

Traumas précoces, clivages et relation transfert-contre transfert

Auteur(s) : Alberto Konicheckis

Mots clés : clivage - contre-transfert - corporéation - objet (transformationnel) - symbolisation primaire - tache aveugle - transfert - trauma/traumatique/traumatisme - trauma/traumatisme/traumatique (sexuel précoce)

Des passages de ce texte ont déjà été publiés dans : Konicheckis A. (2004) Noyaux traumatiques précoces et transgénérationnalité. In : A. Anzieu et C. Gérard, *Traumatisme et contre-transfert*. Paris, In Press, Ed. SEPEA, pp. 53-71.

Le modèle freudien du traumatisme, inspiré par l'organisation bi-phasique de la sexualité humaine, structuré par le scénario œdipien, peut être complété, prolongé et enrichi par d'autres modalités de trauma qu'il convient de qualifier de précoces. Celles-ci s'intriquent avec les autres formes de trauma. Les traumas précoces se caractérisent essentiellement par la prééminence de processus psychiques dépourvus de représentations, où les sujets et les objets psychiques ne sont pas tout à fait constitués et où les processus de clivage prévalent sur les refoulements. Un noyau traumatique précoce peut être dégagé à partir de diverses manifestations psychopathologiques, de la fonction de l'objet ainsi que des taches aveugles dans la relation transféro-contretransférentielle.

1. Traumatisme sexuelle et clivage précoce

Tout en s'en différenciant, les traumatismes précoces peuvent être abordés en comparaison au modèle freudien du traumatisme conçu à partir de l'organisation bi phasique de la sexualité humaine, structurée par le scénario œdipien. Le schéma général de tout traumatisme relève du point de vue économique : un excès d'excitation par rapport auquel le psychisme se trouve dans l'impossibilité de répondre d'une manière adéquate. Le trauma résulte d'exigences quantitatives intenses qui excèdent les qualités élaboratives de la personne. L'enfant d'avant la puberté se définit par le manque d'une expérience physiologique susceptible de donner corps aux fantasmes. Lors du deuxième temps de la sexualité, inauguré par la puberté, se produit un bouleversement important : ces mêmes fantasmes œdipiens, de nature incestueuse et meurtrière, qui jusqu'alors comprenaient le sexuel infantile, deviennent eux-mêmes traumatiques, car ils possèdent désormais la redoutable possibilité de, littéralement, s'incarner dans un nouveau corps.

Tout traumatisme concerne donc un fonctionnement précoce, dans ce sens où quelque chose se produit trop tôt par rapport aux possibilités psychiques ou physiologiques de son expérimentation. Toutefois, pour qualifier les excitations, les enfants ou les adultes disposent de moyens de représentation et de symbolisation nettement plus importants que ceux des bébés. L'univers des fantasmes autorise une grande plasticité grâce aux nombreuses combinaisons possibles des destins pulsionnels : renversement en son contraire, retournement sur la personne propre, sublimation,

le tout ordonné par des processus aussi complexes que le refoulement.

L'organisation représentationnelle, objectale et fantasmatique n'est pas encore dominante dans le psychisme des bébés. Ils ont à faire aux objets, représentations, et fantasmes des personnes de leur entourage, mais pas encore aux leurs. Ils possèdent des capacités de formation des symboles, certes, mais elles s'avèrent trop limitées pour juguler les excès d'excitations. Le bébé, sensible surtout aux aspects quantitatifs de l'expérience, procède dans un sens inverse de la mise en représentation. D'abord, il s'évertue à dé-composer la qualité des représentations environnantes pour la convertir en quantité assimilable par son psychisme. Il s'apaise par des activités motrices comme par exemple le bercement qui lui assure un écoulement agréable des sensations.

Le bébé écarte de lui ce qu'il ne parvient pas à intégrer. Ses mouvements expulsent ou introjectent. Se produisent alors des formes primaires de clivage. Prenons l'exemple d'un petit trauma quotidien, extrait d'une observation de Robin, bébé de trois mois. Au moment du change, il est allongé et sa mère manipule et nettoie le bas de son corps, gestes de soin que visiblement il ressent comme agressifs. Son attention et son investissement psychiques se portent alors vers le haut, plus précisément vers la figure d'un ours peinte sur l'armoire de la salle de bain. Se crée ainsi une sorte de clivage entre le haut du corps, en éveil, attaché à l'ours peint sur l'armoire, et le bas, désinvesti et donc déconnecté de la personne de l'enfant. Une partie du corps et de l'expérience personnelle est coupée, retranchée du reste de la personne.

Le schéma de cette dissociation précoce lors d'une expérience traumatique ne diffère pas de celui des états hypnoïdes des patientes hystériques analysées par Freud (1895). Seulement, lors d'expériences précoces, comme celle quotidienne, à l'heure du change de Robin, où les possibilités représentationnelles restent encore rudimentaires, la souffrance ne peut pas être refoulée, comme ce serait le cas d'une patiente hystérique, mais elle est plutôt clivée et séparée.

Le bas du corps n'a pas encore acquis pour Robin un sens génitalisé. La castration ne constitue pas encore le cœur de ses angoisses fantasmatisques. Pour la subjectivité du tout jeune enfant, l'enjeu essentiel consiste à établir un sentiment de continuité à exister. L'angoisse signal chez lui se déclenche devant les situations où il éprouve un danger d'ordre vital, d'être ou de ne pas être en vie, ce que Winnicott (1989) regroupa dans le terme générique d'agonies primitives. Probablement, la mère dépose des empreintes de ses propres refoulements dans le soin qu'elle prodigue aux zones génitales de son enfant. Dans un texte précédent (Konicheckis, 2012), j'ai essayé de montrer comment, suivant la nature du clivage, ces traces, sensorielles, embryons de sens, pourront ou non être réinvesties ultérieurement par les fantasmes.

2. Ressources symbolisantes chez le bébé

Chez le tout jeune enfant, il existe des possibilités précoces de modifier ces mini traumatismes grâce à des symbolisations à travers des expériences corporelles. Elles sont susceptibles de maintenir

et de contenir les investissements. Elles permettent aux expériences psychiques les plus rudimentaires de prendre corps. Chez le tout jeune enfant, la subjectivité se forme sur la base des liens entre le soma et la psyché. Le fonctionnement corporel donne forme et imprime une certaine modalité d'être au psychisme, lequel, à son tour, utilise les images biologiques pour ses transformations. Ces symbolisations corporelles apportent une médiation à l'immédiateté des quantum d'excitation et évitent au moi d'être subjugué par les débordements pulsionnels.

À partir d'une riche expérience clinique auprès d'enfants autistes et d'observations de bébés, Haag (1990) évoque le phénomène de « corporéation » (p. 10), où les perceptions et les sensations corporelles comme par exemple le mamelon dans la bouche, le contact cutané du dos avec un objet extérieur ou celui du sommet de la tête avec la paroi du berceau, se constituent en représentations qui apportent les ébauches du sentiment de soi.

L'Institut Emmi Pickler de Budapest a apporté une attention toute particulière à la motricité des enfants. Comme le signalent Tardos et David (1991) dans leur recherche à partir d'observations d'enfants accueillis à la pouponnière de Loczy, par sa motricité, l'enfant règle les différentes expériences auxquelles il est soumis. Elles postulent un mode de penser corporel, où, par l'intermédiaire des modifications de postures, l'enfant enrichit ses propres possibilités développementales. Dans cette pouponnière, des soins et des attentions particuliers sont apportés aux enfants pour leur permettre d'exercer librement leur activité corporelle.

Récemment, avec J. Vamos, nous avons mis en évidence l'importance des ressources du mouvement pour le tout jeune

enfant (Konicheckis, Vamos, 2013). Le mouvement corporel se déploie comme un fil qui rassemble les excitations éparses et diffuses. Son trajet, qui est aussi un pro-jet dans l'espace, extériorise et dessine les premiers contours du self. L'identification à ses propres mouvements favorise les premiers sentiments identitaires personnels. Le mouvement ajoute une dimension temporelle supplémentaire à l'expérience dans la mesure où la simultanéité spatiale des excitations peut se déployer dans la succession des moments. Le mouvement comporte le berceau de la représentation de l'objet.

Chez le tout jeune enfant, il existe donc des modalités de symbolisations d'intégration corporelle des expériences, ce qu'on a nommé signifiants formels (D. Anzieu), signifiants de démarcation (G. Rosolato), protoreprésentations (M. Pinol-Douriez), pictogramme (P. Aulagnier) et que R. Roussillon (1999) propose de généraliser par le terme de symbolisations primaires. Ces différentes modalités de symbolisation, analogiques plutôt que codifiées, sensorielles, perceptibles, et corporelles avant d'être mentales, personnelles et donc difficilement partageables, tentent de donner forme aux toutes premières expériences somatiques.

Les échecs de ces symbolisations primaires risquent d'entraîner différents troubles psychopathologiques comme des mouvements désordonnés, les états d'excitation maniaque, les stéréotypies ou les objets-sensations décrits par Tustin (1992). Dans son texte, « Mécanismes de défenses pathologiques au cours de la petite enfance », S. Freiberg (1993), reprend des éléments de la théorie du traumatisme présentés par Freud pour dégager certains processus psychiques typiques chez le bébé où les manifestations corporelles apparaissent au premier plan : évitement de tout

contact, réactions de gel, mouvements désordonnés et auto agressions.

3. Noyaux traumatiques précoces

À partir des différences recensées entre le traumatisme issu de l'organisation biphasique de la sexualité humaine et les traumas précoces, différences qui se manifestent par les possibilités représentationnelles, par la plasticité et la nature des processus et par les modalités de souffrance psychique en jeu ainsi que par les types de pathologies qui se développent dans leurs sillages, on peut envisager un fonctionnement psychique particulier, constitué par un noyau traumatique précoce, différent sur ces points justement à celui caractéristique des dysfonctionnements des névroses traumatiques.

Faute de pouvoir être symbolisée, une partie somatique et sensorielle de l'expérience personnelle de souffrance primaire est exclue, retranchée, amputée de la personne, pour former une sorte de noyau difficile à incorporer et encore plus à introjecter. Elle est clivée plutôt que refoulée. La personne n'a pas accès à des expériences subjectives qui se détachent et s'éloignent d'elle. Se produisent alors des formes primaires de dépression (Racker, 1957), des appauvrissements, des diminutions, des douleurs suite à la perte non pas d'objets du monde extérieur, mais aux possibilités et potentialités propres au self. Les aspects à la fois quantitatifs et absolus des traumas précoces, rendent cette modalité de fonctionnement particulièrement invalidante, car les dépressions primaires empêchent chez l'enfant la projection de leurs motions internes sur les objets de leur environnement.

Le trauma ne se réfère pas à un événement extérieur, mais au développement d'un mode de fonctionnement autochtone particulier. Le noyau traumatique, enfermé sur lui-même, sollicite des investissements et des contre investissements permanents pour se maintenir écarté, ce qui affaiblit considérablement les capacités élaboratives de la psyché. Il négative les possibilités de symbolisation en maintenant l'appareil psychique tout entier occupé à préserver cette organisation qui lui assure le sentiment de se maintenir en vie. L'accumulation traumatique ne provient pas seulement des événements extérieurs, mais de cet affaiblissement et manque de disponibilité croissants de l'appareil psychique à transformer ses expériences personnelles.

C'est le fonctionnement, ou plutôt le dysfonctionnement, psychique lui-même qui favorise l'accumulation des traumas. Les noyaux traumatiques primaires, qui se développent en dehors des possibilités introjectives du psychisme, forment des points d'attrait pour de nouvelles expériences de souffrance à exclure. Ce point de fixation, noir et aveugle, qui mine et diminue le self rappelle le refoulement originaire dont parle Freud (1914), si ce n'est justement que dans ces noyaux traumatiques primaires le refoulement ne peut pas être mis en jeu. Leur caractère primaire provient du type de processus qu'ils mettent en œuvre : dans les expériences sensori-motrices et corporelles, des clivages, dénis, aliénations, forclusion et non pas tellement du refoulement qui requiert des formes psychiques structurées par des objets et des représentations. Dans « *La crainte de l'effondrement* », Winnicott (1989) avance l'hypothèse d'une organisation défensive contre les effets d'un traumatisme primaire clivé, que, sur de nombreux points, il différencie clairement d'une forme secondaire du

traumatisme dominée par le refoulement.

4. Présence de l'autre et tache aveugle contre-transférentielle

Pour comprendre comment ce noyau traumatique, déconnecté, fermé sur lui-même se manifeste dans la relation transfert-contre transfert, il me paraît important de réfléchir aux différentes fonctions précoces de l'objet, car la difficulté à s'ouvrir à la relation à l'autre comporte une de conséquences majeures de cette forme primaire de dépression. Chez le tout jeune enfant, l'objet extérieur n'existe pas seulement sous une forme fantasmatique. Le jeune enfant a impérativement besoin d'une action extérieure pour soulager ses états de détresse et pour moduler les afflux incessants d'excitation, ce qu'il a été convenu de nommer la fonction parexcitante. Pour l'enfant, l'objet, probablement peu différencié de ses propres besoins, existe sous une forme sensorielle plutôt que représentationnelle. Le bébé différencie peu ses propres besoins de l'objet et de la sensation qu'il produit. L'objet est la sensation.

Pour Winnicott (1971), il est important d'envisager la coïncidence entre perception et présence réelle de l'objet et non pas seulement la représentation qui implique l'absence de l'objet. Cette présence sensorielle et effective de l'objet est une condition nécessaire pour la formation des représentations précoces. Des observations quotidiennes, comme celle du jeune Pablo, bébé de 7 jours, filmé par l'équipe de la pouponnière de Sucy en Brie¹, montrent qu'un enfant repu et satisfait s'endort dans les bras de

la mère, là où il ressent encore ses odeurs, ses battements de cœur, l'air de sa respiration, le contact de sa peau. Son corps se détend. Il s'affaisse sur le sein de sa mère et s'endort paisiblement. Un sourire béat atteste d'un sentiment de satisfaction. Sa mimique, et certains signes facilement perceptibles, nous permettent de noter que par son activité onirique, il revit une expérience émotionnelle semblable à celle qu'il vient de partager avec sa mère. La mère dépose alors délicatement le bébé dans son berceau qui se trouve dans la même pièce où s'est déroulée la tétée. Mais ce même enfant, Pablo, si calmement et profondément endormi, se réveille en sursaut peu de temps après avoir été posé dans son berceau éloigné du contact proche avec sa mère. En lui parlant doucement, la mère le reprend dans ses bras. Il cesse aussitôt de pleurer.

Cette courte séquence d'observation montre comment, dans l'intersubjectivité précoce, il semble difficile d'opposer radicalement la représentation à l'objet ou le mot à la chose. Les représentations psychiques, comme celles du rêve de Pablo, se forment en continuité, en complémentarité, et non pas en opposition, avec l'expérience sensorielle partagée avec l'objet. L'autre n'est pas un pur objet absent ou de substitution symbolique. Lors de certaines cures psychanalytiques d'adultes, en absence de cette expérience d'un lien sensoriel, vivant et réel, toute élaboration fantasmatique et représentationnelle, devient impossible. Le sujet et l'objet se forment simultanément. Le sentiment d'existence de l'objet donne en retour un sentiment d'existence au self. La création de représentations de soi peuvent ainsi être des objets support d'identification pour l'autre, l'objet.

La complémentarité entre la sensorialité et la formation de représentations contient également des potentialités pathologiques. Le ressenti sensoriel de l'objet apporte au bébé la sensation d'une continuité dans l'autre qui lui assure en même temps un sentiment vital d'exister. Les discontinuités alors sont éprouvées non pas comme des séparations - pour qu'il y ait séparation encore faut-il que l'enfant reconnaisse l'objet - mais comme des déchirures dans sa propre personne. Existente également les risques d'empiètement des adultes dans le psychisme de l'enfant. Dans la relation intersubjective, le parent engage sa vie psychique, avec toute sa cohorte d'attentes et projections, intrinsèques aux tous premiers liens.

La proximité affective entre l'enfant et les adultes de son entourage, doublée par ces formes primaires d'identification, par lesquelles l'enfant tente de réduire toute différence entre lui et les objets de son environnement, posent en permanence des problèmes identitaires, de subjectivation et de personnalisation. Les formations représentationnelles chez l'enfant lui permettent de s'extraire des limbes de l'indifférenciation, entre son self et l'autre, entre le soma et la psyché, entre le dehors et le dedans, entre l'amour et la haine, pour créer peu à peu ses propres contours. Seulement alors peuvent se développer les fantasmes qui offrent à l'enfant des nouvelles libertés par rapport à la concrétude contraignante de l'objet.

Depuis plusieurs années, et tout particulièrement dans son texte « *L'infantile dans la relation analytique* », F. Guignard (1996) développe et approfondit une réflexion sur la formation de taches aveugles dans la cure analytique. Il s'agit d'une formation psychique nécessairement co-créée par au moins deux

protagonistes et soutenue par des identifications intersubjectives complémentaires. Témoin d'une sorte de télescopage entre le patient et l'analyste, F. Guignard considère que la tache aveugle se manifeste par un manque à représenter, éprouvé comme la perte d'un objet signifiant.

On peut s'interroger s'il n'y a pas lieu de déceler dans la situation analytique, des taches aveugles formées à partir de blessures et souffrances liées non pas directement au sexuel infantile, organisé par la problématique œdipienne, mais à des organisations narcissiques primaires, où il serait difficile d'évoquer la perte d'un objet signifiant, car pour l'enfant, cet objet n'a probablement pas encore pris ni place ni forme, et ce, en raison justement de la précocité du trauma.

Dans la relation transfert contre-transfert, en lien avec des traumas précoces, l'analyste risque d'éprouver des expériences de déconnexion psychique, en creux. La situation psychanalytique favorise le retour de ces expériences en négatif. Par des modes précoces d'identification projective, où l'analyste s'identifie à des formations internes du patient, il éprouve ce que ces objets, insuffisamment constitués, représentent pour le psychisme du patient.

Le contre-transfert ne survient donc pas seulement comme un processus réactif au transfert du patient. Il ne comporte pas seulement une relation d'objet, mais aussi une relation entre différentes parties du self. La fonction de l'analyste consiste alors à tenter de réunir ces différents fragments du psychisme de son patient déployés dans la situation analytique. Dans les situations transférentielles, en rapport aux traumas précoces, l'analyste

risque de résister aux identifications projectives à ces fragments primaires, peu organisés, source de souffrance pour le patient, car il s'expose à éprouver des sentiments de rejet, de dépression voire de persécution, et de rejouer ainsi ce que les objets premiers eurent comme fonction pour le patient.

Le processus analytique comporte aussi un temps élaboratif, qui correspondrait à ce que Bollas (1989) nomme l'objet transformationnel. Extérieure au patient, susceptible de réguler, moduler et modifier les données sensorielles, cette fonction de l'objet rend possible des transformations psychiques. Les identifications relèvent aussi de ce processus. L'analyste se propose au patient comme objet doté d'une activité dynamique, capable de développer des processus psychiques de liaison et d'élaboration. À son tour, l'analysant s'identifie à cette activité psychique transformationnelle qui, dans les tous premiers liens psychiques entre le bébé et son environnement, se présente comme une exigence absolue.

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 21 janvier 2015

Bibliographie

- Bollas Ch., L'objet transformationnel. *Revue française de psychanalyse*. LIII, 4, 1989.
- Fraiberg S., Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. *Devenir*, Vol. 5, N° 1, 1993.
- Freud S. (1915) Le refoulement. Métapsychologie. *Œuvres complètes* XIII. Paris, P.U.F., 1988.
- Freud S., Breuer J., (1895) Etudes sur l'hystérie. Paris, P.U.F., 1967.
- Guignard F., *Au vif de l'infantile*. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1996.
- Haag G. (1990) Corps et liens. 3ème. Colloque G.E.C.P. Aix en Provence, G.E.C.P.

- Koniceckis A. (2012) Subjectivation et sensorialité : les embryons de sens. *In*: Mellier D., Ciccone A. et Koniceckis A. (éd.), *La vie psychique du bébé*. Paris, Dunod, 9-27.
- Koniceckis A., Vamos J. (2013) Être en mouvement. Les fonctions psychiques du mouvement éclairées par les enfants de l'Institut Pikler-Loczy. *In* : Boubli M, Danon-Boileau L. (éd.) *Le bébé en psychanalyse*. Monographie de la Revue Française de Psychanalyse. Paris, P.U.F., 81-97
- Racker H., Contribution to the Problem of Psychopathological Stratification. *Int. J. of Psa.*, XXXVIII, 1957.
- Roussillon R., *Agonie clivage et symbolisation*. Paris, P.U.F., 1999.
- Tardos A., David M. (1991) De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self. *Devenir*, 4, 9-33.
- Tustin F. (1990) *Autisme et protection*. Paris, Seuil, 1992.
- Winnicott D. W. (1971) Jouer Proposition théorique. *Jeu et réalité*, ch. III. Paris, Gallimard, 1975.
- Winnicott D. W. (1989) La crainte de l'effondrement. *In* : La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris, Gallimard, 2000.