

Pour rendre compte, aujourd'hui, de la théorie du traumatisme en psychanalyse, il est nécessaire de renverser la chronologie de son élaboration théorique, et de considérer deux paramètres :

- le traumatisme, comme agent d'une déliaison pulsionnelle ;
- les séquelles du traumatisme qui constituent et agissent comme une source pulsionnelle secondaire.

Ainsi, lorsque l'on est conduit à parler du traumatisme 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 terme de bloc « défense / trauma ».

Concept central au sein de l'appareil théorique de la psychanalyse, le traumatisme garde cette place tout au long du développement de l'œuvre de S.Freud qu'il traverse de bout en bout (de l'Esquisse, 1895, à L'Homme Moïse, 1939) en subissant, au gré des avancées, d'importants remaniements sur le plan métapsychologique, du fait, entre autres, des propositions avancées par S.Ferenczi lors des dernières années de sa vie (1928-1933).

1/ Le traumatisme, concept central dans l'œuvre freudienne

Trois moments peuvent être dégagés :

A/ Une première période qui va de 1895 à 1920

Le traumatisme se réfère au sexuel et, de ce fait, était intimement lié à la théorie de la séduction : ce modèle, qui désigne l'action de la « séduction » sexuelle comme présidant à l'organisation de la névrose (qui intéresse la mémoire, le refoulement et sa levée), est celui qui prédomine jusqu'en 1920.

A l'intérieur de cette première période, deux moments doivent être distingués :

- un premier moment (de 1895 à 1900 / 1905), pendant lequel S.Freud établit que le modèle princeps de l'action du traumatisme lié à une séduction est celui du modèle en deux temps (« après-coup ») de l'Esquisse¹ et des Études sur l'hystérie² ; c'est aussi le moment (« je ne

¹ Freud S. (1895), Esquisse d'une psychologie scientifique, in La naissance de la psychanalyse, Paris, P.U.F., 1969.

² Freud S. et Breuer J. (1895), Études sur l'hystérie, Paris, P.U.F., 1965 ; « Les hystériques souffrent d'un traumatisme psychique qui n'a été qu'incomplètement abrégé » ; « les hystériques souffrent de réminiscence ».

crois plus à ma neurotica », 1897) où c'est le « fantasme » et non plus la séduction qui devient le facteur traumatique princeps et préside à l'organisation de la névrose ;

- un second moment (de 1905 à 1920), pendant lequel S.Freud retrace le « développement sexuel infantile » et élabore la métapsychologie ; en termes de développement sexuel infantile et de théorie de la libido, les situations traumatiques paradigmatiques sont liés aux « fantasmes originaires » et aux angoisses afférentes [angoisse de séduction, castration, scène primitive, complexe d'Œdipe] ; le traumatisme est en rapport avec la force pressante des pulsions sexuelles et la lutte que leur livre le Moi ; tous les conflits et tous les traumatismes sont envisagés par référence aux fantasmes inconscients et la réalité psychique interne.

B/ À partir de 1920, le traumatisme prend une nouvelle dimension du fait qu'il devient un concept emblématique (métaphorique) des apories économiques de l'appareil psychique ; dès lors, le traumatisme représente une « effraction du pare-excitation »³ : l'Hilflosigkeit - la détresse du nourrisson - 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 ; dans les années qui suivent, dans Inhibition, symptôme et angoisse (Freud S., 1926)⁴, S.Freud propose une nouvelle théorie de l'angoisse et met l'accent sur le lien entre le traumatisme et la perte d'objet (introduisant dès lors la question, qui deviendra ultérieurement centrale en psychanalyse, des liens à l'objet)⁵ ; à partir de 1920, au terme de traumatisme, s'adjoint celui de traumatique.

C/ À la fin de son œuvre, dans L'Homme Moïse (1939)⁶, S.Freud souligne que les expériences traumatiques originaires constitutives de l'organisation et du fonctionnement psychique [« Nous appelons traumatismes les impressions éprouvées dans la petite enfance, puis oubliées, ces impressions auxquelles nous attribuons une grande importance dans l'étiologie des névroses »] peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi et créer des blessures d'ordre narcissiques (ce que S.Ferenczi a souligné lors de ses toutes dernières avancées) ; par ailleurs, Freud distingue deux effets, positifs et négatifs (« un État dans l'État »), du traumatisme (pour lequel, ici, on peut proposer le terme de trauma).

³ Freud S. (1920), Au delà du principe de plaisir, O.C.F., XV, Paris, P.U.F., p.273-338.

⁴ Freud S. (1926), Inhibition, symptôme et angoisse, O.C.F., XVII, Paris, P.U.F., p.203-286.

⁵ Le traumatisme est lié à l'angoisse de séparation où aux angoisses que la séparation entraîne, ainsi Freud distingue cinq types d'angoisse : l'angoisse du trauma de la naissance ; l'angoisse de la perte de la mère en tant qu'objet ; l'angoisse de perte du pénis ; l'angoisse de perte de l'amour de l'objet ; l'angoisse de perte de l'amour du surmoi.

⁶ Freud S. (1939), L'Homme Moïse et la religion monothéiste, Paris, Gallimard, 1986.

2/ Traumatisme, traumatique et trauma : trois « versions » métapsychologiques

En m'appuyant sur cette évolution en trois temps du concept de traumatisme dans l'œuvre freudienne je propose de distinguer 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 au regard de la cure psychanalytique :

- 1/ le traumatisme vient désigner la conception générique du trauma ; plus spécifiquement il désignerait, ce qui, dans la cure psychanalytique, apparaît comme les effets représentables, figurables et symbolisables de l'effet traumatique de l'organisation fantasmatique du sujet (fantasmes originaires au premier chef desquels, le fantasme de « séduction », associé aux fantasme de « castration » et de « scène primitive »), ainsi que du poids du sexuel sur celle-ci ; c'est ce que, classiquement, l'on voit apparaître dans l'organisation des types de fonctionnement psychique qui relèvent des névroses dites « névroses de transfert » ;
- 2/ le traumatique vient plus spécifiquement désigner l'aspect économique du traumatisme (le défaut de « pare-excitant », etc.) ; ce principe économique entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à « empreinte traumatique » ou « en traumatique » ; même si une partie de ses effets peuvent être représentables, figurables et symbolisables, ils ne le sont jamais totalement ;
- 3/ le trauma viendrait désigner l'action positive, mais surtout négative, du traumatisme sur l'organisation psychique ; comme S.Freud le suggère, il peut entraîner des « atteintes précoces du Moi » sous forme de « blessures d'ordre narcissique » ; ces traumas (qui concernent les empreintes de l'objet, ou l'action de l'environnement et qui peuvent survenir avant l'établissement du langage) viennent perturber et renforcer les premiers opérateurs défensifs tels le déni, le clivage, la projection (l'identification projective), l'idéalisation, l'omnipotence, etc. ; ils peuvent organiser des « zones psychiques mortes » (« cryptes », Abraham N., Torok M. ⁷) du fait de l'absence de représentation, de figuration et de symbolisation qu'ils entraînent. Ce qui est ainsi désigné par « trauma » intéresse donc les catégories du primaire et de l'originaire en articulation avec les catégories œdipiennes classiques, ce qui, de ce fait, situe ce concept au centre des préoccupations de toute l'analyse contemporaine.

⁷ Abraham N., Torok M. (1975), « L'objet perdu-moi ». Notations sur l'identification endocryptique, L'Écorce et le noyau, Éditions Aubier Montaigne, 1978, p.295-317.

3/ La question du traumatisme est étroitement liée à celle des avancées en psychanalyse

1/ Si S.Freud a établi le concept de traumatisme, c'est S.Ferenczi qui a approfondi la question du traumatisme, versus trauma tel que je viens de le définir (« endommagement narcissique », « auto-clivage narcissique », « déchirure du Moi », etc.).

A/ Les hypothèses avancées par S.Ferenczi vont pour l'essentiel concerner une formulation métapsychologique de la théorie de la séduction en articulation avec celle du traumatisme qui témoigne de l'inévitable de la séduction liée à l'objet (objet « trop présent » ou « trop absent » - de toute façon, « objet en trop », c'est à dire objet qui marque de son empreinte quantitative la constitution de l'objet primaire interne). En ceci, elles intéressent ce qui est au centre de la clinique dite « d'aujourd'hui »⁸.

Pour S.Ferenczi, le trauma n'est pas seulement lié aux conséquences d'un fantasme de séduction ou de castration, mais il trouve son origine dans les avatars d'un certain type de destin libidinal lié à l'action excessive et violente d'une excitation sexuelle prématurée, qui, suivant certaines circonstances, prend alors la valeur d'un viol psychique. Cette effraction a pour conséquence la sidération du Moi, ainsi que l'asphyxie, voire l'agonie de la vie psychique : ainsi, pour S.Ferenczi, le trauma doit être considéré comme résultant d'une absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse.

Cette absence :

- mutile à jamais le Moi du fait du traumatisme narcissique qu'elle opère comme des clivages qu'elle crée ;
- maintient une souffrance psychique en relation à l'intériorisation d'un objet primaire « défaillant » ;
- et entraîne une sensation de détresse primaire (d'Hilflosigkeit) qui, la vie durant, se réactive à la moindre occasion.

B/ Les traumas ont ainsi pour S.Ferenczi un soubassement métapsychologique bien différents de ceux que S.Freud théorisait à l'époque, puisque, pour lui, il ne s'agirait pas de trauma secondaire à une séduction (via les soins maternels ou via l'absence de l'objet – comme S.Freud le propose à partir d'Inhibition, symptôme et angoisse), mais il serait ici question de viol de la pensée et de l'affect - par disqualification de l'affect et par le déni de la reconnaissance de l'affect et de l'éprouvé de l'enfant par l'objet (la mère, ou son tenant lieu).

Ces conjonctures psychiques entraînant des subordinations, soit du fait :

- des « excès » des demandes parentales ;

⁸ Bokanowski T. (2000), Regards sur le traumatisme en psychanalyse : une perspective historique, « Traumatismes », Actualités psychosomatiques, Association Genevoise de Psychosomatique (AGEPSO), N°3, p.31-50.

- des « privations d'amour » (tant sur le plan primaire que secondaire) ;
 - des « méconnaissances » des besoins de l'enfant,
 qui, tous, engendrent une « paralysie psychique », voire une sidération psychique, due pour l'essentiel au désespoir.

Dans une telle conjoncture, avance S.Ferenczi, le processus analytique voit à l'œuvre un patient / enfant traumatisé qui, débordé par ses défenses, se retire de sa sphère psychique, opère un clivage narcissique et observe l'événement traumatique (« instance auto-perceptive »), tout en s'abandonnant à un inéluctable destin de « nourrisson savant »⁹.

Comme on le voit, avec de telles avancées, non seulement la nature du trauma se modifie considérablement, mais de plus ses effets s'aggravent : non seulement la sexualité est loin d'être seule en question, mais encore, défendant sa conception de la confusion des langues, S.Ferenczi décrit ici une modalité, jusque là inaperçue, du traumatisme, puisqu'il met en cause la nature de l'objet (et par voie de conséquence, celle de l'analyste : entre autres, son « hypocrisie professionnelle »).

On doit remarquer que le traumatisme dont il est question concerne tout autant les réponses de l'objet qui avaient fait défaut, que celles qui avaient été données de manière inappropriée (alors ressentie par le sujet comme « disqualifiante »), pour satisfaire les désirs de l'adulte ou pour parer à la détresse de l'enfant. On sait qu'après S.Ferenczi d'autres auteurs ont développé cette ligne de pensée : ce fut le cas plus particulièrement de D.W.Winnicott. C/ Avec S.Ferenczi, le trauma change donc de vertex, car s'il est apparemment sexuel (« séduction » de l'enfant par l'adulte - le « langage de la tendresse » confondu avec le « langage de la passion ») il s'inscrit, en fait, dans une expérience avec l'objet, non pas au regard de ce qui a eu lieu, mais au regard de et / ou dans ce qui n'a pas pu avoir lieu... expérience négativante du fait des « carences » de l'objet primaire liées à une série de non-réponses de celui-ci face aux besoins affectifs du sujet, entraînant chez ce dernier une « agonie », une « asphyxie » de la vie psychique, une « paralysie » de la pensée, une « paralysie » du Moi, secondaires à ses blessures non cicatrisables ; ceci entraîne une « auto-déchirure » (un clivage) dont il dit qu'elle transforme brutalement « la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique »... un « fait d'observation générale »¹⁰.

D/ Ainsi, les avancées de S.Ferenczi concernent le fait qu'il a reconnu, avant quiconque :

- l'importance de l'environnement et des empreintes psychiques maternelles ;

⁹ Bokanowski T. (2001), Le concept de « nourrisson savant », une figure de l'infantile (L'infantile, le trauma et l'asphyxie de la vie psychique), in Le nourrisson savant Une figure de l'infantile, sous la dir. D.Armoux et T.Bokanowski, Collection de la SEPEA, Paris, Éditions In Press, p.13-32.

¹⁰ Ferenczi S. (1934), Réflexions sur le traumatisme, Œuvres Complètes, IV (1927-1933), Paris, Payot, 1982, p.139-147.

- la prise en considération de l'importance, pour certains patients dans le cours de l'analyse, de l'établissement et du développement d'une relation primaire (établissement d'une « relation symbiotique primitive »), permettant la compréhension des fantasmes précoces mère-enfant ;
- l'importance de l'amour primaire et de la haine primaire : la haine étant un moyen de fixation plus fort que l'amour (« l'amour de la haine ») ;
- le clivage entre les pensées et le corps (« clivage somato-psychique ») ;
- le « clivage du moi » et le « clivage narcissique » comme conséquences de traumatismes psychiques précoces (notamment dans les cas de traumatismes d'avant l'acquisition du langage) ; etc.

Il suffit de se référer aux dernières propositions de S.Ferenczi concernant l'effet du « traumatisme narcissique » et les atteintes précoces du Moi qu'il entraîne (« effets négatifs » du trauma, repris par S.Freud dans L'Homme Moïse, en 1939), pour mesurer la place que S.Ferenczi accorde à la « destructivité » psychique et aux conséquences de celles-ci dans la cure ¹¹. C'est dans son Journal Clinique (janvier-octobre 1932) ¹², écrit qui n'était pas destiné à la publication, qu'il a tenté, à sa façon, de rendre compte de la négativité (morbidité) du trauma. Dans ce texte, il est conduit, au fil de ses investigations clinico-théoriques ainsi que théorico-pratiques, à interroger les effets de la « douleur » psychique et de ses conséquences dans les catégories psychiques qui relèvent des failles auto-érotiques, des avatars de l'amour et de la haine primaire, ainsi que des manques au niveau du narcissisme primaire, ceci entraînant des clivages narcissiques, des défauts de symbolisation et des troubles de la pensée, des états d'altération du Moi (« états-limites »), des dépressions anaclitiques, voire essentielles, des transferts passionnels, etc. ¹³

2/ Chez D.W.Winnicott, qui prolonge S.Ferenczi, le trauma est en relation :

A/ avec la dépendance : « Le traumatisme est un échec en rapport avec la dépendance. Le traumatisme est ce qui 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 » ¹⁴. Le traumatisme vient de « l'effondrement dans l'aire de confiance à l'égard de l'environnement généralement

¹¹ On peut se rappeler que le concept de « pulsion de mort » tient une place non négligeable dans la pensée de Ferenczi ; pour s'en convaincre il suffit de se reporter à « Notes et fragments » (1920 ; 1930-1933), où en date du 10.VIII.1930, celui-ci écrit : « Tout être vivant réagit probablement à une excitation de déplaisir par une dissolution commençant par une fragmentation (pulsion de mort ?). Mais au lieu de "pulsion de mort", il faudrait plutôt choisir un mot qui exprime la complète passivité de ce processus. » ; Ferenczi S. (1927-1933), Psychanalyse, IV, Paris, Payot, 1982.

¹² Ferenczi S (1932), Journal Clinique (janvier - octobre 1932), Paris, Payot, 1985, 298 p.

¹³ Bokanowski T. (1997), Sándor Ferenczi, Collection "Psychanalystes d'aujourd'hui", Paris, P.U.F., 1997, 128p.

¹⁴ Winnicott D.W. (1965), Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille, La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Gallimard, 2000, p.292-312.

prévisible ». Ici D.W. Winnicott désigne une mère aux prises avec une difficulté à pouvoir 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 ». Ce défaut d'accompagnement par l'objet maternel, indispensable pour l'acquisition du sentiment d'autonomie de l'enfant, crée un traumatisme en brisant la capacité de l'enfant à « croire en », ce qui entrave la structuration de sa personnalité et l'organisation du moi. 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 ».

B/ avec la temporalité qui dans certaines situations extrêmes entraîne le passage de l'angoisse à la douleur, puis de la douleur à l'agonie : « 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 »¹⁵.

C'est ceci qui conduit l'analyste à devoir 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 A., 1974)¹⁶.

3/ Chez M.Khan, le concept de traumatisme cumulatif¹⁷ 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 ; elles ne le deviennent, rétrospectivement, que si elles s'accumulent silencieusement et imperceptiblement.

4/ La question du trauma dans la clinique « d'aujourd'hui »

Les développements de la psychanalyse contemporaine permettent aujourd'hui d'aborder davantage l'hétérogénéité structurale de certains patients dont le registre de fonctionnement psychique se situe entre névrose et quelque chose qui s'apparente à une organisation non-névrotique : il s'agit de patients qui souffrent de leur difficulté à faire coexister et à « intégrer différents aspects d'eux-mêmes ressentis comme incompatibles » (Quinodoz D., 2000)¹⁸. Ces

¹⁵ Winnicott D.W. (1971), La localisation de l'expérience culturelle, Jeu et réalité, Gallimard, 1975, p.132-143.

¹⁶ Green A. (1974), L'analyste, la symbolisation et l'absence, La folie privée, Paris, Gallimard, 1990.

¹⁷ Khan M. (1974), Le concept de traumatisme cumulatif, Le soi caché, Gallimard, 1976.

¹⁸ Quinodoz D. (2000), La psychanalyse est vivante, Revue française de Psychanalyse, 64, 5, p.1489-1495.

patients souffrent de névroses graves, ou de névroses de caractère, et qui ont organisées des défenses drastiques d'ordre « narcissique ».

On peut observer qu'ils sont, d'un côté, apparemment en mesure de symboliser et d'utiliser les mécanismes psychiques secondaires (refoulement, négation, etc.), tandis que, de l'autre, ils ont recours, de manière prévalente, à des mécanismes psychiques défensifs tels que le déni, le clivage (clivage qui apparaît sous différentes formes - clivage du Moi, clivage de l'objet), l'identification projective massive, l'idéalisation (qui confine à la persécution), l'omnipotence, la forclusion et l'hallucinoïde, etc.

Ces patients présentent sur le plan de leur fonctionnement psychique la coexistence de deux aspects qui s'opposent :

- d'une part, un aspect que l'on peut apparemment qualifier « d'évolué » (ils semblent parfois avoir un accès à l'organisation œdipienne, ainsi qu'ils semblent avoir une aptitude au deuil et à la dépression) ;

- d'autre part, des aspects essentiellement régis par la compulsion de répétition (l'Agieren), les apories du narcissisme et de l'archaïque (processus primitifs et régressions), qui renvoient aux effets de la destructivité sur l'appareil psychique (Green A., 1983, Green A., 1993)^{19 20}.

Toutes ces personnes ont comme point commun d'éprouver des inhibitions graves, ainsi que des angoisses importantes : angoisses dépressives et / ou angoisses persécutrices.

Le travail analytique avec ces patients est souvent d'autant plus difficile qu'il fait apparaître des troubles de pensée associés à des défauts de symbolisation, qui entraînent des modalités conflictuelles de leur relation tant avec leurs objets internes qu'avec les objets de la réalité. Ce qui prédomine, c'est le destin de ce qui s'est joué, pour le sujet, dans la relation primaire avec l'objet primaire, pendant les phases d'organisation préobjectales, tant sur le plan des modalités de l'investissement d'objet que sur celui des identifications (identifications primaires).

De ces modalités d'investissement de l'objet primaire dépendront toutes les possibilités ultérieures de la constitution d'objets internes signifiants et structurants [triangulation conduisant à la constitution du complexe d'Œdipe (S.Freud) ; accession à la position dépressive (M.Klein) ; capacité à pouvoir créer subjectivement / trouver objectivement / et détruire l'objet (D.W.Winnicott), etc.]. Ceci conduit à devoir tenir compte et à mettre en lien, chez tout sujet en analyse, les différents aspects de ses conflits psychiques liés entre autres à

¹⁹ Green A. (1983), Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris, Éditions de Minuit.

²⁰ Green A. (1993), Le travail du négatif, Paris, Éditions de Minuit.

ses pulsions érotiques et à ses pulsions destructrices, à ses investissements objectaux comme à ses investissements narcissiques.

Il existe naturellement une interaction constante et une dialectique souvent conflictuelle entre les deux registres fondamentaux du fonctionnement psychique, le fonctionnement symbolique et le fonctionnement archaïque. Il importe aussi de préciser que les deux plans établis entre ces deux modèles ne s'excluent pas réciproquement, de même qu'ils ne sont pas toujours clairement différenciables, ce que montre, aujourd'hui, la clinique au quotidien.

Il est donc nécessaire d'écouter les modes d'expression de ces deux niveaux (névrotique et non-névrotique - narcissique) dans la cure analytique et de tenter de les aborder au moyen de l'interprétation. Ceci n'est pas chose aisée car, comme le décrit W.R.Bion (Bion W.R., 1957)²¹, ce qui soulage la partie « psychotique » de la personnalité augmente l'angoisse de la partie « non-psychotique » et vice-versa.

Cette question renvoie à celle des résistances : d'un côté, la résistance qui fait partie du déroulement processuel (par ex., le transfert négatif), de l'autre, la résistance au processus lui-même qui porte la marque de la négativité à l'intérieur même du processus, « résistance opposée à la mise à jour des résistances » (Freud S., 1937)²², témoignant d'une destructivité « flottante », répartie sur l'ensemble de l'appareil psychique et l'attaquant de l'intérieur.

A/ Le trauma et la clinique « d'aujourd'hui »

La question du trauma dans la clinique « d'aujourd'hui » se pense en relation avec la « mauvaise qualité » d'un objet approprié disponible pour recevoir les projections d'un psychisme en voie de développement, projections aussi bien positives que négatives (cf., l'enfant qui observe la manière dont la mère le regarde), ce qui entraîne la constitution d'un objet interne non-contenant, non-fiable, persécuteur, donc pathogène.

Dans la mesure où l'entourage proche (la mère ou son tenant lieu) ne propose pas à l'enfant qui l'investit de ses pulsions libidinales et de sa destructivité, l'espace psychique et la « capacité de rêverie » (Bion) pour transformer ses projections et les rendre moins persécutrices, donc moins angoissantes, celles-ci (ces projections) vont organiser les relations primaires dans une répétitivité persécutoire qui devient traumatique.

²¹ Bion W.R. (1957), Différenciation des personnalités psychotiques et non-psychotiques, Réflexions faites, Paris, P.U.F., 1983.

²² Résistances « non seulement à l'acte qui rend conscient les contenus du Ça, mais encore à l'analyse en général et partant à la guérison. » ; Freud S. (1937), *op.cit.* Nous savons quelle est l'une des réponses essentielles que Freud propose, dans le texte de 1937, à la question de la « résistance au travail analytique » et des butées ultimes aux progrès de la cure.

Si en outre, l'objet externe présente une pathologie importante (notamment une « folie maternelle » de nature projective), le sujet en devenir (l'infans) va être conduit à se cliver passivement, clivage statique (ou passif) (W.R.Bion)²³. Ce clivage pathogène, introduit par l'objet (ou l'environnement), doit être distingué du clivage dynamique (ou actif) qui permet de différencier les aspects bons / mauvais de l'objet, « clivage dynamique » dont il est nécessaire de rappeler la valeur développementale ; le « clivage statique » maintient des confusions : d'une part des confusions dans la vie libidinale, entre pulsions érotiques et pulsions destructrices, ainsi que des confusions au niveau identitaire ; par ailleurs le « clivage statique » entrave la constitution d'un « clivage dynamique » qui permet, notamment par le biais de la représentation des émotions et de la capacité à symboliser ses affects, un développement psychique authentique (vrai self).

B/ Deux types de traumatismes

Le traumatisme peut constituer un trauma dont la pathologie touche uniquement les processus secondaires, ou, au contraire, un trauma qui perturbe le fonctionnement, voire l'organisation, des processus primaires.

Deux types de trauma peuvent ainsi être observés :

- ceux qui désorganisent les processus secondaires et secondarisés ;
- ceux qui perturbent gravement l'organisation même de l'économie pulsionnelle et la symbolisation ; leur caractéristique est d'être dus à un trauma précoce.

a / Les traumatismes secondarisés, qui s'organisent sous la prévalence du principe de plaisir / déplaisir

Ils sont en relation avec la « théorie de la séduction » ; l'aspect essentiel de ces traumas est qu'ils désorganisent la topique psychique et les modes de rapport entre l'inconscient et le préconscient au sein du Moi ; les représentations de choses sont constituées et refoulées [le psychisme a pu organiser la représentation, la figuration et la symbolisation : c'est-à-dire le fantasme], mais celles-ci (les représentations de choses) se trouvent être mises dans une situation brutalement condensée et confondue avec la relation à un objet externe (mis en position d'objet « séducteur ») ; tout se passe comme si le fantasme inconscient se voyait brutalement « réalisé » ; ceci provoque un « collapsus topique » (Janin C., 1996)²⁴ qui désorganise « l'épreuve de réalité », « l'épreuve de la différence » (la fonction de censure) et la « secondarité » ; le « collapsus » est lié à une rencontre entre la réalisation interne du

²³ Bion W.R. (1963), Éléments de la psychanalyse, Paris, P.U.F., 1978, p.60 et note.

²⁴ Janin C. (1976), Figures et destins du traumatisme, Le fait psychanalytique, Paris, P.U.F.

fantasme et la réalisation externe du désir ; le traumatisme ne « désorganise » pas le primat du principe de plaisir / déplaisir : il refoule la motion pulsionnelle et c'est l'accès au préconscient et à la conscience qui est barré. C'est le barrage à cet accès qui est traumatique ²⁵.

b/ Les traumatismes précoces, qui entravent le processus même de la liaison pulsionnelle

Ces trauma ne sont pas seulement liés à des situations de détresse (*Hilflosigkeit*), mais à des situations d'agonie [cf., temps x (angoisse)+ y (détresse / douleur) +z (agonie)] ; l'agonie est liée à une réponse de l'objet qui est inadéquate et disqualifiante (l'objet est « ailleurs ») et ne permet pas de « contenir », de « métaboliser » et de « lier » la décharge pulsionnelle et cela entraîne chez l'*infans* un état de déliaison pulsionnelle, véritable « douleur agonistique » (Roussillon R., 1999) ²⁶, un état de « terreur » et « d'effroi » en relation avec la poussée pulsionnelle pour laquelle il n'y a pas d'issue (ni interne, ni externe) ; cette « catastrophe psychique » proche de « l'agonie primitive » (Winnicott D.W., 1974) ²⁷ a abouti à ce que la poussée pulsionnelle déborde les capacités de symbolisation et de représentation du sujet, ainsi que du couple (interne) sujet / objet ; l'intensité du trauma court-circuite les mécanismes de refoulement et le sujet, qui n'a pu se constituer des représentations (de choses) liantes qui lui permettraient d'introjecter la pulsion, ne peut plus compter que sur les mécanismes primaires de défense que sont le clivage et la fragmentation. La pulsion devient alors effractive et désorganisatrice pour son appareil psychique dans son ensemble, comme dans sa relation entre les instances (Ça, Moi, Surmoi et Réalité).

C/ Moyens de défense de « survie »

Pour survivre narcissiquement, le patient se retire de son expérience subjective, se coupe de l'introjection pulsionnelle en cours et pour ce faire, se clive lui-même afin de séparer la partie survivante de la partie affectée par le traumatisme (« traumatisme narcissique ») (Ferenczi S., 1930, 1932, 1933) ^{28 29 30}.

²⁵ Roussillon R. (2000), Traumatismes et liaisons primaires non symboliques, « Traumatismes », Actualités psychosomatiques, Association Genevoise de Psychosomatique (AGEPSO), N°3, p.89-109.

²⁶ Roussillon R. (1999), Agonie, clivage et symbolisation, Le fait psychanalytique, Paris, P.U.F.

²⁷ Winnicott D.W. (1974), La crainte de l'effondrement, La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Gallimard, 2000, p.205-216.

²⁸ Ferenczi S. (1930), Principe de relaxation et néocatharsis, Œuvres Complètes, IV (1927-1933), Paris, Payot, 1982, p.82-97.

²⁹ Ferenczi S (1932), op.cit.

³⁰ Ferenczi S. (1933), Confusion des langues entre les adultes et l'enfant Le langage de la tendresse et de la passion, Œuvres Complètes, IV (1927-1933), Paris, Payot, 1982, p.125-138.

Dans ces traumatismes narcissiques, traumatismes « en creux », selon l'excellente expression de J.Press (Press J., 1999)³¹, ce qui reste est une « trace de non-trace » sur lequel un réinvestissement hallucinatoire (voire perceptif) peut éventuellement venir s'inscrire secondairement.

Lorsque l'investissement hallucinatoire ne s'inscrit pas, les traces de l'expérience traumatique non représentée subsisteront et la contrainte à la répétition conduira à leur réinvestissement et donc à leur réactivation ; mais alors le clivage ne sera pas suffisant en raison de la tendance constitutionnelle du moi à l'intégration et le sujet devra sans cesse faire face au retour d'une situation traumatique qui vient de l'intérieur de lui-même sous la forme d'une réactivation des traces traumatiques... Face à l'impuissance de ne pouvoir juguler l'effraction pulsionnelle traumatique qui vient bloquer les processus introjectifs, on voit apparaître, outre le recours à l'hallucinatoire et à des solutions perverses (masochisme, fétichisme), des tentatives désespérées de « meurtre » de l'objet, voire de la pulsion, au moyen de solutions délirantes ou de comportements extrêmes, telles des tentatives de meurtre tout court (violence sur soi, violence sur les autres).

Thierry Bokanowski
48, rue des Francs-Bourgeois
75003 Paris

Résumé

Ayant rappelé les propositions essentielles de S.Freud concernant le traumatisme, l'auteur propose de distinguer les traumatisme, traumatique, trauma, en leur attribuant des valences différentes au regard de l'organisation psychique et de la cure psychanalytique. S'appuyant sur les apports de S.Ferenczi dans la dernière partie de son œuvre (1928-1933), l'auteur

³¹ Press J. (1997), Caractère(s), traumatisme(s), somatisation(s), Revue française de Psychosomatique, 11, p.49-70.

envisage la question du trauma dans la clinique « d'aujourd'hui » en distinguant les traumatismes secondarisés, qui s'organisent sous la prévalence du principe de plaisir / déplaisir, des traumatismes précoces, qui entravent les processus de liaison pulsionnelle.

Mots clefs

Agonie psychique, Clivage narcissique, Désespoir, Destructivité, Sidération psychique, Trauma, Traumatique, Traumatisme.