont le désir est d'illustrer ce qui, pour lui, est le schéma avec lequel il introduit le paragraphe qui va suivre « Analogie » et qui s'intitule « Application », à savoir le développement d'une névrose selon le modèle *Bloc Trauma*

précoce/défense - phase de latence - apparition de la névrose - retour partiel du refoulé).

Un petit garçon qui partageait la chambre de ses parents avait eu à de nombreuses reprises l'occasion d'assister à leur scène primitive (bruits inclus) ; ceci l'excite et entraîne des pollutions spontanées, des insomnies et une sensibilité aux bruits nocturnes ; non seulement le patient se masturbera, mais il manifestera son excitation par des agressions de type sexuelles sur sa mère (identification au père) ; il s'en suit une interdiction maternelle de se « toucher », car si cela devait se prolonger elle le rapporterait au père qui, alors, s'il l'apprenait, lui couperait son « zizi », ceci entraînant un « traumatisme » chez l'enfant ; il renonce ainsi à se masturber, mais il va changer de caractère, car au lieu de rester actif / agressif, il va avoir un comportement passif vis-à-vis de sa mère et va aussi se mettre dans la position de « l'enfant battu », attendant des corrections de la part de son père (équivalent sexuel = s'identifie ainsi la mère dans la position d'une femme maltraitée) ; dès lors, il s'accrochera à sa mère, comme si elle lui permettait de se protéger de la castration paternelle et c'est dans cet état d'esprit et un Complexe d'Œdipe inversé, qu'il aborde la phase de latence... Dès son entrée dans la puberté il craint une impuissance sexuelle, son pénis ayant « perdu sa sensibilité » ; il s'ensuit un onanisme alimenté par des fantasmes sado-masochiques qui traduisent sa haine furieuse contre le père et une insubordination à son égard, pouvant aller jusqu'à une autodestruction ; ultérieurement ses capacités professionnelles vont s'avérer décevantes et il entretiendra des relations conflictuelles avec ses supérieurs : après la mort du père il se marie, devient tyrannique (despotique, brutal - identification à l'agresseur), ceci étant lié au retour du refoulé.

Le second exemple est tiré d'un document clinique unique et très touchant d'un psychanalyste anglo-saxon, Harry Guntrip, lequel, quelques années avant sa disparition réélabore ses deux analyses, l'une faite en premier avec Ronald Fairbairn, puis dans un second temps avec D.W. Winnicott. Ce compte rendu de l'analyse avec D.W. Winnicott concerne un *trauma primaire* (en relation avec un objet primaire défaillant) dont l'expression va se traduire au travers d'un souvenir écran à savoir « *la mort du petit Percy* », souvenir écran de l'âge de ses trois ans et rapporté ainsi par l'auteur :

« Les sept premières années de ma vie [...] correspondirent à la période la plus troublée de mon existence [...] J'avais deux ans à la naissance de Percy et trois ans et demi quand il mourut ; il s'ensuit une description d'une mère qui, très tard dans sa vie, avouera à son fils qu'elle n'aurait « jamais due se marier, ni avoir d'enfants [...] ni même jamais avoir compris les enfants, car elle ne les "supportait pas" ».

Le souvenir écran est celui-ci :

« Elle (la mère) me raconta qu'à trois ans et demi j'étais entré dans la pièce où elle était et que j'avais vu Percy étendu, mort et nu sur ses genoux. Je m'étais précipité, j'avais saisi Percy dans mes bras en disant : "Ne le laisse pas partir. Tu ne le reverras jamais". Elle m'a fait sortir de la pièce. Je fus alors atteint d'un mal mystérieux. On me crut perdu [...] Le souvenir de cette période était totalement refoulé et l'amnésie persista tout au long de ma vie, au cours de mes deux analyses, jusqu'à l'âge de mes soixante-dix ans, c'est-à-dire jusqu'à il y a trois ans. Mais ces faits restaient vivants en moi et ressurgissaient sans

être reconnus, dans des évènements analogues, très espacés. »

[En fait des « épuisements », notamment en relation avec des personnages investis qui pour une raison ou une autre disparaissaient de son champ relationnel.]

De sa première analyse avec R. Fairbairn, H. Guntrip rapporte qu'il a pu analyser ses liens avec la « mauvaise mère »... R. Fairbairn, très âgé à l'époque, tombe malade et l'analyse qui ne pouvait être poursuivie (et que H. Guntrip souhaite interrompre aussi de ce fait) se termine avec l'interprétation suivante :

« Je crois que depuis ma maladie, je ne suis ni votre bon père, ni votre mauvaise mère, mais votre frère mourant sur vous... »

De sa seconde analyse avec D.W. Winnicott, dans les détails desquels je ne rentrerai pas, H. Guntrip rapporte qu'elle le conduit au rétablissement de l'imaginaire d'une mère « suffisamment bonne », tout en ayant analysé que ce n'était pas seulement « l'effondrement » ressenti après la mort de Percy (en « identification » à son frère mort) mais aussi la « crainte de rester seul avec une mère incapable de le garder' (de s'occuper de lui)... Bref l'analyse se termine, mais H. Guntrip n'a toujours pas véritablement retrouvé la trace des souvenirs personnels concernant la vie et la mort de Percy (en fait, la levée de son amnésie infantile)... Voilà qu'il apprend que D.W. Winnicott, dont la santé était fragilisée depuis quelque temps, meurt... S'ensuit une série de rêves dont le premier était à ses yeux « *saisissants* » :

« Je vis ma mère, noire, immobile, regardant fixement devant elle, m'ignorant complètement, alors que j'étais assis à côté d'elle, la regardant, me sentant comme gelé dans mon immobilité. »

Après celui-ci d'autres rêves surgirent :

« Dans un rêve, âgé de trois ans, j'étais reconnaissable et me tenais au landau où se tenait mon frère qui avait à peu près un an. J'étais tendu, regardant anxieusement ma mère à ma gauche, pour voir si elle faisait attention à nous. Mais elle regardait fixement au loin, nous ignorant, comme dans le premier rêve de cette série. »

S'ensuit un autre rêve :

« J'étais avec un autre homme, mon double et tous les deux nous cherchions à atteindre un objet mort et à nous en saisir. Soudain, l'autre homme s'affaissa comme une masse. Immédiatement le rêve changea. C'était une pièce éclairée où je vis de nouveau Percy. Je savais que c'était lui, assis sur les genoux d'une femme qui n'avait ni visage, ni bras, ni seins. Elle n'était plus qu'un giron où s'asseoir, pas une personne. Il avait l'air terriblement malheureux, le coin de sa bouche étaient abaissés, j'essaie de le faire sourire... »

H. Guntrip va décrire à ce moment-là la redécouverte du « souvenir de son effondrement » lorsqu'il voit son frère mort... Mais à ses yeux, il fait plus - et c'est là le *moment important de son témoignage* - car il dit que grâce à ces rêves il était revenu à « une période antérieure à la mort de Percy... à son *effondrement*

(conséquence d'un trauma primaire) : grâce à l'analyse, D.W. Winnicott a permis - après la fin de l'analyse et sa disparition - à H. Guntrip (à la faveur de cette disparition) de lui permettre de « rétablir une relation vivante avec cette partie du moi antérieurement perdue et qui était tombée malade en raison de la défaillance de ma mère à mon endroit. *En prenant sa place à elle, lui, Winnicott, a rendu possible le souvenir de la mère dans une reviviscence effective et onirique de son détachement schizoïde paralysant* ».

On pourra voir ici les prémisses de ce que l'on trouve sous la plume d'A. Green, concernant ce qu'il a appelé une conjoncture de « mère morte » - une dépression primaire - ici, chez H. Guntrip un état « d'effondrement' précoce - qui se révèle, après de très nombreuses années d'analyse par une « dépression de transfert'.

Qu'est-ce que la psychothérapie analytique ?

Telle est la question que pose H. Guntrip et à laquelle il tente de répondre dans son témoignage :

« C'est à mon sens l'apport d'une relation humaine et compréhensive qui permet de prendre contact avec l'enfant traumatisé, profondément refoulé et qui rendra l'individu capable de mieux vivre, assuré qu'il sera d'une nouvelle relation réelle, avec l'héritage traumatique des premières années de formation qui s'infiltré ou fait irruption dans la conscience. »

Trauma et situation analytique

Aujourd'hui, nous sommes fréquemment conduits à prendre en traitement des organisations psychiques dont la *dimension traumatique* liée à des *traumatismes primaires*, des *traumas*, nous confronte à des souffrances identitaires en rapport à des zones psychiques de fragilité structurelle extrêmement dissociées, douloureuses, qui soumettent le fonctionnement psychique à d'importants clivages.

La situation analytique entraîne chez ces patients des régressions désorganisantes qui peuvent déboucher sur des « angoisses de mort psychique » suscitant des souffrances telles que la symbolisation s'en voit profondément déstructurée. Ces régressions témoignent alors d'une dispersion des repères identitaires, d'une disparition immédiate des contenants psychiques et, avec eux, des liens porteurs de sens.

On est alors confronté à une expression particulièrement intense de l'aspect *destructeur* du « travail du négatif » (A. Green, 1993) qui conduit l'*échange analytique* à être dominé par des modes de relation qui vont de la *persécution* au *désespoir*. Dans de tels moments, l'intensité de la pulsion de destruction entraîne chez le sujet une douleur tellement insupportable d'exister, comme d'être en lien, que l'ensemble de l'économie pulsionnelle en est infléchie. L'*objet*, en raison de son altérité, comme le *lien à l'objet*, en raison du sentiment de dépendance, deviennent facteurs de *danger pour le narcissisme*.

Dès lors, le processus interprétatif ne peut plus s'occuper du contenu fantasmatique porteur de sens et moteur des processus

associatifs, mais doit, avant toute chose, rétablir un objet contenant et *pare-excitant*, sinon l'établir pour la première fois. Conduit à porter toute son attention sur la *dimension narcissique du transfert* et de ses aléas, le psychanalyste, dans son travail de contre-transfert, se devra d'être particulièrement vigilant à maintenir une certaine continuité psychique, garante d'une contenance qui a, autrefois, fait cruellement défaut.

Conférences de Sainte-Anne

27 mai 2013

Résumé

Ce texte a pour objet de rappeler les lignes essentielles des avancées de S. Freud et de S. Ferenczi concernant la question du *traumatisme*, du *traumatique* et du *trauma*, ceci en rapport avec les capacités organisatrices ou désorganisatrices de ces conjonctures psychiques au regard du / des conflit(s) œdipien(s).

Des traumatismes invisibles ou Par manque de réalité

Auteur(s) : François Duparc

Mots clés : après-coup - mélancolie - objet (perte) - pare-excitations - réalité (manque) - réalité (psychique/interne) - trauma/traumatique/traumatisme

Je pense que vous n'aurez pas manqué de remarquer que mon titre était un peu obscur. C'est en partie volontaire. Il faut dire qu'en tant qu'analyste, je suis souvent un peu attristé par la façon dont on sert le traumatisme à toutes les sauces dans les médias, les journaux et les informations. Un traumatisme, c'est quelque chose qui se voit, qui se montre, et qui s'exploite. Les scientifiques, eux, ne connaissent que le stress : simple, évident, mesurable. Mais pour le psychanalyste le traumatisme est une chose des plus mystérieuses qui soient.

Le traumatisme, c'est un peu comme la réalité, qui ne se laisse pas saisir si aisément. Des scientifiques, des physiciens tels que Bernard d'Espagnat ont même parlé de "réalité voilée". Et en effet, quelle est la réalité d'un photon, d'un quark ou d'un trou noir ? Eh bien, le psychanalyste lui aussi revendique l'idée que la réalité, ce n'est pas si simple, cela ne tombe pas sous le sens. L'inconscient, l'habitude, l'idéologie, le consensus social, tout se ligue pour nous imposer des réalités évidentes, mais qui masquent des phénomènes plus complexes que ce que la raison ou la perception réaliste veulent nous faire croire.

Je vais tout de suite vous donner **un exemple-type** de traumatisme, pour vous faire entrevoir ce dont je veux parler sans tomber dans l'abstraction théorique. Passe encore que mon titre soit obscur, mais je ne veux pas vous traumatiser davantage.

Imaginons un homme de la quarantaine, client peu probable pour la psychanalyse, car réaliste, ayant peu l'habitude de se remettre en question, mais qui accepterait tout de même de rencontrer un psychanalyste. Ce serait par exemple un cadre consacrant sa vie à son entreprise, et au fait de bien gagner sa vie. Parmi ses réticences à venir, il y aurait d'abord le fait que l'analyse, ça coûte

cher, et qu'on ne sait pas très bien à quoi ça sert. L'analyste n'est pas très à l'aise avec ce genre de sujets, qui sont souvent des handicapés de l'imagination, comme me disait l'un d'entre eux. Il s'agit en général d'un type de personnalité assez affirmée, hyperadapté à la réalité, donnant une impression de force et de normalité.

Face aux questions précises qu'on lui réclame (de préférence à toute forme de rêverie) en poussant un peu l'interrogatoire, l'analyste découvre parfois des faiblesses inattendues : ainsi, un patient que j'ai connu avait tout d'un coup déclenché une névrose d'angoisse impressionnante, après avoir échappé de peu à l'incendie du tunnel du Mont-Blanc. Un autre, appartenant au même profil psychologique, avait eu une frayeur intense lors du tremblement de terre qu'il y a eu il y a quelques années dans la région qu'il habitait. Pas de morts, mais beaucoup de dégâts légers. La région n'avait jamais connu de tremblements de terre, et de nombreux habitants avaient eu assez peur. Mais cet homme, qui semblait toujours solide comme un roc à son entourage, à sa femme en particulier qui se plaignait de son manque d'expression affective, avait passé toute la nuit terrorisé, voyant sa mort prochaine, la fin du monde, etc.

Voilà de beaux exemples de traumatismes, n'est-ce pas ? Pourtant, il y a tout de même deux remarques à faire. D'abord, les réactions que j'ai évoquées sont disproportionnées par rapport à l'événement lui-même (un incendie auquel on n'a pas réellement assisté dans le premier cas, un tremblement de degré cinq sur l'échelle de Richter, sans réels dégâts matériels chez le second patient). Ensuite, il s'agit bien de ce que j'appelle des traumatismes invisibles. Car, dans tous les cas auxquels je pense,

personne n'avait accordé vraiment d'importance à ces anomalies qui avaient rapidement disparu. Quelques jours plus tard, la vie reprenait son cours, et les sujets ne consultaient pas du tout pour cela.

Il est d'ailleurs fréquent, voire quasiment la règle qu'on ne soit pas consulté pour ces sujets eux-mêmes, mais pour un proche qui souffre à leur place, à l'occasion d'une menace de divorce, par exemple, par une épouse qui se sent délaissée par un mari qui travaille à l'excès, ou encore parce que j'insiste pour rencontrer le père d'un enfant en difficulté scolaire (ce que je fais habituellement). C'est de cette façon, à l'occasion d'une de ces consultations et tout à fait incidemment, qu'on peut découvrir ces incidents, révélateurs d'une dépression masquée ou d'un traumatisme dormant depuis de longues années.

Ainsi, j'ai appris l'incident du tremblement de terre lors d'une consultation avec les parents d'un petit garçon déprimé. Parmi d'autres remarques, j'avançai l'hypothèse que cela traduisait peut-être une dépression latente chez son père, un homme en pleine forme apparente. Cela pouvait aussi expliquer aussi la baisse de son chiffre d'affaire, qu'il invoquait comme raison de ses préoccupations financières. Quant à l'enfant, il s'était identifié au malaise de ses deux parents, en se faisant surtout le révélateur de la dépression masquée de son père. Mon intervention sur le tremblement de terre avait touché un point très symbolique qui frappa cet homme, et le fit réfléchir. Il s'était en effet toujours considéré, et avait été considéré par son entourage comme un pilier, un soutien d'une grande dureté, certes, mais d'une très grande solidité. Mais un jour, le pilier avait tremblé sur ses bases. Sa faiblesse était apparue d'abord à son fils, qui se déprimait, et à

sa femme qui, depuis, envisageait de le quitter.

Lorsque qu'on parvient à faire réfléchir ce genre de consultants occasionnels, il arrive qu'ayant touché un point sensible, ceux-ci se révèlent désireux d'entreprendre une analyse. On en apprend alors davantage sur le vrai traumatisme qui se cache derrière l'incident traumatique manifeste. Chez l'un, on peut découvrir une enfance confinée dans un milieu de femmes, avec une absence d'homme réellement investi - il s'agissait d'un patient qui avait déclenché une névrose d'angoisse après l'ascension d'un volcan en éruption, mais sans réel danger-, chez un autre, c'est une enfance dans une maison isolée par de hauts murs, avec interdiction de fréquenter les enfants du voisinage - comme dans l'exemple du père dont je viens de parler ; le tremblement de terre était donc symboliquement pour lui ce qui menaçait les murs qu'il avait reconstruits peu à peu autour de sa famille, l'isolant comme il l'avait été enfant.

Dans tous les cas, on voit la complexité du vrai traumatisme, invisible, et qui n'est "déniché" par le psychanalyste que comme un noyau de réalité psychique du sujet, bien au-delà de l'aspect matériel, simple facteur révélateur, au sens photographique du terme. Mais, me direz-vous, cette notion ne s'applique qu'aux traumatismes dont l'aspect "réel" ou matériel est assez léger. Ceci n'est pas exact ; chez les sujets pour qui le traumatisme évident est un traumatisme majeur, le problème n'est pas fondamentalement différent - du moins si on veut aller au-delà du simple soutien à l'état traumatique du début, et aider le sujet à dépasser le statut psychique d'un traumatisé à vie, ce qui est davantage un mode de survie qu'une vie véritable.

Je pourrais donner pour exemple le cas d'un homme fait

prisonnier pour son action politique, torturé, et qui n'a dû son salut qu'à la chance et à l'émigration. Chez lui, le traumatisme avait été plus sérieux, et plus visible : il en gardait des séquelles physiques. Lorsqu'il vint faire une analyse, c'était certes pour évoquer cette période de sa vie, dont il avait cependant déjà parlé dans une thérapie, mais il voulait surtout comprendre en quoi son histoire infantile l'avait entravé, et peut-être prédestiné à se sacrifier pour une cause politique, quelle que soit la noblesse de ses motivations. Il en vint peu à peu à considérer que le véritable traumatisme, celui dont il n'avait jamais pu parler à personne, contrairement au premier, c'était celui de son éducation, de sa famille rigide qu'il n'avait jamais pu contester, car chez lui on ne disait jamais rien de sérieux. C'était une prison invisible, dans laquelle il souffrait une torture mentale sans motif apparent : ses parents l'avaient élevé convenablement sur le plan matériel, mais l'atmosphère familiale était étouffante, et on avait toujours rejeté ses espoirs d'enfant, ses initiatives, ses idées et ses sentiments, au nom d'un pessimisme gris et désespérant.

Tous ces exemples font bien ressortir **la complexité** du traumatisme, pour qui ne veut pas s'arrêter à la surface médiatique de l'événement - comme de penser que les intégristes islamiques seraient les seuls responsables de l'effondrement des tours de New York et de la guerre déclenchée par les américains le 11 septembre dernier. Pour l'analyste, en particulier, le traumatisme est un phénomène complexe, dont la plus grande part est invisible comme l'inconscient. Cela est dû à plusieurs raisons théoriques, confirmées par la clinique quotidienne du psychanalyste.

Première de ces raisons : le traumatisme n'est pathogène que

dans l'après-coup. Il faut donc un second traumatisme pour révéler le premier, souvent resté invisible jusque-là. Il ne faut pas oublier non plus que la longueur du développement du psychisme humain rend possible un grand nombre de microtraumatismes, de traumatismes cumulatifs, dont la somme est plus pathogène qu'un seul traumatisme évident.

Seconde raison : l'effraction des filtres psychiques que Freud appelait le pare-excitations, le débordement économique au moment du trauma, créent une lacune dans le psychisme. Cela se traduit par des phénomènes d'hallucination négative, de clivage défensif ou de déni, lesquels masquent souvent le véritable contenu du trauma, dont seule la compulsion de répétition peut faire entrevoir l'origine. Comme si les seules traces du trauma étaient le trou qu'il a laissé dans la psyché.

Mais comme si cela ne suffisait pas, il faut ajouter que le trauma peut aussi venir de l'intérieur, lorsque le sujet attend une expérience que son entourage ne peut lui fournir. Ce peut être une carence criante de l'environnement ; mais ce peut être aussi une défaillance relative à la constitution particulière du sujet, qui exige des rencontres qui ne sont pas possibles dans son contexte familial, par ailleurs pas forcément si pathologique. Ce sont ces traumas-là qui ont été évoqués dans mon titre sous le terme de traumatismes "par manque de réalité".

Développons un peu ces thèmes :

1) selon la première conception de Freud, qui date de ses premières découvertes sur l'hystérie, le traumatisme ne manifeste ses effets pathologiques que dans **l'après-coup** de la puberté, par un nouvel événement qui donne sens à un vécu traumatique plus

ancien situé dans l'enfance. C'est la sexualisation secondaire de l'événement traumatique qui le rend visiblement pathogène : avant cette révélation (au sens photographique) le premier trauma et ses effets sur la psyché sont quasi invisibles. Cette sexualisation est une tentative de lier la rencontre traumatique au moyen de la libido disponible.

Comme on le sait, Freud a cependant dû assez rapidement abandonner sa première théorie traumatique, car il s'est aperçu que beaucoup de patients invoquaient des événements qui n'étaient que des fantasmes projetés dans le passé. Il découvrit que les fantasmes de séduction, de scène primitive ou de castration étaient universels, et ne manquaient pas de se matérialiser dans l'histoire infantile du sujet, sans qu'aucun indice sûr permette de distinguer un événement réel d'un fantasme.

L'événement traumatique en lui-même, du fait de ses conditions d'inscription dans la mémoire, est mal représenté. Les traces mnésiques font l'objet d'un effacement, et lorsqu'elles font retour, elles se situent dans un *no man's land*, une réalité dont on ne sait si elle est intérieure, de l'ordre de la réalité psychique, ou extérieure, de l'ordre de la réalité historique (réalité qu'on a coutume d'appeler réalité extérieure, mais il n'est pas toujours aisé de déceler ce qui appartient au matériel, à la vision de l'événement par l'entourage, ou aux normes éducatives en cours).

Ainsi, lorsqu'un patient schizophrène me dit que son père le battait tous les jours, dans son enfance, il m'est très difficile de savoir ce qu'il en est. S'agit-il d'une réalité psychique délirante, d'une exagération d'une attitude éducative un peu rigide, mais dans les limites de la normale, ou bien d'un fait matériel indiquant la folie du père ? La mère du patient ayant passé sa vie à

s'aveugler sur les défauts de son mari, sa dénégalion à ce sujet ne peut pas plus être prise en compte que lorsque la mère d'un enfant incesté prétend n'en avoir jamais rien su.

Un indice de la réalité des faits peut être fourni par la force de la répétition (tous les jours), mais la seule réalité vraiment certaine, c'est celle de la mauvaise rencontre psychique. Et encore, le vrai traumatisme est toujours comme la forêt cachée par l'arbre invoqué par le patient : l'aveuglement de la mère aux souffrances de son enfant n'est-il pas tout aussi traumatique, voire davantage, que la folie éducative du père ?

2) Dans la suite de son oeuvre, Freud a donc été plus prudent quant à la réalité du traumatisme. Il s'est intéressé aux conditions qui font qu'un traumatisme est vécu comme tel, ses modalités économiques (en termes d'économie psychique). C'est surtout à partir de la seconde guerre mondiale, en réfléchissant avec Ferenczi sur les névroses de guerre, qu'il va développer sa théorie du **trauma comme débordement du moi par l'excitation**. L'absence de préparation, de représentation concernant la situation traumatique, confronte le sujet à une perte de son emprise narcissique sur le monde extérieur, sur le monde des objets. La compulsion de répétition est une façon de tenter, comme dans le jeu répétitif de l'enfant à la bobine (dans *l'Au-delà du principe de plaisir*, en 1920), de rétablir cette emprise par la mise en scène du trauma, d'où les rêves répétitifs des névroses traumatiques.

Dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, en 1926, il suggère que le prototype de la détresse traumatique est le vécu de la naissance, avec une angoisse qui traduit l'*Hilflosigkeit*, l'impuissance originelle de l'enfant privé de toute emprise sur le monde en

l'absence d'un objet secourable. Chaque fois que le sujet, même adulte, est confronté aux limites de sa capacité de défense face à une situation qui le déborde, il va revivre ce traumatisme originaire, et mettre en jeu des défenses primitives, plus archaïques que le refoulement et plus coûteuses en énergie. Ces défenses primaires, Freud les avait évoquées dès 1895, dans ses premières ébauches sur le traumatisme, et sur la mélancolie. Il les reprendra dans les années 30 à propos du clivage du Moi et du déni, face à la perception traumatique de la différence des sexes ou du deuil.

La défense primaire est un mécanisme qui date des débuts de la vie, et qui persiste au-delà dans des conditions exceptionnelles, face à de grandes quantités d'excitations. Elle se traduit par le fait que le sujet, qui a mobilisé toute son énergie pour contre-investir l'afflux d'excitations, refuse de réinvestir la trace de cette expérience de souffrance traumatique. La défense primaire est ainsi une inhibition, soit par pur *contre-investissement* (comme il le dit à propos du refoulement originaire), soit avec le soutien d'un *investissement latéral inhibant*. Deux voies sont possibles : celle de l'hallucination négative d'une part, et celle du déni, de l'investissement fétichique de la perception, de la fixation à des traces mnésiques *latérales* d'autre part. Ce latéral *encadre* l'événement traumatique : ainsi dans le fétichisme, le sujet investit de préférence les à-côtés de la vision du sexe féminin, les sous-vêtements ou les jambes qui ont précédé sa vision de l'insupportable différence du sexe féminin. Dans le deuil pathologique, le sujet se raccroche à des objets qui lui donnent l'impression que le disparu est toujours vivant. Mais par là le sujet se clive, niant la réalité traumatique, ce que Ferenczi étudiera en parlant de la "capacité autotomique" du Moi - en médecine, on

parle aujourd'hui d'*apoptose* - soit sa capacité à se fragmenter pour survivre, quitte à anesthésier et à détacher la partie de lui-même qui a vécu le trauma, et à s'identifier à l'agresseur.

Mais tôt où tard, le besoin du Moi de rétablir son emprise sur la partie clivée va se manifester, par la compulsion de répétition, et la tentative de représentation qu'elle traduit. Le sujet tente de reconstruire son histoire traumatique et de se représenter le "mauvais", l'objet qui l'a abandonné face à l'excitation. Ce n'est pas chose facile, car deux tendances luttent en lui : une tendance positive qui cherche à lier le trauma par la fonction liante de la sexualité, au prix d'une érotisation masochiste de la douleur et de la répétition ; et une tendance négative, qui se contente de décharger à répétition le trauma sans se le représenter, maintenant l'hallucination négative, le déni et le clivage. Dans son *Moïse* (1938), Freud a parlé d'un double aspect, positif et négatif, du traumatisme : l'un contribuant à la représentation de la pulsion, à son élaboration psychique, l'autre au contraire, allié à la pulsion de mort, tendant à vider son énergie.

Certains auteurs, après Freud et Ferenczi, ont évoqué le double aspect, positif et négatif, du traumatisme. Parmi les plus récents, Claude Janin a parlé du traumatisme froid qui se dissimule derrière le traumatisme chaud, sexualisé. Jacques Press a évoqué un traumatisme négatif, dont l'effet se réduit à une non-inscription dans le psychisme. Ces auteurs rejoignent l'ancienne conception de Freud de l'hystérie d'effroi, du traumatisme comme causant un "trou dans le psychisme". Cette expression Freud l'emploie également à propos de la mélancolie, dans les manuscrits qu'il envoie à son correspondant et ami, Fliess.

3) Il y a là un intéressant **lien entre traumatisme et**

mélancolie. Dans la mélancolie aussi, l'objet perdu (dont la perte constitue un trauma) est irreprésentable. Le sujet ne sait pas ce qu'il perd en l'objet, et le deuil ne peut pas être fait parce qu'il est mal représenté, dit Freud dans *Deuil et mélancolie*. Par cette lacune, se produit une hémorragie de la libido. L'ombre de l'objet qui retombe sur le moi, libérant la pulsion de mort, est une trace mal élaborée d'un objet narcissique mal distingué du Moi, dont le deuil est par conséquent impossible. Surtout, comme dans le trauma, cette perte et sa cause sont souvent invisibles au sujet lui-même, ou bien il invoque des causes visibles qui masquent les plus profondes, laissant place à la psychologie simpliste du stress et de la causalité strictement génétique.

Je m'intéresse depuis un certain temps à l'analyse des patients cyclothymiques. Ces sujets investissent leurs objets (leurs proches, leur travail, leur famille ou les groupes, les institutions) comme des soutiens narcissiques, mais ils sont inconscients d'en être dépendants. Cela les rend vulnérables aux déceptions traumatiques : toute modification de l'environnement, même légère, même un événement heureux, prend une valeur traumatique. Ainsi peut-on comprendre les accès déclenchés par un changement de travail, une modification de conjoncture dans les idéaux sociaux ou professionnels, une promotion, un déménagement ou un changement du partenaire, des enfants, etc.

Plus la modification déclenchante est légère, et son origine occultée ou déniée par le patient, plus la crise dépressive ou maniaque paraît mystérieuse à l'observateur, et le défaut biologique est facilement incriminé par le sujet, par son entourage ou par le psychiatre. En fait l'objet qui a le plus traumatisé le sujet est invisible, comme le trauma. Aucun questionnaire, aussi

perfectionné soit-il, ne saurait le déceler : il faut parfois des années de cure pour qu'il se révèle à l'analyste.

En effet, derrière la perte d'un objet actuel, souvent assez inconsistant car choisi pour sa valeur de soutien narcissique plutôt que pour lui-même, se cache l'ombre d'un objet primitif qui a entravé sa représentation, et dont le procès retombe sur le Moi dans la mélancolie. Cet objet primitif est un de ceux qui sont significatifs de l'histoire du sujet, de ceux qui sont nécessaires pour que le sujet, enfant, puisse parvenir à une représentation de son roman familial, de son identité, et de ces liens fondamentaux que forment la mère et l'enfant, le désir et le couple parental, ou l'identification au tiers paternel.

Mais ce traumatisme primaire est difficile à retrouver, car il est pris dans l'hallucination négative, le déni et le blanc de l'irreprésentable. L'agitation maniaque fait partie de cette stratégie d'effacement, et j'ai découvert qu'on peut presque toujours retrouver, à l'origine d'un accès mélancolique, une période d'hyperactivité, d'excitation plus ou moins brève et discrète, qui vise à dénier l'imminence du trauma ou du deuil. Tout peut se résumer à une phase d'hyperactivité professionnelle, sexuelle ou autre, qui peut paraître motivée. D'où l'importance conférée au stress dans les dépressions : un sujet est d'autant plus vulnérable au stress qu'il ne peut évaluer ses risques d'échecs, et s'emploie à un déni hyperactif des obstacles : agir pour ne pas réfléchir. Les phases maniaques sont ainsi riches en déceptions ; et comme le sujet dépense de l'énergie pour dénier la réalité, il n'aura que l'effondrement dépressif, réparateur par le ralentissement de l'activité qu'il impose, pour honorer sa dette.

Reprenons l'histoire de l'homme traumatisé par le tremblement de

terre. Les murs de sa maison sont l' "objet" apparent de sa perte, dans le contexte d'un homme qui doute de ses capacités à entretenir son train de vie. On pourrait mettre sa crise d'angoisse ou sa dépression sur le compte d'un stress professionnel. Mais il n'est pas venu consulter ni pour sa crise d'angoisse qu'il a oubliée, ni pour une dépression : c'est le malaise de ses proches (sa femme, son fils) qui sera le révélateur de sa dépression larvée.

Cette situation aurait pu déboucher sur une vraie dépression mélancolique : lorsque de tels sujets entreprennent une analyse, ils avouent souvent des envies suicidaires anciennes dont ils n'ont jamais parlé. Comme ils ne sont en rien conscients de leur souffrance psychique, ils seraient passé, en cas de suicide, pour des victimes du stress ou de la biologie. Mais au-delà du trauma, de la maison menacée par le séisme, les vrais murs en danger sont ceux du pare-excitations, soumis à un tremblement venu des profondeurs de l'inconscient infantile.

Dans le cas de mon patient, j'appris que lorsqu'il était enfant, ses parents lui interdisaient de jouer avec les enfants du voisinage. Il ne devait pas franchir les murs de la propriété, car le quartier était mal famé. Plus que son père, souvent absent, c'est sa mère, toujours anxieuse, qui le maintenait dans les murs de sa propre dépression. La séduction était donc hors-les-murs, pour lui, et ne pouvait faire retour que par effraction traumatique. Une partie de la réalité lui était dérobée par les murs de la dépression maternelle, par l'objet narcissique sur le modèle duquel il s'était construit. Il souffrait d'un manque de réalité, auquel sa femme avait un temps suppléé (en tant qu'objet d'étayage narcissique), avant de se lasser.

4) Avec cette idée d'une partie de la réalité psychique du sujet qui

lui manque, et ne peut être expérimentée par lui dans les années où elle lui serait nécessaire pour son développement psychique, nous en arrivons à la notion énigmatique que j'avais annoncée dans mon titre : **les traumatismes par manque de réalité.**

Évidemment, la réalité dont il est question n'est pas celle que l'on entend habituellement. Il ne s'agit pas de la réalité banale qui vous stresse par ses exigences répétitives : des factures à payer ou de l'argent qui ne rentre pas, du travail et de ses contraintes, des enfants qui s'agitent, d'un conjoint qui ne joue pas son rôle, etc. Il ne s'agit pas non plus de la réalité inhabituelle, imprévue, qui vous traumatise ; choc, deuil, agression, etc.

Il s'agit d'une réalité psychique qui n'a pu se construire, à cause d'un manque dans la réalité extérieure, dans l'environnement du sujet. De ce fait, le sujet ne peut affronter certaines situations, ni développer des capacités qu'il a potentiellement en lui. La théorie du développement de l'enfant de Winnicott nous permet de le comprendre : l'objet doit être présent dans la réalité, et présenté à l'enfant au moment où celui-ci en a besoin. Mais, bien que ce soit un objet réel, il n'est dans un premier temps pour l'enfant que l'illusion de l'avoir créé lui-même : l'équivalent de sa propre réalité psychique, et son support.

Cet objet, dans l'aire de l'illusion, est donc à la fois de l'ordre de la réalité matérielle et de la réalité psychique : il fait partie de l'aire intermédiaire, où le jeu permet d'accéder à l'emprise sur la représentation, et par là sur l'objet pulsionnel. Un objet-jeu, un objet-fantasme. On comprend qu'en l'absence de certaines expériences objectales, l'enfant ne puisse parvenir à la représentation de fantasmes fondamentaux, ce qui, pour les fantasmes originaires structurants, constitue un traumatisme

grave bien qu'en négatif, totalement invisible.

Chez les patients que j'ai évoqués (l'histoire du volcan, du tremblement de terre), le fantasme originaire de séduction n'avait pu se constituer correctement. Leur hyperactivité professionnelle, d'allure maniaque, en était peut-être une forme atypique, comme le fait de se voir attribuer par leurs femmes des relations extra-conjugales, en fait sans importance, ou même totalement absente - l'un d'entre eux m'a avoué que s'il n'avait pas été marié, sa seule autre forme de vie possible aurait été de vivre comme un ermite. A la place de la séduction, c'était donc le fantasme de castration qui s'était manifesté.

Dans le cas de *L'Homme aux loups*, on voit Freud se livrer à une traque acharnée pour découvrir la réalité de la scène primitive, sa vérité historique dans l'enfance du patient. A-t-il pu réellement observer un coït par derrière entre son père et sa mère ? Mais il finit par dire qu'au fond, peu importe (ce que S. Viderman a traduit un peu rapidement par le fait que seule compte la construction du fantasme par l'analyste). Ce qui est important, c'est que tout enfant doit en passer par un certain nombre de ces fantasmes originaires pour constituer son Œdipe : pour Freud, la réalité de ces fantasmes est soit purement interne, comme une nécessité biologique ou phylogénétique, soit rencontrée dans l'expérience vécue de l'histoire individuelle. Et ce sont les contradictions entre les deux courants, ou la trop grande fixation d'un seul fantasme originaire, qui sont à l'origine de toute la pathologie, semble-t-il nous dire.

“J'aimerais certes savoir si la scène primitive, dans le cas de mon patient, était un fantasme ou un événement réel, mais eu égard à d'autres cas semblables, il faut convenir qu'il n'est au fond pas

très important que cette question soit tranchée. Les scènes d'observation du coït des parents, de séduction dans l'enfance et de menace de castration sont incontestablement un patrimoine atavique, un héritage phylogénétique, mais elles peuvent aussi constituer une acquisition de la vie individuelle.. L'enfant a recours à cette expérience phylogénétique là où son expérience personnelle ne suffit plus" (1917, p. 399).

Les fantasmes originaires sont classiquement au nombre de quatre, séduction, castration, scène primitive du coït parental, et retour dans le ventre maternel. J'y ajoute personnellement le meurtre cannibalique du rival (père, amant de la mère ou tiers fraternel). Ils constituent des catégories structurelles de la pensée, des "schémas philosophiques qui ont pour rôle de classer les impressions qu'apporte ensuite la vie", nous dit Freud (1917). Ils ne sont peut-être pas une réalité biologique, bien que jamais Freud n'ait prétendu qu'ils puissent être hérités tels quels - en ce qui me concerne, j'ai évoqué l'idée qu'ils pouvaient être transmis par la motricité primaire, la mimique et la gestuelle de la "danse interactive" entre l'enfant et ses objets primaires - mais ils sont probablement une réalité préhistorique, liée aux organisateurs du groupe familial que sont la relation mère-bébé, la censure de l'amante et le lien du couple, les modalités du nourrissage et de l'héritage parental, les types d'interdits fondateurs, etc. La plupart des conflits ethniques, des idéologies familiales ou des pathologies individuelles dépendent de ces opérateurs fondamentaux.

Si un groupe familial donné, du fait d'une idéologie qui lui est propre, ne "présente" pas un de ces opérateurs de façon suffisante à la représentation de l'enfant, il va en résulter pour lui un

traumatisme “en négatif”, par manque d’une des formes possibles de sa réalité psychique. Le cas inverse étant évidemment la fixation d’un fantasme prévalent par une idéologie ou une pathologie familiale évidente, qui bloque l’articulation, voire la constitution même des autres fantasmes.

Pour ne pas rester trop longtemps dans la théorie, je vais relater mon expérience avec d’autres patients, qui nous permettront d’aborder un autre type de traumatisme, central à notre époque comme à l’époque de Freud : celui causé par une agression sexuelle.

J’ai rencontré à plusieurs reprises des jeunes femmes ayant vécu des viols, et qui venaient consulter un certain temps après ce traumatisme pour des échecs sentimentaux à répétition. Chez plusieurs d’entre elles, j’ai été surpris de découvrir des antécédents bien plus anciens, au bout d’un certain temps d’analyse. L’une d’elles me racontait ainsi que le viol qu’elle avait vécu lui était apparu comme une sorte de punition pour un inceste qui avait duré des années avec son frère, et dont elle s’était sentie très coupable, même si celui-ci, plus âgé qu’elle, l’avait forcé. Jamais ses parents n’avaient voulu savoir ce qui s’était passé entre eux. Il avait fallu le viol pour qu’elle ose le leur dire, mais ils l’avaient traité de folle : ayant depuis toujours idéalisé leur fils, ils ne voulaient pas accepter une telle horreur. De plus la patiente avait été considérée très tôt par ses parents comme un enfant difficile et source d’ennuis, pleurant sans cesse lorsqu’elle était petite, et racontant des histoires depuis son adolescence. Une autre patiente s’était toujours sentie responsable de la dépression de sa mère, survenue à la suite de la mort de sa sœur plus jeune, alors qu’elle ressentait une forte jalousie à son égard. De surcroît,

elle avait été la favorite de son père, et avait eu l'impression d'avoir volé la place de sa mère auprès de lui, surtout étant donné la liaison de son père avec une de ses amies.

Le traumatisme de ces patientes, au-delà du viol, semblait souvent venir du manque d'investissement parental, et surtout du défaut de pare-excitations maternel à leur égard. Tandis que le début de leurs analyses se passait souvent à me parler de leur méfiance vis-à-vis des hommes, et à invoquer leur traumatisme sexuel, par la suite il semblait que le vrai trauma était plutôt la disqualification de leur féminité, et l'absence de tendresse et de protection de leur mère à leur égard. Ces mères avaient d'ailleurs souvent tendance à minimiser les traumas sexuels, incestueux ou autres, vécus par leurs filles. Bien que révoltées contre elles, les patientes reconnaissaient parfois avoir été imprudentes, se demandant si elles avaient réellement provoqué leur viol, et pourquoi elles l'auraient fait. Elles posaient donc clairement la question de la provocation traumatique à laquelle se livrent effectivement certains sujets, comme s'ils cherchaient inconsciemment à répéter un trauma invisible, ou à donner forme à un manque ayant pris une valeur traumatique.

Dans plusieurs cas également, la sexualité parentale était gravement perturbée, dans le sens d'une absence de rapports sexuels ou de relations tendres entre les parents. Ceux-ci ne faisaient par exemple que travailler ensemble, ou s'occuper des tâches quotidiennes, toujours en se plaignant, sans jamais de signe d'amour l'un envers l'autre, ou vis-à-vis de leurs enfants. L'amour et la sexualité n'avaient pas de place dans la vie familiale, dans laquelle tout tournait autour de l'argent, du travail ou de plaintes masochistes. On pouvait ainsi dire que ces patientes

avaient souffert d'une carence de "scène primitive". Dans certains cas, par exemple, les parents ne partageaient pas les mêmes horaires et ne se retrouvaient que pour se plaindre devant leurs enfants ou pour faire les comptes, et faisaient chambre à part. Tout ceci donnait l'impression que la répétition des traumatismes sexuels survenus à partir de l'adolescence était la trace d'un traumatisme précoce, invisible, en négatif, qui avait nécessité des années pour se révéler.

Par certains côtés, ces patientes me rappelaient une petite fille que ses parents m'ont amené un jour en consultation parce qu'elle se masturbait en classe : apparemment innocente et naïve, elle mettait par là le doigt (si j'ose dire) sur l'absence de relations sexuelles entre ses parents depuis un an, qui lui faisait craindre inconsciemment un divorce, ce qu'elle mit en scène dans des dessins.

Dans le cas des patientes dont je parle, la séduction traumatique était venue en place du fantasme originaire structurant qui faisait défaut, celui de la scène primitive, absente de la vie familiale. L'inceste fraternel, par exemple, était une forme de séduction pathologique, mais aussi une tentative de créer un minimum de couple sexué au sein de la famille. Souvent également un inceste père-fille survient dans le cadre d'un désinvestissement massif de la fille par sa mère, qui crée chez celle-ci une carence de séduction précoce, et au milieu d'un couple dont le lien sexué est distendu, la mère préférant inconsciemment déléguer sa sexualité à sa fille et fermer les yeux sur une relation qu'elle-même ne peut assumer qu'en recherchant sa propre mère dans son enfant. L'investissement maternel tendre, cette forme du fantasme de retour au ventre maternel, métaphore du pare-excitations, fait

alors cruellement défaut, et le fantasme originaire qui manque est suppléé par la castration masochique ou le comportement addictif.

J'ai également rencontré plusieurs cas d'incestes, qui ont toujours constitué un traumatisme grave. Mais presque toujours, le traumatisme évident de l'inceste survient dans un contexte familial perturbé depuis de nombreuses années, et n'est que le révélateur d'une carence d'investissement parental, souvent maternelle précoce - ce qui ne veut pas dire que le couple parental et donc le père n'y soient pas déjà pour quelque chose : mais la responsabilité semble souvent plus partagée qu'on ne l'aurait imaginé dans un premier temps. Le dérapage du père lui-même vient souvent de son désir de combler le manque maternel, et au-delà, celui de sa propre mère et de sa fonction pare-excitante, mais la projection sur sa fille sert alors sa propre compulsion de répétition traumatique et son clivage pervers.

Le retour du trauma se fait souvent au moment où une relation de couple relativement satisfaisante peut être entrevue, notamment au cours de l'analyse. Ce retour prend parfois une forme hallucinatoire, voire délirante. Le vécu d'inceste est par exemple halluciné au moment des rapports sexuels. Il peut prendre aussi la forme de maladies psychosomatiques : on peut ainsi rencontrer des somatisations impressionnantes, qui traduisent l'incapacité d'élaboration symbolique des traces traumatiques effacées par l'hallucination négative, et maintenues clivées par la suite. Enfin, pendant tout le temps où le traumatisme est dormant, différentes formes d'addiction traumatique (compulsion de répétition de décharge sans valeur d'élaboration), d'épisodes de dépersonnalisation ou d'oscillations thymiques (toxicomanie, cyclothymie) peuvent témoigner indirectement de l'effet de la

défense primaire contre le retour du trauma, du mécanisme d'effacement ou du déni qui a besoin d'être soutenu.

Avant de conclure, je voudrais revenir un instant sur les traumatismes invisibles, sur la compulsion de répétition et l'appétence traumatique. La particularité du trauma, c'est qu'il inscrit une trace mnésique qui ne fait pas l'objet d'une liaison psychique suffisante pour être représentée correctement. La compulsion de répétition vient alors, comme le jeu de l'enfant avec la bobine décrit par Freud, tenter d'assurer une emprise sur l'expérience traumatique par le biais de la représentation, de la mise en scène du trauma.

Ainsi, par son jeu avec la bobine qu'il lance au loin et retrouve, l'enfant tente de maîtriser l'expérience désagréable que constitue le départ de sa mère, "quand celle-ci l'abandonnait durant des heures", nous dit Freud (dans *Au-delà du principe de plaisir*, en 1920). Le jeu complet, poursuit-il, comprend la disparition et le retour, grâce à la ficelle qui permet de ramener le jouet lancé au loin. Nous voyons que ce qui est en jeu, c'est la représentation du trauma, et la discrimination entre la douleur et le plaisir.

Le but de la représentation n'est atteint que lorsque le sujet conquiert, grâce à la représentation, le moyen de faire disparaître l'expérience traumatique. C'est le but de ce qu'on a appelé "pulsion d'emprise", mais sans le sens péjoratif souvent accolé au terme, une pulsion qui n'est pas sans rapport avec la pulsion de voir, ou avec la pulsion de savoir (la curiosité). Cette emprise nécessaire peut se rattacher aussi à ce que Winnicott appelait la "voracité primaire" ou la cruauté primitive de l'enfant vis à vis de sa mère, qui s'exerce avant tout comme une activité de jeu, permettant à l'enfant de créer l'objet - c'est à dire d'en constituer

la représentation, grâce à la coïncidence entre hallucination et réalité, dans l'aire de l'illusion.

Dans *La crainte de l'effondrement*, Winnicott a des formules saisissantes pour parler du traumatisme qui n'a pas pu être intégré, car il s'est produit à une époque ou dans un état où le sujet n'existait pas, où l'expérience ne pouvait pas être recueillie dans un présent identifiable comme tel. Il parle aussi du traumatisme négatif par carence d'une expérience qui aurait dû se réaliser. L'effondrement, la crainte de la mort, le vide, nous dit-il "remontent au temps qui précédait l'avènement de la maturité nécessaire pour en faire l'épreuve. Pour le comprendre, ce n'est pas au traumatisme qu'il faut penser, mais au fait que là où quelque chose aurait pu être bénéfique, rien ne s'est produit. Il est plus facile pour un patient de se souvenir d'un traumatisme que de se souvenir que rien ne s'est produit à la place de quelque chose."

On comprend pourquoi certains sujets, tant qu'ils n'ont pas réussi à se représenter le moyen de faire disparaître et réapparaître l'expérience traumatique dans leur propre psyché, sont la proie d'une compulsion de répétition qui ressemble à une appétence traumatique, à une toxicomanie vis-à-vis du trauma. Ainsi cette patiente qui avait subi plusieurs traumatismes sexuels et un viol, cherchait à se représenter ce qui n'avait pas semblé sur le moment un trauma - l'inceste fraternel - mais dont la pression traumatique avait été renforcée par l'après-coup pubertaire. Surtout, elle masquait le traumatisme invisible de l'absence de séduction maternelle et de scène primitive entre les parents.

Souvent, ces traumatismes précoces, irreprésentables autrement que par l'agir, ou l'hallucination psychotique qui vient combler le

trou dans le psychisme - comme l'énonce Winnicott dans *L'hallucination qui nie l'hallucination* - sont eux-mêmes des moyens de donner forme à une carence de représentation de l'originnaire, d'une des dimensions essentielles de l'Œdipe, comme je le proposais avec la théorie des fantasmes originaires : l'appétence traumatique née de l'absence de représentation d'un de ces fantasmes est aussi attractive pour la rencontre avec le réel qu'un trauma imposé de l'extérieur.

Mais je ne voudrais pas terminer sans indiquer quelques **conséquences techniques** qui procèdent de la notion de traumatismes invisibles ou par manque de réalité.

Face à l'invocation d'un traumatisme visible, l'analyste, sans nier la réalité du trauma invoqué, se doit aussi de rester prudent et s'attendre à ce qu'un jour ou l'autre un autre trauma, de nature différente, apparaisse. Il ne doit pas se laisser enfermer dans le réalisme du trauma, si massif et évident soit-il; celui-ci n'est souvent qu'un traumatisme-écran, comme les souvenirs-écrans du même nom. Il ne doit par conséquent jamais faire oublier l'histoire du patient, histoire parfois inaccessible pendant un long temps de la prise en charge, entièrement axée sur le traumatisme évident. Cette histoire implique le plus souvent de nombreux traumas sur plusieurs générations, ce qui relativise encore la notion de traumatisme unique.

Le revécu du trauma est le moment où, comme le dit Winnicott, l'expérience de ce qui n'a jamais pu être représenté comme tel va pouvoir l'être pour la première fois. Le sujet, pour y parvenir, doit avoir accepté une dépendance absolue envers l'analyste, ce qui ne va pas sans résistance ni sans craintes. Winnicott a parlé pour cela de la crainte de l'effondrement, ou de la crainte de devenir

fou. Ce revécu est souvent catalysé, mis en scène par une défaillance minime de l'analyste, qui va faire l'objet d'un procès en bonne et due forme, ce qui n'est pas toujours facile à supporter pour le contre-transfert. La levée des clivages ne va pas sans angoisses chez les deux partenaires. Mais c'est par le contre-transfert que le trauma peut seulement prendre forme, et être élaboré, avant d'être réintrojecté sous une forme tolérable par le patient.

Les traumatismes par manque de réalité sont encore plus difficiles à mettre en évidence. Ils nécessitent que l'analyste se soit relativement engagé par des constructions, à faire vivre au patient une réalité dont il a été tenu à l'écart, et ait pu introduire un matériel fantasmatique absent de la cure. Cela donne à l'analyse un caractère assez peu "neutre", mais la vraie neutralité consiste à ne pas répéter une carence qui a eu lieu dans l'environnement familial primitif du patient. Pour parler en termes winnicottiens, il faut d'abord que la réalité soit présentée au sujet pour qu'il puisse ensuite en accepter le manque.

BOKANOWSKI, Thierry (1988); Entre Freud et Ferenczi, le traumatisme, *Revue franç. de Psychanal.*, n°6-1988.

BRETTE, Françoise (1988); Le traumatisme et ses théories, *Revue franç. de Psychanal.*, n°6-1988.

DUPARC, François; (1991); Qu'avez-vous donc tiré au jeu des fantasmes originaires?, *Revue franç. de Psychanal.*, 1991, T.55 n°5.

- (1994); Malaise dans la réalité, *Revue franç. de Psychanal.*, n°1-1995.

- (1996); Hallucination négative, formes motrices et comportements autocalmants, *Monographie de la Revue française de Psychanalyse (psychosomatique)*, (PUF).

- (1998); La cyclothymie, de la névrose narcissique à la psychose maniaco-dépressive; *Monographie de la Revue franç.de Psychanalyse: Psychoses I* (PUF).
 - (1998); *L'élaboration en psychanalyse*, préface d'A.Green. L'Esprit du temps, Bordeaux, diffusion P.U.F. Paris.
 - (2001); La manie blanche, ou la dépense des pensées, *Revue franç. de Psychosomatique* (PUF), n° 19-2001.
- FERENCZI, Sandor (1931); Réflexions sur le traumatisme, in *Ouvres, tome IV*, Payot.
- FREUD, Sigmund (1895); Esquisse d'une psychologie scientifique, in *Naissance de la Psychanalyse*, P.U.F. 1956.
- (1895); Manuscrit G (La mélancolie), in *Naissance de la Psychanalyse*, P.U.F. 1956.
 - (1915) Deuil et mélancolie, in *Métapsychologie*, Gallimard 1968.
 - (1920) Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, Payot 1981.
 - (1926) Inhibition, symptôme et angoisse, P.U.F. 1971.
 - (1937) Le clivage du moi dans le processus de défense
 - (1938); L'homme Moïse et la religion monothéiste, Gallimard 1986.
- JANIN, Claude (1996); *Figures et destins du traumatisme*, P.U.F.
- PASCHE, Francis (1974); Le passé recomposé, *Revue franç. de Psychanal.* n°2/3-1974.
- POTAMIANOU, Anna (2001); *Le traumatique. Répétition et élaboration*, Dunod.
- PRESS, Jacques (1999); *La perle et le grain de sable, traumatisme et fonctionnement mental*, Delachaux & Niestlé, Lausanne.
- VIDERMAN Serge (1970); *La construction de l'espace analytique*, Denoël.
- WINNICOTT, D.W.W. (1957); L'hallucination qui nie l'hallucination, in: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard 2000.
-

Les traitements psychanalytiques de patients somatiques

Auteur(s) : Claude Smadja

Mots clés : dépression essentielle - états-limite - Marty (Pierre) - maternelle (fonction) - pare-excitations

Depuis la naissance de la psychanalyse au début du siècle dernier, un nombre de plus en plus important de patients ont pu profiter des bienfaits de son approche thérapeutique spécifique.

Toutefois, pendant longtemps les indications de traitements analytiques étaient réservées aux malades présentant une organisation névrotique de leur personnalité. Il s'agissait donc le plus souvent de patients hystériques, phobiques ou obsessionnels. Car un traitement analytique ne pouvait se dérouler convenablement et produire ses effets positifs sur le psychisme du patient que sous certaines conditions, à la fois psychiques et techniques. Le patient doit être capable de développer, au cours du traitement analytique, des mouvements affectifs profonds et de nature inconsciente à l'égard de son analyste, mouvements qui définissent le transfert. Ce même patient doit être en mesure de produire, en séances, au travers de son discours associatif des formations psychiques qui témoignent de la fonctionnalité de son inconscient. A partir de ces caractéristiques psychiques l'analyste peut exercer son art de l'interprétation en révélant au patient le sens inconscient et caché de ses contenus psychiques présents à sa conscience mais aussi le sens inconscient des résistances qu'il

oppose au cours du processus analytique. Le cadre analytique classique repose sur un ensemble de règles élémentaires qui permettent précisément à partir du respect de l'association libre chez le patient et d'une attitude de neutralité bienveillante chez l'analyste, l'émergence de mouvements transférentiels et de processus inconscients aptes à laisser se développer un processus analytique sur lequel repose le travail analytique de l'analyste.

Petit à petit, les psychanalystes ont été confrontés, dans leur pratique, à des patients dont l'organisation psychique était plus précaire et qui se situait éloignée d'une organisation névrotique, à des degrés variables. Ils ont dû à l'exemple de Freud, aménager le cadre du traitement analytique classique afin de répondre aux nouvelles conditions psychiques issues du fonctionnement mental du patient. La variation la plus importante apportée au cadre analytique face à ces nouvelles organisations psychiques que nous pouvons schématiquement regrouper dans la famille des états-limites, concerne l'activité du psychanalyste en séance. Il s'agit d'une modification apportée à la règle de neutralité chez l'analyste. Cette activité, chez l'analyste, a pour but de favoriser le processus associatif chez son patient lorsque celui-ci se trouve gravement paralysé et menacé, de ce fait, le déroulement du traitement analytique.

La psychosomatique est un domaine de la psychanalyse qui s'intéresse au fonctionnement mental des malades somatiques. Il est ainsi devenu tout à fait naturel que des psychanalystes prennent en traitement analytique des malades souffrant d'affections somatiques.

L'expérience de ces traitements a conduit les psychanalystes psychosomaticiens à faire subir au cadre des traitements

analytiques une série d'aménagements techniques dans le but de respecter la fragilité à la fois psychique et somatique du patient mais aussi et surtout de favoriser l'expression des processus psychiques, leur enrichissement et leur élaboration dans le temps et selon leur rythme propre. Ces aménagements du cadre dans le traitement analytique des patients somatiques reposent sur quelques données élémentaires en matière de psychosomatique.

En premier lieu un patient souffrant d'une affection somatique est un patient fragile ; cette fragilité affecte à la fois son corps et son psychisme, à des degrés variables.

En second lieu, un patient souffrant d'une affection somatique est un patient dont le fonctionnement psychique est marqué du sceau d'une sensibilité accrue aux événements relationnels autant qu'aux événements internes. En général cette hypersensibilité psychique va de pair avec une diminution des capacités d'élaboration psychique.

Enfin, un patient souffrant d'une affection somatique peut être amené à répondre aux événements affectifs et relationnels par des expressions somatiques et particulièrement, à travers sa maladie propre.

À partir de ces données cliniques élémentaires dont l'intensité varie chez chaque patient, on comprend immédiatement le sens des aménagements du cadre des traitements analytiques avec les patients souffrant d'une affection somatique. Pierre Marty a formulé une règle générale qui s'applique à l'ensemble des patients somatiques dans le cadre d'un traitement analytique et qui permet au psychanalyste de suivre pas à pas les variations économiques du fonctionnement mental de son patient et d'y faire

correspondre les réponses analytiques les mieux adaptées. Cette règle s'énonce ainsi : « De la fonction maternelle à la psychanalyse. » Cette règle repose sur l'idée d'une palette de possibilités interprétatives présentes potentiellement chez l'analyste et dont l'emploi va dépendre des qualités propres du fonctionnement mental du patient et de ses aptitudes à intégrer, à ce moment-là, la modalité interprétative énoncée par son analyste. Cette règle repose aussi sur l'idée d'une trajectoire dans la qualité et la force de l'organisation psychique du patient, trajectoire qui peut être empruntée dans les deux sens, celui de l'organisation ou de la réorganisation comme celui de la désorganisation.

Les deux pôles figurés dans la règle technique de Pierre Marty (l'analyste endossant une fonction maternelle et l'analyste interprète) engagent l'analyste dans une modalité de travail analytique différente avec chaque patient.

Lorsque l'organisation psychique d'un patient somatique est proche d'une organisation névrotique le cadre analytique classique peut être respecté sans aménagements particuliers. Dans ce cadre, l'analyste peut exercer son art de l'interprétation en réponse à des sollicitations riches de l'inconscient de son patient. Il laisse en même temps se développer les mouvements transférentiels de ce dernier et en interprétera la dimension de résistance. En général ces patients présentent des affections somatiques bénignes et habituellement réversibles.

À l'autre pôle le psychanalyste psychosomaticien est amené à voir des patients dont le fonctionnement mental est très précaire et qui souffrent d'une affection somatique évolutive, engageant quelques fois son pronostic vital. Ici, la situation pratique est tout autre. Les aménagements techniques du cadre classique sont nécessaires à

la mise en place d'un traitement analytique adapté à la situation du patient. Il s'agit avant tout d'établir avec le malade une relation analytique qui réponde à deux fonctions majeures : une fonction de par-excitation, qui protège le patient des sommes d'excitations qui peuvent être vécues de façon traumatique et, à l'inverse, une fonction d'animation du fonctionnement mental du patient dont le but est de créer un apport d'excitations vivantes au patient, particulièrement quand il se trouve dans un état de dépression essentielle. Ce sont précisément ces deux fonctions réunies ensemble chez le même thérapeute que l'on qualifie de fonction maternelle du thérapeute. L'exercice de cette fonction maternelle chez le thérapeute repose sur sa capacité à s'identifier profondément aux vécus souvent primitifs de son patient. C'est ici que l'analyste psychosomaticien sera conduit régulièrement à « prêter son préconscient » à son patient lorsque celui-là se montrera défaillant et incapable d'exercer sa fonction d'élaboration psychique de ses contenus pulsionnels.

Nous comprenons maintenant le sens de la règle technique énoncée par Pierre Marty face au patient somatique, au cours d'un traitement analytique. L'analyste est régulièrement soumis à des mouvements de rapprochement ou d'éloignement vis-à-vis de son patient en fonction des besoins de celui-ci de s'étayer sur la relation qu'établit l'analyste avec lui. La qualité de cette relation analytique a des effets économiques majeurs sur le fonctionnement mental du patient. Car les investissements analytiques qui soutiennent cette relation sont des investissements érotiques déssexualisés qui contribuent à l'enrichissement du tissu narcissique chez le patient.

Grâce aux qualités de disponibilité et de flexibilité intérieure de

l'analyste, des patients somatiques peuvent désormais bénéficier de traitements analytiques quels que soit la nature et le degré de leur affection organique.

À partir des aménagements dont nous venons de parler nous comprenons que les éléments matériels du cadre tels le nombre de séances hebdomadaires ou le choix du fauteuil ou du divan vont dépendre de la qualité de l'organisation psychique du patient. Ainsi il est habituel de proposer au patient dont l'organisation est proche d'un fonctionnement névrotique soit une cure analytique classique à trois séances par semaine soit un travail analytique en face-à-face de une à trois séances par semaine. Au contraire lorsque nous sommes en présence d'un patient dont l'organisation psychique est précaire et éloignée d'un fonctionnement névrotique l'indication d'un traitement analytique en face-à-face à une ou plusieurs séances par semaine est habituellement requis.

Voir aussi la rubrique dans la rubrique Extensions : [Présentation de la psychosomatique](#)

La psychothérapie psychanalytique corporelle (PPC) (issue de la relaxation

Ajuriaguerra)

Auteur(s) : Marie-Lise Roux - Monique Dechaud-Ferbus

Mots clés : acting corporel - AEPPC (Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle) - Ajuriaguerra (Julian de -) - APEPR (l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation) - contre-transfert corporel - corps - dialogue tonico-émotionnel - états-limite - graphothérapie - médiation corporelle - métaphorisation - narcissiques (pathologies) - pare-excitations - perception - PPC (Psychothérapie Psychanalytique Corporelle) - psychosomatique - psychothérapie psychanalytique corporelle - relaxation - sensori-motricité

Origine de la méthode

C'est au premier congrès de psychosomatique de Vittel en 1960 que Julian de Ajuriaguerra fait se rencontrer le dialogue tonico-émotionnel et la psychanalyse. Il crée alors ce qu'il appelle la relaxation, bien différente des autres relaxations en ce qu'elle n'utilise ni induction, ni consigne, ni suggestion.

En 1972, Marianne Strauss et Marie-Lise Roux avec François Sacco et l'équipe de Sainte-Anne créent l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation (APEPR). La relaxation devient la psychothérapie de Relaxation, une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Dans la suite des travaux des psychanalystes autour de la psychose, des états-limites et de la psychosomatique, la psychothérapie de relaxation s'inscrit alors dans le champ des extensions de la psychanalyse défini par la Société Psychanalytique de Paris (SPP) d'où ses

membres fondateurs émanent. Ils poursuivent leurs recherches sur la théorie de la pratique, et en 2008, Monique Dechaud-Ferbus avec Marie-Lise Roux et leur équipe créent l'AEPPC, Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, qui se caractérise comme pratique psychanalytique utilisant plus particulièrement la perception et la sensori-motricité dans la médiation corporelle, le patient étant allongé sur le divan et l'analyste situé dans le champ de son regard. Ce travail psychanalytique spécifique des organisations non-névrotiques prend en compte les défaillances des relations archaïques et s'avère être un apport pour toute organisation psychique.

Approche théorique et technique de la méthode

Largement inspirée par les travaux psychanalytiques à partir de Freud, la recherche en Psychothérapie Psychanalytique Corporelle s'appuie essentiellement sur les travaux de psychanalystes qui se préoccupent de psychosomatique, des psychoses et des états-limites. A partir de la pratique psychanalytique, nous avons rencontré des patients dont la problématique principale n'était pas centrée sur l'Œdipe. Plus qu'avec les refoulements, nous avons appris à travailler avec des répressions, des régressions, des dénis et des clivages, des déformations du moi, des défauts de son organisation qui précèdent et s'associent à l'organisation de la psyché.

La **Psychothérapie Psychanalytique Corporelle (PPC)** est un aménagement du dispositif psychanalytique classique qui utilise la médiation corporelle pour reprendre les insuffisances et les

distorsions des relations primaires. Sa spécificité est de privilégier dans la relation transféro-contre-transférentielle, les états du corps. Cela confronte le thérapeute à la vie émotionnelle dans ce qu'elle a de plus cru, et à tout ce qui n'a pu s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi les membres de l'AEPPC ont une formation psychanalytique et ses membres formateurs sont membres de l'Association Psychanalytique Internationale (API).

La Psychothérapie Psychanalytique Corporelle (PPC) a été conçue il y a quarante ans dans le service où travaillait le Professeur Julian de Ajuriaguerra à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, avant qu'il ne parte à Genève où il a étendu le développement de la méthode de relaxation en Suisse et en Italie. En France, les recherches théorico-cliniques des psychanalystes de la Société Psychanalytique de Paris (SPP) ont soutenu son développement dans le cadre de l'APEPR, et ces recherches se poursuivent aujourd'hui dans le nouveau cadre de l'Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, l'AEPPC. Selon Julian de Ajuriaguerra, « dans les expériences primaires il n'existe aucune dichotomie entre le corps et le psychisme ...Dans l'habitable qui est son corps et qui lui est donné, l'enfant est habité. En lui ses besoins s'expriment, ses pulsions se manifestent, c'est lui qui subit les émotions ...Pendant une longue phase, le corps est récepteur et réceptacle, spectateur et acteur, il est lui même et l'autre par un transitivity qui suit les lois des mécanismes de projection et d'introjection. L'enfant vit un dialogue protopathique au cours duquel la communication affective se fait sous la forme d'un corps donnant et refusant ». C'est dire l'importance que l'Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, l'AEPPC, accorde au « dialogue tonico-émotionnel » dans la relation thérapeutique.

Ainsi que nous l'avons dit, la psychothérapie psychanalytique corporelle, la PPC, qui s'inscrit dans le champ des extensions de la pratique psychanalytique, propose un aménagement de la cure psychanalytique dite classique par l'introduction de la médiation "perceptivo-corporelle" entre le patient et le thérapeute ; celle-ci tient compte des défaillances psychiques du patient qui se manifestent par une insuffisance de la fonction médiatrice du langage verbal. Le travail de l'analyste s'oriente non seulement sur les rêves, les fantasmes et les associations du patient (qui sont souvent absents ou réduits dans les structures concernées), mais surtout sur les états du corps. Le corps du sujet prend alors son statut intermédiaire d'être à la fois objet de l'objet - c'est à dire de l'analyste - et objet du sujet. En ce sens il acquiert une fonction transitionnelle.

Les états du corps et leur expression verbalisée sont choisis préalablement par l'analyste comme matériaux de son travail thérapeutique. Le corps du sujet devient son corps propre à travers la conjugaison du regard de l'analyste et du sujet sur les manifestations sensori-motrices de ce dernier. Par conséquent, ce travail psychanalytique donne une grande importance à l'auto-observation et à l'expression verbale du vécu corporel dans une relation dite « de non dialogue » (F. Pasche). Dans cette relation de non-dialogue, rien n'est ajouté au matériel apporté par le patient. L'analyste s'appuie sur l'expression verbale du vécu corporel du patient pour renforcer son pare-excitations. Le pare-excitations désigne un ensemble de mécanismes psychiques qui opposent un rempart aux puissantes excitations venues du monde extérieur ainsi qu'aux excitations internes, pulsionnelles, qui assaillent le sujet.

Le travail au cours du processus de la cure se déroule donc selon un trajet qui va du quantitatif au qualitatif, il évolue vers une métaphorisation progressive. La traduction des états du corps liée aux interventions de l'analyste dans la relation transféro-contre-transférentielle trouve à se figurer et, grâce à la mise en mots, se dirige vers la représentation.

Ce processus nécessite de l'analyste un travail sur son contre-transfert corporel qui est le signe de la relation.

Le dispositif proposé dans lequel le patient est allongé sous le regard de l'analyste et peut le voir sans difficulté, assure la dissymétrie fondamentale pour l'installation du transfert qui est, ainsi que le dit Freud, le levier de la cure. Mais ce faisant, il reconstitue les caractéristiques essentielles de l'environnement primaire dans lequel le patient s'est développé. La reconstitution des caractéristiques de ce milieu primordial a pour fonction de proposer un contenant et un soutien pour faciliter le renforcement des défenses du moi et l'approfondissement de l'insight. Le divan métaphorise le giron maternel et les genoux paternels (F. Pasche), et son utilisation vectorise la bisexualité psychique constitutionnelle selon Freud.

Ainsi, la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, PPC, sollicite à la fois le transfert maternel et paternel dans la recherche d'un transfert de base pour la dynamique du processus. On comprend alors que la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, PPC, est particulièrement indiquée pour les patients psychotiques non-dissociés, pour les psychoses froides et ceux qui souffrent de pathologies du narcissisme comme les états limites qui ont tendance aux actings concernant leur corps (tentatives de suicide, auto-mutilation, prises de toxiques, divers recours à la violence,

etc.). Elle constitue aussi une réponse thérapeutique efficace aux névroses de comportement, aux névroses actuelles, aux affections psychosomatiques et aux problématiques de deuil. Toutefois plus que la symptomatologie, c'est la référence au fonctionnement somato-psychique du patient et à ses failles qui oriente le praticien vers l'indication d'une psychothérapie psychanalytique corporelle, PPC.

En effet, chez ces sujets, les bases primaires de l'intégration sensori-motrice sont infiltrées de dysfonctionnements relationnels précoces qui empêchent les processus de symbolisation.

Le divan, un opérateur, mais un autre divan

Alors que dans la cure psychanalytique habituelle le divan est dans le dispositif une position de repos qui permet au patient comme dans le rêve de quitter la perception pour une introspection de son fonctionnement, dans la psychanalyse corporelle (PPC), le patient utilise le divan pour se ressentir dans la relation à l'analyste qu'il a dans le champ de son regard. La mandorle ainsi créée permet au patient de faire l'expérience des limites par la résistance du divan d'une part et la résistance de l'objet d'autre part, dont le regard et le corps en personne posent une autre limite.

On peut dire que le divan a une fonction et est un opérateur de la cure. Dans la cure de PPC, le psychanalyste utilise un clivage fonctionnel (G.Bayle) de façon à tenir ensemble une écoute des états du corps dans le transfert et une écoute de ses propres états du corps. Il est donc confronté à la vie émotionnelle dans ce

qu'elle a de plus primaire et à tout ce qui n'a pas pu s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi, il est sollicité contre-transférentiellement, aux niveaux les plus inconscients et les plus corporels.

De cela, découle l'importance accordée au dispositif dans lequel le processus d'élaboration va s'inscrire, et rend impératif l'expérience personnelle de la cure de PPC, en plus d'une psychanalyse personnelle classique pour tout analyste qui souhaite pratiquer la PPC. Ce cadre vise à favoriser un étayage comprenant la fonction de pare-excitations et de contenant, pour qu'un processus d'élaboration puisse se dessiner. « Avoir un mode de pensée psychanalytique par rapport au corps », comme le soulignait J. de Ajuriaguerra. Dans ce travail psychanalytique à médiation corporelle et à partir de la métapsychologie freudienne, nous nous situons dans une autre écoute du fonctionnement psychique où le langage du corps avec ses sensations, les perceptions et la relation tonico-émotionnelle, permet de reprendre les défaillances d'origine primaire de différents dysfonctionnements.

Indications

Dans le champ d'extensions de la psychanalyse, la PPC s'adresse au patient par la médiation de son corps comme objet limite entre le « dedans » et le « dehors », comme corps psychique lié au tissu somatique. Elle permet de proposer un travail psychanalytique, grâce à l'introduction de la médiation corporelle dans la relation transfert/contre-transfert, à certains patients.

Ceux qui souffrent de pathologies dans lesquelles la confusion des

espaces psychiques est souvent importantes, de confusion liée à des failles dans les relations les plus précoces et que nous nommons primaires peuvent bénéficier de ce travail. Ces failles se présentent aussi chez des enfants et des adolescents dont les troubles relèvent d'entraves à la symbolisation, comme les désordres comportementaux, une hyperactivité, une inhibition des processus de pensée, une difficulté à se concentrer et à se repérer dans l'espace et le temps, un défaut de mentalisation qui fait le lit des décompensations somatiques, des réactions dites caractérielles, etc.

Ces troubles peuvent être isolés ou combinés et on observe fréquemment leur association à des difficultés dans le registre de l'écriture. Or, de nos jours, la « mauvaise écriture » est généralement négligée par l'entourage ou bien elle donne lieu à la prescription d'une rééducation qui reste bien souvent sans effet faute de prendre en compte l'existence d'un défaut fondamental chez ces sujets. Ces enfants et adultes présentent une défaillance du processus de symbolisation primaire qui engage le corps. C'est ici que la graphothérapie comme adaptation particulière de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, prend tout son intérêt.

La graphothérapie a été inaugurée dans les années 1960 par Julian de Ajuriaguerra et René Diatkine avec Marianne Strauss, elle est enseignée par Marie-Alice Du Pasquier à l'hôpital Ste-Anne à Paris, dans le service de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent où se poursuit son élaboration. Entrant dans le cadre plus général de la PPC, la graphothérapie donne la possibilité au moi de vivre une expérience et de se développer en direction d'une autonomisation.

Ainsi la PPC, permet, dans certains cas, d'accéder à une cure psychanalytique dite classique et, dans d'autres cas, la reprise d'un travail psychique qui avait été bloqué dans une cure psychanalytique classique. En résumé, la PPC, dite encore parfois de relaxation, est indiquée préférentiellement dans des états non-névrotiques, dans des états psychotiques non dissociés, des états limites et troubles narcissiques, voire narcissiques identitaires, des désordres du caractère et du comportement, c'est-à-dire dans des pathologies de l'excitation, mais aussi dans des affections psychosomatiques.

Mais bien sûr, elle peut profiter à quiconque souhaite engager un travail sur soi à partir du corps pour retrouver les traces mnémoniques non encore traduites qu'il est difficile de mobiliser en dehors des mouvements de régression corporo-psychique que ce dispositif permet et encadre.

C'est « un autre divan » qui offre un travail psychanalytique aux organisations psychiques qui semblaient en être exclues.

Consultations et traitement de dyade mère/bébé ou de la triade père/mère/bébé

Auteur(s) : Rosine Debray

Mots clés : dépression chez le bébé - dyade mère/bébé -

hospitalisme - pare-excitations - psychosomatique - psychothérapie mère/bébé - triade père/mère/bébé

Les prises en charge psychanalytiques de la dyade mère/bébé ou de la triade père/mère/bébé suscitent actuellement un grand intérêt chez les psychanalystes spécialistes des bébés et des jeunes enfants.

Historiquement, ce sont les travaux de René Spitz dans les années 1940 portant sur certaines formes de dépression chez le bébé, lorsqu'il est brutalement séparé de sa mère et qu'il présente un tableau « d'hospitalisme », qui ont révélé la nécessité des prises en charge psychanalytiques précoces. Celles-ci se sont poursuivies, notamment aux Etats-Unis, avec les suivis à domicile de familles « hard to reach » (difficiles à atteindre) prônés par Selma Fraiberg dans les années 1970, puis avec les consultations thérapeutiques réalisées en France par Serge Lebovici depuis les années 1980 et les thérapies brèves mère/bébé ou mère/jeune enfant réalisées par Bertrand Cramer et son équipe à Genève depuis les années 1985.

Dans le champ des prises en charge psychanalytiques de bébés et de jeunes enfants souffrant de troubles psychosomatiques, Rosine Debray a instauré des psychothérapies de la dyade ou de la triade à l'Institut de Psychosomatique de Paris, depuis 1978.

C'est la théorie psychanalytique qui sert de base à cette pratique difficile, vu le nombre élevé des protagonistes engagés dans la consultation thérapeutique ou la psychothérapie psychanalytique qui lui fera suite. Le développement psychique du bébé se fait en étayage sur l'organisation psychique de sa mère. Ce sont en effet les caractéristiques du système préconscient maternel qui jouent

un rôle de pare-excitation pour le bébé en le protégeant des stimulations venues du monde interne, comme du monde externe qui ont un impact désorganisant sur lui. Lorsque le père est présent et disposé à jouer son rôle, sa propre organisation psychique intervient pour contenir les angoisses maternelles, inévitablement débordantes par moments. Dans un tel cas, quand le système pare-excitation maternel est transitoirement débordé, c'est le système pare-excitation paternel qui prend le relais protégeant le bébé des excitations par excès ou par défaut qu'il ne peut pas traiter.

Serge Lebovici a insisté sur l'écart parfois trop grand qui peut exister chez la mère entre le bébé fantasmatisé dont elle a rêvé durant la grossesse et le bébé réel tel qu'il apparaît à la naissance et dans les jours qui suivent. Les difficultés d'ajustement mère/bébé, voire père/mère/bébé peuvent être à l'origine d'une symptomatologie psychosomatique, souvent transitoire chez le bébé. On ne doit pas sous-estimer, en effet, dans les dysfonctionnements de la dyade ou de la triade, la part qui revient aux caractéristiques personnelles du bébé parfois non négociables, et que les parents doivent alors apprendre à tolérer.

Expérience acquise avec les bébés qui présentent des troubles psychosomatiques précoces : troubles des grandes fonctions (sommeil ou alimentation) et/ou somatisations fréquentes de type affections rhinopharyngées à répétition, asthme, eczéma, troubles digestifs, etc. montre que le système pare-excitation maternel - et paternel selon les cas - a été débordé, ce qui a entraîné l'apparition des troubles. Ceux-ci à leur tour ont contribué en un cercle vicieux à augmenter le débordement du système pare-excitation des deux parents. Dans de tels cas, la consultation

thérapeutique comme la psychothérapie psychanalytique de la dyade ou de la triade vise à rétablir le bon fonctionnement des systèmes pare-excitation de la mère et du père, ce qui entraîne d'une manière souvent surprenante l'apaisement puis la sédation des troubles chez le bébé.

Ce n'est que transitoirement et d'une manière discontinue dans le temps que le bébé parvient à gérer par lui-même les excitations dont il est la cible. Cette capacité suit très exactement les progrès dans son développement psychique repérables, notamment à travers sa compétence à discriminer ses objets privilégiés : mère et père distincts des objets non-mère, non-père, qui sont perçus alors comme étrangers.

La peur au visage de l'étranger apparaît ainsi comme un des premiers aménagements défensifs mentaux à caractère phobique que le bébé met en place sur la base d'une claire perception initiale de ses objets d'amour : mère et père. Du coup, l'absence de peur au visage de l'étranger chez des bébés de près d'un an ou chez des jeunes enfants prend une valeur de signe diagnostique attestant d'une insuffisance du développement psychique, ce qui entraîne fréquemment une moindre résistance à la maladie somatique.

La pratique actuelle des consultations et traitements de la dyade mère/bébé ou de la triade père/mère/bébé peut prendre des formes variées liées essentiellement aux différentes références théorico-cliniques qui animent les cliniciens psychanalystes. S'agit-il en effet de réduire le symptôme que présente le bébé et qui est habituellement à l'origine de la demande de consultation ? Ou s'agit-il plutôt de modifier en profondeur les régulations qui régissent cette dyade ou cette triade singulière ? Cette dernière

option qui suppose une prise en charge de plus longue durée est cependant tout à fait envisageable en raison du fait qu'il existe chez les parents d'un jeune bébé une période sensible où les aménagements défensifs usuels du père et de la mère sont déstabilisés, favorisant des réaménagements psychiques de grande ampleur lorsque ceux-ci s'engagent dans un processus psychanalytique quelle qu'en soit en définitive la forme. L'existence de cette période sensible qui débute avec la conception du bébé, que ce faisant elle favorise, et qui s'étend durant toute la grossesse puis durant les premiers mois et même les premières années de l'enfant, a pour conséquence le fait qu'il n'y a pas de contre-indication aux traitements psychanalytiques de la dyade ou de la triade si ce n'est les limites des thérapeutes ou les limites des parents eux-mêmes. Ceux-ci peuvent parfois se montrer réticents pour s'engager dans un traitement psychothérapique régulier (une séance de trois quart d'heure par semaine, parfois deux séances), ce qui peut amener le consultant à proposer un suivi en consultation.

Mais dans la plupart des cas, l'engagement dans une psychothérapie de la dyade ou de la triade se fera sans difficulté, entraînant l'apaisement parfois très rapide de la symptomatologie du bébé, puis des gains souvent conséquents dans le mode de fonctionnement psychique de la mère et du père. Il s'agit alors d'une vraie psychothérapie psychanalytique de la mère et/ou du père en présence du bébé dont les comportements en écho et les jeux réactivent des problématiques souvent brûlantes chez chacun de ses parents.

Du côté des psychanalystes, on le voit, il s'agit d'une pratique difficile, fatigante mais extrêmement riche et ranimant. Les

traitements peuvent être d'une durée variable de six mois à plusieurs années avec fréquemment un premier temps où père, mère et bébé viennent aux séances ensemble, avec parfois mère et bébé seuls et parfois père et bébé seuls, puis un deuxième temps où le bébé guéri disparaît des séances, laissant le champ libre à sa mère ou à son père maintenant très engagé(e) dans un processus psychanalytique.

Selon les thérapeutes, la pratique peut différer : certains préfèrent adresser la mère ou le père à un autre psychanalyste lorsque le bébé devenu jeune enfant est considéré comme guéri, d'autres, dont je suis, pensent que le capital transférentiel établi avec le bébé reste un élément très positif pour la poursuite du traitement avec le même thérapeute pour une durée qui peut être longue. L'existence de cette période sensible qui accompagne les premières années de la vie de l'enfant peut conduire des parents qui n'y étaient initialement nullement disposés à s'engager dans un processus psychanalytique dont les bienfaits seront souvent inespérés pour leur enfant d'abord mais pour eux- mêmes aussi.

S'il n'y a pas de contre-indication aux traitements psychanalytiques de la dyade ou de la triade, comme je le soutiens, on voit que l'avenir de la psychanalyse peut trouver là de réels succès dans l'intérêt des bébés, des jeunes enfants et de leurs parents.

Bibliographie

Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Collection « Le fil rouge », Paris, PUF, 1993

Debray R., *Clinique de l'expression somatique. Psychanalyse des liens psyché-soma*, Collection "Champs psychanalytiques", Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1996

Fraiberg S., *Clinical Studies in Infant Mental Health The First Years of Life*, Tavistock Publications, 1980

Lebovici S., Weil-Halpern F., *Psychothérapie du bébé*, Paris, PUF, 1989.