

Université Lumière Lyon 2  
Ecole Doctorale 485 E.P.I.C  
(Education – Psychologie- Information et Communication)  
Institut de Psychologie  
Département : Psychologie et Psychopathologie Clinique  
Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique EA 653

# **L'informité du traumatisme**

*Plaidoyer pour une clinique et une  
topique dynamiques du traumatisme  
sexuel*

Tome 1

**Thèse de Doctorat en Psychologie**

**Mention Psychopathologie et Psychologie Clinique**

Par Eric CALAMOTE

**Sous la direction du Professeur Albert Ciccone**

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2011

Devant un jury composé de  
**Albert CICCONE**, Professeur des Universités, Université Lyon 2  
**Alberto KONICHEKIS**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**François MARTY**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**René ROUSSILLON**, Professeur des Universités, Université Lyon 2

*A ma mère, pour m'avoir appris à lire, très tôt.*

*A mon père, pour avoir autant insisté sur l'intérêt de savoir lire.*

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude au Professeur Albert Ciccone pour la confiance qu'il m'a accordée, pour la générosité et la simplicité avec laquelle il sait transmettre à ses étudiants.

Merci aux enseignants-chercheurs de l'Université Lumière Lyon 2 pour la qualité et le dynamisme de leur pensée.

Je remercie également les étudiants et amis du séminaire de recherche de Doctorat pour l'attention portée à mon travail, pour leur soutien bienveillant et le plaisir partagé.

Merci à Sylvie pour sa lecture très attentive et patiente.

Merci à mes amis et à ma famille pour s'être intéressés à mon travail.

Enfin, rien n'aurait été possible sans l'expérience clinique partagée à A.I.S.P.A.S., notamment avec Jeanne et Delphine, mes cothérapeutes.

# Table des matières

<i>Remerciements</i>	- 2 -
<i>Table des matières</i>	- 3 -
<i>Introduction</i>	- 7 -
<b>1- Champ de la recherche</b>	<b>- 16 -</b>
<b>1-1 Madame Korschov : « une brèche s'ouvre », la forme fissurée du traumatisme</b>	<b>- 16 -</b>
<b>1-2 Particularités de la clinique</b>	<b>- 23 -</b>
1-2-1 Les limites de l'analysable, une clinique de l'extrême	- 24 -
1-2-2 Une clinique paradoxale plus que conflictuelle	- 29 -
1-2-3 Intrication des scènes traumatiques	- 35 -
1-2-4 Intensité des aspects transféro-contre-transférentiels, l'impact non-verbal.	- 40 -
1-2-5 Economie traumatique, situations, états et processus limites	- 50 -
1-2-6 L'urgence à figurer et la patience du thérapeute : le paradoxe de la longue économie de sauvegarde psychique	- 58 -
1-2-7 Plaidoyer pour une psychanalyse transitionnelle, les nécessaires aménagements du dispositif	- 61 -
<b>1-3 Problématique</b>	<b>- 70 -</b>
<b>1-4 Hypothèses</b>	<b>- 81 -</b>
1-4-1 Première hypothèse : effets et topique du traumatisme	- 81 -
1-4-2 Deuxième hypothèse : jeu des effets traumatiques dans le dispositif, articulation à l'ensemble de la vie psychique	- 82 -
1-4-3 Troisième hypothèse : fonctions et limites du dispositif	- 82 -
<b>1-5 Méthodologie</b>	<b>- 83 -</b>
1-5-1 La méthode psychanalytique	- 83 -
1-5-1-a) Le cadre psychanalytique	- 83 -
1-5-1-b) Les consultations psychologiques et la méthode psychanalytique	- 88 -
1-5-1-c) Les moyens d'observation et l'objet de la recherche	- 89 -
1-5-1-d) Le dispositif clinique	- 93 -
1-5-2 L'attention et l'observation	- 96 -
1-5-3 Le partage de l'expérience, l'implication du psychologue	- 107 -
1-5-4 Le paradoxe du traitement de l'informe	- 118 -
1-5-5 Le risque du voyeurisme, l'illusion d'observer le traumatisme.	- 121 -
1-5-6 La nécessaire construction d'un modèle ?	- 125 -
1-5-7 La séduction, encore.	- 133 -
1-5-8 Cas traumatiques ou cas de traumatismes ?	- 137 -
1-5-9 résumé du chapitre	- 142 -
<b>2- Vers un projet de modélisation de l'expérience traumatique</b>	<b>- 146 -</b>
<b>2-1 Les sept grands pôles de théorisation</b>	<b>- 146 -</b>
2-1-1 L'insistance sur l'aspect quantitatif et débordant des excitations	- 149 -
2-1-1 a) Freud et le traumatisme, le vertex du quantitatif	- 150 -
2-1-1 b) La blessure de mémoire	- 160 -
2-1-1 c) L'abandon de la neurotica	- 161 -
2-1-1 d) Anna Freud et le traumatisme	- 163 -
2-1-1 e) Otto Rank, l'univoque du traumatisme : liquider l'expérience à sa source.	- 164 -

2-1-1 f) Les théories « pratiques », l'évacuation traumatique du traumatisme ou comment court-circuiter la symbolisation et le transfert: E.S.P.T., E.M.D.R....	- 168 -
2-1-2 Les théories pan-traumatiques	- 183 -
2-1-2 a) La traumatophilie	- 185 -
2-1-2 b) Le traumatisme comme origine de la névrose, névrose de transfert et névrose traumatique	- 190 -
-	-
2-1-2 c) Les signifiants énigmatiques, la théorie de la séduction généralisée	- 195 -
2-1-2 d) L'objet-trauma	- 203 -
2-1-3 les aspects archaïques et infra-verbaux des effets traumatiques : la radicalité de l'expérience. L'apport de S. Ferenczi.	- 210 -
2-1-3 a) La radicalité de l'expérience traumatique	- 211 -
2-1-3 b) Les méthodes ferencziennes de traitement de l'expérience traumatique	- 230 -
2-1-4 Du côté du négatif	- 241 -
2-1-5 Traumatisme et contenant	- 258 -
2-1-6 L'ambiguïté et l'indécidabilité du traumatisme	- 264 -
2-1-6 a) Le statut de la réalité, qu'en est-il de l'événement traumatique ?	- 270 -
2-1-6 b) Ferenczi ou l'importance de la réalité du traumatisme	- 282 -
2-1-7 La complexité topique du traumatisme	- 289 -
2-1-7 a) L'après-coup et sa complexification : la réorganisation de l'expérience	- 295 -
2-1-7 b) Le traumatisme perdu	- 309 -
2-1-7 c) Le traumatisme cumulatif	- 312 -
2-1-7 d) Le chaud et le froid du traumatisme, un traumatisme à trois temps	- 315 -
2-1-7 e) Le collapsus topique	- 321 -
2-1-7 f) Abraham et Torok, l'identification endocryptique	- 323 -
2-1-7 g) Vers une conception d'un traumatisme « articulé »	- 331 -
2-1-7 h) L'effondrement, l'événement-non-événement	- 335 -
<b>2-2 Les modèles les plus dynamiques de l'expérience et leurs issues traumatiques</b>	<b>- 349 -</b>
2-2-1 La fixation ou l'appel à l'intersubjectivité	- 356 -
2-2-2 La solution transférentielle	- 364 -
2-2-3 le clivage et la réanimation	- 366 -
2-2-4 La coexcitation libidinale	- 373 -
2-2-5 L'identification à l'agresseur	- 377 -
2-2-6 Le gel de l'expérience, l'encapsulation	- 383 -
2-2-7 Le recours à l'hallucination	- 394 -
2-2-7 a) La position phobique centrale	- 397 -
2-2-7 b) L'hallucination négative	- 399 -
2-2-8 Transmission et traumatisme, travail de la honte et de la culpabilité	- 411 -
2-2-8 a) Transmission psychique et traumatisme	- 412 -
2-2-8 b) La culpabilité et les fantasmes de culpabilité	- 417 -
2-2-8 b)1 La culpabilité	- 417 -
2-2-8 b)2 Les fantasmes de culpabilité	- 419 -
2-2-8 c) Le travail de la honte	- 422 -
2-2-9 Des solutions anti-traumatiques qui n'en sont plus ?	- 429 -
2-2-10 Résumé du chapitre	- 434 -
<b>2-3 Vers une modélisation de l'expérience traumatique, essai de représentation topique et dynamique</b>	<b>- 441 -</b>
2-3-1 Illusion d'optique et illusion topique	- 441 -
2-3-2 Présentation du modèle	- 446 -
2-3-2 a) Pourquoi spatialiser un modèle ?	- 447 -
2-3-2 b) Ce dont le modèle doit rendre compte	- 450 -
2-3-2 c) Premier essai de représentation topique de l'expérience traumatique : la superposition d'anneaux de Möbius	- 455 -
2-3-2 d) L'impossible représentation topique de l'expérience traumatique, l'irreprésentable de l'expérience	- 460 -
2-3-2 e) Ce que tente de représenter la topique : la continuité d'être, l'identité malgré le traumatisme	- 469 -
2-3-2 f) Sentiment d'identité et sensorialités dans le cylindre	- 477 -
2-3-2 f) Continuité d'être, angoisses de mort et de délimitation : autres fondements du modèle	- 481 -
2-3-2 g) Une modélisation du pli	- 483 -

2-3-2 h) Illustration clinique du modèle : Denis ou les incessantes pliures de l'expérience	- 498 -
2-3-2 i) Lecture de la clinique selon le modèle topique proposé	- 521 -
2-3-2 j) Dora et l'intrication traumatique	- 528 -
<b>2-4 L'intérêt du modèle, sa possible application à d'autres champs d'expériences</b>	<b>- 534 -</b>
2-4-1 Un exemple : la dynamique de l'enfouissement	- 542 -
2-4-2 Une possible lecture des traces autistiques et de la psychose infantile ?	- 545 -
2-4-3 Un autre exemple d'application du modèle : les restrictions du Moi (A. Potamianou)	- 549 -
2-4-4 Et le transfert dans ce modèle ?	- 552 -
2-4-5 résumé du chapitre	- 556 -
<b>3-Les questions soulevées par le modèle, les implications techniques et métapsychologiques</b>	<b>- 559 -</b>
<b>3-1 Théorisation des systèmes de traces et de mémoire dans l'expérience traumatique</b>	<b>- 559 -</b>
3-1-1 La position freudienne	- 571 -
3-1-2 Mémoire et forme, la densité de l'inscription traumatique	- 583 -
3-1-3 Les traces-non-traces	- 587 -
3-1-4 Métapsychologie des processus, des traces et de la mémoire : l'inscription traumatique	- 590 -
<b>3-2 Où sont les zones traumatisées ? Comment la topique est-elle bouleversée ? La mobilité psychique décrite dans la métapsychologie freudienne est-elle mise en question ?</b>	<b>- 598 -</b>
3-2-1 La question topique	- 598 -
3-2-2 La question des traces, la symbolisation primaire	- 607 -
3-2-3 Un traumatisme en creux, la symbolisation du vide	- 614 -
<b>3-3 Les implications techniques</b>	<b>- 617 -</b>
3-3-1 Interprétation et construction	- 618 -
3-3-2 Le traitement des aspects formels de l'expérience traumatique : les signifiants formels et leur interprétation	- 628 -
3-3-3 Un exemple clinique : « Ca s'effondre, glisse et frappe », l'infirmité traumatique de Betty	- 639 -
3-3-4 L'implication du thérapeute, une thérapie « interactive »	- 650 -
3-3-5 résumé du chapitre	- 665 -
<b>4- Dispositif en double écoute et nouvelle modélisation du traumatisme : mise en clinique du modèle</b>	<b>- 669 -</b>
<b>4-1 Présentation d'un cas clinique : Astrid ou le jeu traumatique avec les psychologues</b>	<b>- 673 -</b>
<b>4-2 Astrid ou le déploiement du traumatisme sur la scène transférentielle et sur celle du dispositif</b>	<b>- 689 -</b>
4-2-1 La double écoute, contenance et accordages	- 689 -
4-2-2 Un dispositif attractant les imagos parentales	- 692 -
4-2-3 Les « quatre z'yeux »	- 697 -
4-2-4 L'excitation perverse, la séduction	- 699 -
4-2-5 La théorie du soin d'Astrid ou comment le dispositif laisse se déployer l'idée d'un traitement de l'expérience traumatique	- 703 -
4-2-6 La théorie du traumatisme selon Astrid	- 706 -
<b>4-3 Présentation du dispositif et de ses implications</b>	<b>- 710 -</b>
4-3-1 Cadre et dispositif	- 714 -
4-3-2 La scène très externe des psychologues comme surinvestissement de la matérialité de l'objet	- 724 -
4-3-3 Exemples d'appareillages, d'accordages dans le groupe thérapeutes/patient	- 734 -
4-3-3 a) Diffraction, décomposition et psychodramatisation de l'expérience traumatique	- 734 -
4-3-3 b) Le regard, le face-à-face du trauma	- 753 -
4-3-4 La scène primitive, les parents combinés, le couple mixte/gémellaire	- 767 -
<b>4-4 Intérêts du dispositif</b>	<b>- 774 -</b>
4-4-1 Le trouvé-créé de la doublure face à l'objet trauma	- 778 -
4-4-2 Limite du risque de séduction et de soumission à l'objet	- 781 -
4-4-3 L'alternative au groupe et au face-à-face	- 786 -
4-4-4 Copensée et cothérapie, l'influence des pensées	- 790 -
4-4-5 Diffraction des pôles défecteurs et symbolisants, évacuation et symbolisation	- 793 -

4-4-6 Reprise de l'hypothèse sur les fonctions du dispositif, les principales fonctions du dispositif.	- 798 -
4-4-6 a) Renforcement de la résistance et contenance.	- 799 -
4-4-6 b) Effet de dramatisation	- 804 -
4-4-6 c) De l'attraction des imagos au relief de l'expérience	- 807 -
4-5-6 d) Spatialisation	- 812 -
<b>4-5 Implications techniques</b>	<b>- 817 -</b>
4-5-1 Les accordages thérapeutiques	- 817 -
4-5-2 L'identification projective comme paradigme de l'échange traumatique	- 824 -
4-5-3 La notion d'attracteur en thérapie	- 829 -
4-5-3 a) Les attracteurs étranges	- 829 -
4-5-3 b) L'attraction thérapeutique	- 834 -
4-5-3 c) Un exemple d'attraction : les noyaux traumatiques précoces (A. Konicheckis)	- 838 -
4-5-4 L'humain, avant même le semblable	- 844 -
4-5-5 Les clivages fonctionnels	- 847 -
4-5-6 Et le transfert ?	- 854 -
<b>4-6 Implication métapsychologique : la topique atopique et interactive du traumatisme</b>	<b>- 864 -</b>
<b>5- Limites du dispositif et ouvertures</b>	<b>- 869 -</b>
<b>5-1 Le double pathologique</b>	<b>- 869 -</b>
5-1-1 Le double pour éviter la confrontation aux aspects les plus archaïques	- 871 -
5-1-2 Dématérialisation du double : transformation du double matériel en double interne	- 875 -
5-1-3 Un dispositif paradoxal : la séduction des regards	- 880 -
5-1-4 Le risque d'une complicité : potentialité d'une scène perverse et séduction narcissique mutuelle	- 886 -
-	-
<b>5-2 Transfert du modèle vers d'autres traumas</b>	<b>- 896 -</b>
5-2-1 Un modèle exportable ?	- 896 -
5-2-2 Le rapport du trauma au temps et au rythme	- 898 -
5-2-3 La forme de l'expérience	- 908 -
5-2-4 résumé des chapitres 4 et 5	- 915 -
<b>Conclusion</b>	<b>- 920 -</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>- 928 -</b>
<b>Résumé de thèse</b>	<b>- 952 -</b>
<b>Thesis summary</b>	<b>- 954 -</b>
<b>Index</b>	<b>- 956 -</b>
<b>Principaux cas cliniques</b>	<b>- 965 -</b>

# Introduction

La question du traumatisme rejoint celle de la détresse humaine et du noyau identitaire. Comme le recommandait S.Ferenczi, il ne faut donc en aucun cas la traiter « comme une vétille ». C'est une des ambitions de cette thèse.

Les commencements de la psychanalyse s'inscrivent en grande partie au sein d'une théorie étiopathogénique traumatique assez généralisée de l'attaque hystérique : « Devient traumatisme psychique toute impression dont la liquidation par travail mental associatif ou réaction motrice offre des difficultés au système nerveux. »<sup>1</sup> S.Freud, ses contemporains et successeurs n'auront de cesse de complexifier les premières théorisations. Assez curieusement, si le « traumatique » de la sexualité a toujours été pensé, remanié, interrogé, la littérature psychanalytique est beaucoup plus pauvre quant aux processus psychiques en lien avec les traumatismes de violence sexuelle.

A côté du désir, de la pulsion ou du conflit, le traumatisme a toutefois acquis une place d'« opérateur » dans les pratiques et conceptualisations psychanalytiques. Son épistémologie complexe est à la croisée de différents champs, la psychanalyse ne pouvant la contenir seule. Il n'y a qu'à observer les idéologies parfois engagées dans les débats sur le traumatisme pour saisir les enjeux de cette question. S.Freud remarquait déjà que les tentatives d'O.Rank de liquider après-coup le traumatisme originaire (l'acte de naissance, véritable source de la névrose selon lui), tentatives aussi de faire l'économie du temps analytique, s'inscrivaient dans une époque et une idéologie : « La tentative de Rank était du reste née de son époque et élaborée sous l'impression du contraste entre la misère européenne de l'après-guerre et la « *prosperity* » américaine, et destinée à aligner le tempo de la thérapie analytique sur la précipitation de la vie américaine. »<sup>2</sup> S.Freud écrivait cela en 1937...

---

<sup>1</sup> Freud (S.), « Pour une théorie de l'attaque hystérique », p.28.

<sup>2</sup> Freud (S.), *L'Analyse avec fin et l'analyse sans fin*, p.232.



Tout discours sur le traumatique engage en effet son auteur sur sa façon de considérer l'humain : nos difficultés doivent-elles être niées, évacuées, « débriefées », contenues, partagées... ? J'espère défendre dans ce travail une idée au moins : celle de la complexité de l'humain à travers les aléas de ses processus de symbolisation. Penser le traumatisme et son traitement engage pleinement une conception de l'humain, sous-tend une conception implicite de l'homme, comme le rappelle F. Marty :

*« Penser la souffrance psychique engage le sujet, l'humain, parce que, derrière la manière dont elle est pensée, se disent implicitement les présupposés sociaux, théoriques et personnels qu'une société, une théorie ou un individu a sur l'Homme et sa vie psychique. Autrement dit, penser la souffrance psychique nous renvoie à la conception implicite que nous nous faisons de l'humain et de la vie (y compris psychique). Penser la souffrance psychique implique tout autant le sujet ; et parce qu'elle l'engage, le traitement de la souffrance, le soin psychique ne peuvent se penser comme une pure technique, ni se réduire à un acte technique (médical) opérationnel strictement codifié. Penser et traiter la souffrance imposent donc de penser à la fois ce qui est de l'ordre du projet de soin et ce qui s'en déduit ; à savoir une certaine idée de l'Homme, du sujet et de la vie psychique. Cette réflexion renvoie à un débat de société, et non pas seulement à un débat de spécialistes qui seraient enfermés dans un propos qui n'appartiendrait qu'à eux-mêmes. »<sup>3</sup>*

Traiter le traumatisme avec sérieux et garantir la question de la complexité humaine seront donc mes deux premières ambitions.

Un troisième enjeu, et non des moindres, concerne évidemment la clinique exposée, celle liée pour une part essentielle aux agressions sexuelles. Ecrire une thèse portant sur cette clinique est aussi probablement une façon de me soigner de la rencontre avec les situations « limites » de mes patients. Car le traumatisme est aussi dans la rencontre avec ces sujets, ce qu'ils m'ont fait vivre, parfois jusqu'à l'insupportable, jusqu'au chaos. S.Freud avait bien souligné l'importance des vécus relatifs au transfert dans leur lien aux traumatismes premiers, à l'après-coup, à leurs remaniements dans la cure. Le « récit » de l'expérience traumatique durant la séance ne peut être dissocié des affects s'y rattachant. Encore faudra-t-il que je montre en quoi ce récit dépasse de beaucoup une narration linguistique, comment la question de la forme de l'expérience traumatique et de ses distorsions peut se déployer dans le corps

---

<sup>3</sup> Marty (F.), Introduction à *Ce que souffrir veut dire*, p.12.

des thérapeutes, dans l'espace intersubjectif des entretiens, dans des distorsions spatiales, dans des « zones-non-zones ».

Cette thèse mettra en mouvement la question des limites du déploiement de la réalité psychique, particulièrement lorsque la « matière première du psychisme » (Freud, 1900) n'a pas pu être recueillie et transformée habituellement par le patient puisque les conditions étaient trop violentes.

Comme le signalent C. et S. Botellà, la notion de Ca de la deuxième topique freudienne bouleverse celle d'Inconscient. A côté du désir, dans les soubassements psychiques, coexistent aussi des forces chaotiques extrêmement désorganisatrices : « Avec la deuxième topique, on ne peut plus concevoir le psychisme uniquement sous l'emprise de la réalisation du désir ; il a aussi la lourde tâche de gérer *une potentialité traumatique permanente le constituant.* »<sup>4</sup> Je montrerai comment la deuxième topique, plus « atopique », plus mobile, permet de lire probablement de façon féconde les mouvements dynamiques du traumatisme, parfois simultanés, atemporels, collapsés.

La confrontation avec ces problématiques m'a constamment poussé à dépasser les relations de causalité pour, je le répète, envisager l'hypercomplexité des processus psychiques. Une des façons de penser cette hyper complexité sera d'essayer de dissocier le moins possible, au sein de ces processus, la forme et le contenu. Le modèle du « traumatique » que je proposerai sera ainsi le plus dynamique possible. Un modèle de déploiement de l'expérience.

Penser l'hypercomplexité n'est d'ailleurs pas le propre de la psychanalyse, de nombreux généticiens ont depuis longtemps adopté ce modèle. Ainsi, on ne peut pas traiter un organisme comme s'il était une somme de caractères, de traits génétiques. Exceptées quelques expressions très isolées (la couleur des yeux par exemple) qui ne se soumettent pas aux principes de *liaison* et de *pleiotropie*, il y a bien une interdépendance des gènes : « [...] Le génome n'est pas une collection linéaire de gènes indépendants (...), mais un réseau hautement interconnecté d'effets réciproques multiples, médiatisés par des répresseurs et des dérèpresseurs, des exons et des introns, des gènes sautants et même des protéines

---

<sup>4</sup> Botellà (C. et S.), « Sur le processus analytique : du perceptif aux causalités psychiques », p.355.

structurelles. De quelle manière pourrait-on ne serait-ce qu'ébaucher une explication du fait qu'il existe, par exemple, un lien génétique entre le fait d'être gaucher et l'affection coeliaque(...) ? »<sup>5</sup>

Le traumatique de cette recherche entre donc en collusion avec le traumatique étudié, ma thèse s'inscrit d'emblée dans un paradoxe : représenter l'irreprésentable. Peut-être qu'en faisant un pas de côté vers les processus pourrais-je penser autrement ce paradoxe, il s'agirait ainsi plutôt d'essayer de représenter ce qui a du mal à l'être. Le traumatisme touche en effet les limites de l'analysable, met au défi nos modèles de compréhension. Il est un champ d'expérience où le *rien* peut anéantir (S.Ferenczi l'avait bien compris).

Il court aussi le risque de la fascination, tout au moins de la séduction. L'excès de réel est parfois troublant. J'ai choisi de présenter de longues vignettes cliniques, parfois même des récits d'années de thérapie ; il m'a semblé que cela permettrait peut-être de communiquer avec le lecteur sans trop le traumatiser, de moins appauvrir cette clinique également. Enfin, cette « précaution » méthodologique est en accord avec l'idée de déploiement des expériences traumatiques, centrale dans ma thèse. Il restera évidemment, c'est d'ailleurs souhaitable, cet écart irréductible entre mes tentatives de modélisation et la clinique. Une fois évités les écueils de la séduction, ceux de la théorie théoricienne, restent les insaisissables de toute rencontre humaine, a fortiori lorsqu'elle est confrontée aux traumatismes. La raison est épistémologique : le mode de construction de la théorie n'est pas du même ordre que le mode de la rencontre avec l'autre. Si l'inconscient contient une part de chaos, il est aussi insaisissable et énigmatique.

Le lecteur suivra ainsi mes tentatives de compréhension, de modélisation des atteintes traumatiques. Il comprendra aussi je l'espère ma difficulté à lui communiquer sur un mode secondarisé des expériences plus « radicales », plus denses, certainement plus complexes que celles dont je lui ferai part.

J'exposerai un type de dispositif particulier, en double écoute, et montrerai comment il peut à la fois attirer et contenir peut-être plus que d'autres les expériences traumatiques. Je n'essaierai pas de défendre les mérites de ce dispositif mais m'en servirai plutôt pour

---

<sup>5</sup> Varela (F.), *L'inscription corporelle de l'esprit*, p.254.

comprendre comment il peut laisser se déployer, contenir et élaborer les atteintes traumatiques, sexuelles notamment. Ce dispositif n'est en rien idéal, il ne constitue pas le pare-excitation parfait contre tout traumatisme, n'aménage pas suffisamment la rencontre pour en absorber la violence.

Penser le dispositif en double écoute comme cela supposerait que je m'en exclue, que je m'installe confortablement à l'extérieur des processus s'y déroulant, bref que j'élimine transfert et contre-transfert. Un des risques serait de rejeter à l'extérieur (dans une théorisation du dispositif) ce qu'il permet de travailler à l'intérieur, d'évacuer le traumatisme en quelque sorte. Trop s'attacher au dispositif ou à l'événement traumatique reviendrait à construire des fétiches, déposséder le sujet du sens pour enfermer l'un et l'autre dans des « choses extérieures ». Je montrerai seulement comment le dispositif permet de penser la topique et la dynamique de l'expérience traumatique de façon un peu particulière, mais aussi comment il est potentiellement présent dans tout autre, y compris celui de la cure-type.

Il me semble cependant que, comme les psychanalystes contemporains le soulignent souvent, la théorie et les pratiques psychanalytiques requièrent quelquefois de nouveaux apports pour ouvrir la métapsychologie aux nouvelles pathologies. J'ai trouvé dans les travaux de D.Anzieu, comme le remarque C.Chabert<sup>6</sup>, l'insistance sur certains éléments qui peuvent nourrir le propos de ma thèse.

J'essaierai ainsi de compléter la perspective topique de l'appareil psychique par une « topographie », on verra à quel point les aspects spatiaux seront importants dans mes tentatives de modélisation. La forme même du modèle topique proposé en tiendra compte.

Je l'ai dit, je tâcherai aussi de penser ensemble fond et forme, forme et contenu, m'intéressant autant aux contenantants qu'aux contenus.

Ma recherche s'orientera vers une psychanalyse du cutané tout autant que des orifices, où la peau et le corps entier serviront à saisir et symboliser l'expérience.

Le dispositif étudié, enfin, sera une proposition parmi d'autres d'aménagement du *setting* psychanalytique classique où les corps du patient et des thérapeutes, leur

---

<sup>6</sup> Chabert (C.), préface à *Psychanalyse des limites*.

représentation dans l'espace auront une incidence et même un sens. Tout se passe comme si le traumatique, bien qu'il signe souvent l'arrêt de la figurabilité, encourage paradoxalement la créativité : il faut bien que chercheur, clinicien et surtout patient arrivent à un moment ou un autre à rétablir une certaine continuité psychique, passer du traumatisme au souvenir, du clivage à l'articulation à l'ensemble de la vie psychique.

De la même façon que Piera Aulagnier découvre avec le discours psychotique une forme d'activité psychique à la fois forclosée et toujours présente, un « fond représentatif » - l'originnaire- persistant parallèlement aux autres types de productions psychiques (primaire et secondaire), la clinique du traumatisme sexuel permettrait-elle d'avancer l'idée d'un « fond traumatique », à la fois omniprésent et inaccessible ? Ces préoccupations se nourrissent évidemment de la pensée clinique contemporaine, celle qui, notamment, cherche les « traumatismes perdus » : « J'ai insisté à différentes reprises sur la nécessité devant laquelle se trouve être l'analyste de reconstruire ou d'imaginer quels traumatismes historiques ont pu présider à l'organisation psychique actuelle de son patient. Ces traumatismes n'ont guère laissé de traces psychiques, ils ne sont pas décelables par le patient lui-même, bien qu'il en subisse encore les effets induits, ils sont ainsi « perdus ». »<sup>7</sup>

Tant qu'à penser les paradoxes, j'en ajoute un autre : considérer également le traumatisme dans ses effets et tentatives d'organisation. Cette optique, très développée dans les derniers travaux français et plus particulièrement lyonnais, est d'évidence porteuse de dynamique. A trop penser le traumatique comme forclos, exclu de la subjectivité, signant l'arrêt de la symbolisation et même de la figurabilité, on l'exclurait aussi du champ de l'humain.

Dans un récent livre<sup>8</sup>, A.Ciccione et A.Ferrant soulignent à la fois la complexité de la confrontation aux expériences traumatiques et les aspects potentiellement organisateurs : le traumatisme actuel pourrait ainsi attirer les traumatismes passés pour les présenter à nouveau ; il pourrait aussi fournir une occasion de donner forme et sens aux expériences antérieures et se servir de ces expériences passées pour offrir une forme et un sens à l'actuel.

---

<sup>7</sup> Roussillon (R.), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, p.182.

<sup>8</sup> Ciccione (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*.

Cette recherche est donc née de la clinique, de dynamiques particulières se développant au sein de psychothérapies de patients victimes ou auteurs d'agressions sexuelles. L'intensité et la singularité des vécus contre-transférentiels, la difficulté des patients à trouver une configuration à leur expérience, la prégnance des aspects perceptivo-sensoriels, l'insuffisance des interprétations « habituelles » et de l'appareil de langage, la carence des processus d'auto-représentation et surtout le déploiement particulier de la problématique de ces patients sur le dispositif m'ont encouragé à ouvrir la question de la mise en forme des expériences traumatiques.

Des restes perceptifs, sortes d'actes psychiques peu ou pas investis et ayant entraîné avec eux des pans entiers de vie psychique (S.Ferenczi) pourraient-ils ainsi trouver à certains moments une présentation, une première mise en forme dans un espace intersubjectif à trois ? J'essaierai de lier une réflexion sur le dispositif des entretiens en double écoute (ce qu'ils permettent de mieux écouter, symboliser, observer et contenir) à une clinique du traumatisme sexuel pour essayer d'étendre ce modèle de compréhension aux expériences traumatiques en général.

J'insiste donc encore sur **la psychanalyse des processus, de la forme et du contenant** à laquelle je me référerai tout particulièrement. La question du double (les deux thérapeutes) a surgi devant la crainte de non représentation, celle du traumatisme ; Je devrai essayer de comprendre pourquoi.

Le projet d'aborder la forme de la présentation de l'éprouvé traumatique est ambitieux. Comme souvent, cette question était déjà présente chez S.Freud qui avait pensé ce qui revenait de la forme du traumatisme : les fantasmes « rejets » de l'hystérique n'étaient-ils pas empruntés aux mêmes domaines de sensations de l'expérience ? Les *fueros* signant l'échec de la traduction de l'expérience n'en gardaient-ils pas sa forme initiale ?

Une question organisera mon propos, problématique de cette recherche : **la forme de l'expérience traumatique et de ses distorsions pourrait-elle être transférée et élaborée dans l'espace thérapeutique et plus particulièrement dans un dispositif en double écoute ? Le déploiement de cette infirmité obligerait-il à penser une extension de la topique ?**

Je présenterai dès les premières pages de cette thèse un cas clinique que j'ai tenu à exposer assez précisément, celui de Madame Korschov. Le lecteur s'étonnera peut-être de la longueur de ce cas mais il m'a semblé nécessaire de développer cette clinique pour en saisir l'ampleur et la complexité. L'intrication des différentes scènes traumatiques, l'intensité des aspects transféro-contre-transférentiels, l'incidence du dispositif et la massivité des aspects infra-verbaux m'ont encouragé à ne pas isoler tel ou tel élément, telle ou telle vignette clinique. J'essaierai de souligner comment la forme de l'éprouvé traumatique, les effets de l'expérience et la façon de la contenir et traiter dans le dispositif peuvent s'articuler.

A cette fin, **trois hypothèses** seront mises en tension et traverseront mon élaboration :

- **La première hypothèse vérifiera l'existence d'effets spécifiques de l'expérience traumatique sexuelle, touchant notamment les aspects formels de l'expérience. L'informité**, sorte de fragilité de configuration de cette expérience, sera tout particulièrement étudiée.  
**Le dessin d'une « topique traumatique »** viendra questionner la possibilité de rendre compte de la complexité et de la dynamique des zones engagées dans ce type d'expérience.
- **Ma seconde hypothèse interrogera le dispositif particulier des entretiens en double écoute** (un patient reçu par deux psychologues) et notamment **sa capacité à présenter et articuler l'expérience traumatique au transfert et à l'ensemble de la vie psychique.**
- **Une troisième hypothèse enfin explorera plus finement les fonctions et limites de ce dispositif.** J'essaierai de penser ce dispositif comme potentiellement exportable et activable dans toute écoute psychothérapique.

Le déroulement de cette thèse s'attachera donc à rendre compte des tensions et énigmes nées de la clinique. Après avoir dégagé, à partir de l'expérience de Madame Korschov, les particularités de cette clinique, j'engagerai plus avant la recherche.

Une fois exposés clairement les enjeux méthodologiques, j'essaierai de synthétiser les différents apports des théories du traumatisme en insistant sur celles qui en dégagent des potentialités dynamiques. Après avoir exploré les « solutions » ou issues traumatiques, je proposerai une définition de **l'informité traumatique comme déploiement de l'expérience dans son appel à être organisée**.

L'exposé d'un modèle topique et dynamique des expériences traumatiques suivra, avec ses incidences techniques et métapsychologiques. Cette modélisation, qui aboutira à un schéma topique tentant de rendre compte de la complexité du traumatisme, s'entendra à la fois comme une modeste étape dans un processus de figuration mais aussi comme un modèle potentiellement extensible à toute expérience traumatique.

Il m'a semblé intéressant de montrer en quoi ma difficulté à dessiner ce modèle pouvait aussi rendre compte de la complexité de l'expérience abordée. Le schéma topique proposé devrait porter la tension de la clinique, tenter de figurer à la fois la complexité de l'expérience, les effets du traumatisme et son possible déploiement au sein du transfert.

C'est donc ensuite que je proposerai d'explorer la congruence entre ce modèle et un type particulier de dispositif en double écoute. Comment l'un et l'autre peuvent-ils s'articuler ? Quels sont les effets traumatiques que ce dispositif peut tout particulièrement attirer, traiter, voire éviter ? Si l'intérêt du modèle est en effet d'être « exportable » vers les autres expériences traumatiques, au-delà du traumatisme sexuel, il faudra toutefois ne pas en sous-estimer les limites, tant du côté de la topique proposée que du dispositif particulier des entretiens en double écoute.

La longueur de cette thèse justifie quelques précisions : le lecteur a compris à quel point mon propos devait insister sur l'idée d'une dynamique et d'un déploiement de l'expérience ; l'étude de ce déploiement a nécessité cette longue écriture, également imposée par mon souhait d'y voir figurer la clinique de façon très significative (j'y reviendrai dans ma partie méthodologique).

Pour accompagner au mieux le lecteur, je proposerai à cinq reprises un résumé du contenu des chapitres<sup>9</sup>. D'un point de vue très formel enfin, je soulignerai en caractères gras les contenus ayant un rapport plus direct avec ma problématique et mes hypothèses ; les caractères en italiques seront utilisés lorsque je citerai les propos de patients.

---

<sup>9</sup> On trouvera ces résumés aux chapitres 1-5-9, 2-2-10, 2-4-5, 3-3-5 et 5-2-4.



# **1- Champ de la recherche**

## **1-1 Madame Korschov : « une brèche s'ouvre », la forme fissurée du traumatisme**

Il m'est évidemment difficile de communiquer au lecteur la spécificité de cette clinique. J'ai souhaité présenter cette patiente et le déploiement de son expérience traumatique avant d'engager le « corps de la thèse ». On y trouvera bien entendu quelques commentaires mais il s'agit bien avant tout d'approcher la complexité de la question de la forme de l'éprouvé traumatique, de son déploiement dans les entretiens.

Il m'a paru que ce cas « princeps » pouvait permettre de penser la question du traumatique dans ces aspects dynamiques et topiques, articuler l'expérience traumatique à l'ensemble de la vie psychique, interroger plus que d'autres peut-être la pertinence du dispositif.

Je retracerai donc sept mois d'entretiens avec Madame Korschov, accueillie dans le service de soin d'une association recevant des victimes d'agressions sexuelles. Les entretiens se sont déroulés dans le dispositif habituel, en présence de deux psychologues cliniciens. Daphnée, ma cothérapeute, est enceinte au moment des consultations.

Madame Korschov est une femme d'une trentaine d'année dont la psychothérapie s'est interrompue après sept mois d'entretiens hebdomadaires.

Orientée vers le service de soins par un autre psychologue (qui travaillait avec ses enfants), elle se présente avec une certaine gêne. Elle a été prévenue par le secrétariat qu'elle serait reçue par deux psychologues, comme les autres patients. Petite femme dynamique et menant une vie professionnelle et associative très riche, elle s'exprime très clairement et assez facilement. Mère de deux enfants, elle partage sa vie avec un homme gravement malade au passé de toxicomane.

Lors du premier entretien, elle parle immédiatement d'un accident sur la voie publique, très traumatique, dont elle ne garde qu'un souvenir : sa fille alors âgée de trois ans l'aurait sortie de la voiture accidentée. Quelques jours avant notre rencontre, un adolescent a voulu embrasser sa fille, Madame Korschov est alors violemment intervenue.

Elle nous consulte alors qu'un de ses oncles est mourant, oncle qui l'aurait abusée sexuellement à de nombreuses reprises quand il était âgé de trente à quarante ans (jusqu'aux seize ans de la patiente). Madame Korschov a été élevée avec un autre de ses oncles dont elle était très proche (qu'elle considérait comme un frère) et qui s'est suicidé ; la décision de d'abord révéler l'inceste subi à son mari, à sa mère puis aux psychologues est mise en lien avec ce décès.

Le récit des agressions ne se fera qu'une seule fois à l'avant-dernière séance (alors que ma collègue est absente). Elles semblent jusqu'alors « *hors de mémoire* ». Les premiers temps, seule une odeur et un souvenir sont exposés : « *Je ressens l'odeur de ces moments. Mon oncle (Monsieur Heinz) me disait « Viens, on va jouer à cache-cache, tu riras tellement que tu mouilleras ta culotte et te feras gronder » (La porte était légèrement ouverte.) »*

Pratiquement élevée par sa grand-mère maternelle jusqu'à six ans (chez laquelle ses parents habitaient), elle rejoindra avec ses parents leur nouveau domicile à la naissance de son frère (cadet de cinq ans avec lequel elle ne s'entendra jamais vraiment). Ce déménagement coïncidera également avec le congé parental pris par sa mère pour élever son fils.

Après un premier flirt à quinze ans qui l'a « *coupée* » de l'abuseur, elle vit jusqu'à dix-neuf ans « *une vie de pute et de petite* », comme si elle se précipitait cette fois plus activement dans la sexualité (je montrerai par la suite à quel point est importante la question de la passivité ; comme lorsque, vers douze ans, elle refuse de se faire pénétrer par son oncle

mais accepte une fellation). Elle décrit des scènes sexuelles assez crues et un viol dans les toilettes d'un bar (à dix-neuf ans) qui marquera la fin de cette intense activité sexuelle : « *Je comptais cinq hommes par mois après avoir perdu ma virginité* ».

Issue d'une famille d'origine russe où « *personne n'est à sa place* », Madame Korschov dit ne pas connaître d'autre mode de communication que de « *cracher le venin, avouer ou faire dire par les autres.* »

Madame Korschov a donc déjà consulté une psychologue pour ses enfants ainsi qu'un psychiatre à qui elle a révélé son agression et qui lui aurait répondu que « *tout le monde est abusé* ». Lors des premiers entretiens, c'est le suicide de son oncle maternel Maxime qui est évoqué en écho au traumatisme initial : « *Quand j'ai appris le suicide de Maxime, c'est revenu comme une bombe à la surface, je ne supportais plus que mon mari me touche.* » Sa mise en bière est relatée avec l'étrangeté d'un rêve : « *On a ouvert les portes de la chambre funéraire d'un coup face au cercueil, j'ai vite retourné ma grand-mère et sa sœur, la moitié de la famille était déjà à l'intérieur et c'était pas les bonnes personnes à la bonne place, c'était tout mélangé, mal fait* (la patiente se trouvant derrière sa famille au début de la scène). »

Une fois le souvenir traumatique revenu, Madame Korschov doute de sa réalité : sa mère n'a aucune réaction suite à ce dévoilement et continue à recevoir son abuseur, un artiste assez connu. Deux de ses œuvres sont accrochées dans la chambre de sa filleule ; Monsieur Heinz prépare aussi une exposition et un hommage public lui sera rendu lors de son enterrement : « *Je me suis mise à douter tellement les autres doutaient mais je ressens une odeur !* »

Les premiers souvenirs arrivent : son grand-père était assis dans la cuisine, son oncle l'emmenait plus loin, lui faisait quitter sa culotte : « *On va jouer à cache-cache, tu vas tellement rire que tu mouilleras ta culotte et te feras gronder. Fais voir si tu fais pipi !* (En lui mettant la main sur le sexe) » Elle parle alors aussi de ses dessins d'enfants retrouvés : des « *bonshommes-pénis* ».

Monsieur Heinz jouait également à l'étouffer sous sa couette. Toute la famille savait qu'il était « *bizarre* », son grand-père surprenait parfois ces scènes et disait : « *Que faites-*

*vous ? Pars, vas chez ta grand-mère !* », son oncle Maxime recommandait aussi à Madame Korschov de ne pas aller chez lui.

Elevée jusqu'à six ans par sa grand-mère dans une sorte de gynécée (« *On n'a jamais eu d'homme à la maison* »), elle ne garde de cette période aucun souvenir de ses parents avec qui elle habitait pourtant, sa grand-mère faisant tout pour qu'ils ne se voient pas.

Curieusement, c'est bien de Maxime, cet « *oncle hors du commun, généreux, ce bon père qui protégeait ses filles et poussait à faire des choses extraordinaires* » dont il est d'abord question. Elle le décrit à la fois comme un frère, un ami proche, un père.

Madame Korschov décrit les séances comme un temps suspendu, encapsulé : « *En sortant je remets ma carapace, quelque chose de dur pour me protéger, je ne veux pas qu'on me sente fragile.* » Ce temps est aussi vécu comme une immersion dans le passé, dans un monde où l'on se parle de façon « vivante ». Sa peur de nous choquer, et surtout moi en tant qu'homme, est mise en lien avec la crainte d'une réaction démesurée, la peur de décevoir ou de choquer son père, la honte aussi : à seize ans son père la traite de « *pute* » et la frappe après l'avoir enfermée dans les toilettes : « *Mon oncle Maxime m'a ouvert et je me suis évanouie.* »

C'est au quatrième entretien que Madame Korschov aborde sa difficulté à avoir des relations sexuelles avec son mari dont elle n'attend alors que de la tendresse, le moindre geste plus appuyé lui rappelant son agresseur.

Elle se féminise peu à peu, se maquille, change de coupe de cheveux, s'habille avec beaucoup plus de goût et d'attention en même temps qu'elle parle de sa honte d'être « jalouse » à plus de trente ans de son frère et de sa femme qui prennent sa place auprès de leur mère. Elle décidera peu après de se marier avec son conjoint (ce mariage coïncidera d'ailleurs avec l'arrêt de sa thérapie).

Dans les dernières séances, Madame Korschov exprimera son souhait de révéler son agression à son père dont elle redoute la réaction. Sont alors évoquées les scènes d'humiliation, de manœuvres perverses et de violences le plus souvent liées à du sexuel : ainsi à sept ans entend-elle du bruit dans la chambre parentale et découvre ses parents en train de visionner un film érotique ; son père ouvre la porte à peine refermée et la gifle violemment.

A l'antépénultième séance (celle précédant l'entretien où ma collègue sera absente), Madame Korschov nous dit à quel point sa famille (et surtout son père et son frère) a pu la décevoir, n' imagine pas sa souffrance. La semaine suivante, elle se trouve seule avec moi après avoir été informée de l'absence de ma collègue (et avoir accepté de maintenir la séance). Une longue chaîne associative imprégnée de signifiants visuels (à partir d'une émission de télévision) amène notre patiente à s'interroger : « *Pourquoi mes parents n'ont pas vu ?!* »

Vient ensuite la colère face aux doutes de ses parents (les thérapeutes ?), face à sa mère « *qui n'a pas été à l'écoute* » (la psychologue absente ?). Elle souhaite « *qu'on reconnaisse ses actes !* » tout en se demandant « *Peut-être que je l'ai allumé ?* » (Son oncle ? Le psychologue resté seul avec elle ?). Pendant une grande partie de la séance Madame Korschov décrira avec précision le traumatisme sexuel qu'elle disait autrefois « *« hors de mémoire »* ». Trois types d'agressions sont décrits :

- Les « jeux » avant le décès de sa grand-mère : à cinq ans, son oncle lui demandait de quitter sa culotte, de jouer à cache-cache et d'uriner, elle marchait à quatre pattes et M.Heinz l'attrapait. Sa grand-mère était alors « protectrice », « *Elle était vivante, grâce à elle il n'est pas allé plus loin à cinq ans. Elle savait, me cherchait tout le temps, m'appelait en russe et remarquait que je n'avais plus ma culotte.* »
- Les « attouchements », entre le décès de sa grand-mère et celui de son grand-père : son grand-père (dont elle évoquera l'inceste possible avec sa propre mère et une de ses tantes partie très jeune de la maison) l'appelait pour lui donner des bonbons et lui faire des bisous. Monsieur Heinz arrivait alors et l'emmenait dans la chambre de son grand-père, la plus éloignée. Elle devait alors (à sept ans) sauter sur une couette en plume (qu'elle conserve encore chez elle), quitter sa culotte et s'allonger pour que son oncle la caresse et se masturbe : « *il éjaculait, y'en avait partout !* »
- Les viols après le décès de son grand-père (de huit à quinze ans) : Madame Korschov décrit une véritable relation d'emprise et la culpabilité liée à la séduction qu'elle ressentait, à l'excitation supposée : « *Si j'y allais c'est que j'aimais ça, pourtant je vomissais toujours !* » Monsieur Heinz arrivait dans la cour, elle le suivait sans rien dire quelques secondes plus tard. Il lui montrait alors quelques-uns de ses dessins

obscènes, nu dans la salle de bains, la porte ouverte. Il avait le pied sur la baignoire, « *faisait bouger son machin, je le regardais pétrifiée* ». Tous deux allaient ensuite dans sa chambre (« *Je savais comment ça allait se terminer* ») et Monsieur Heinz demandait une fellation, touchait son sexe sans la pénétrer : « *Il m'en mettait partout.* »

- Vers douze ou treize ans Monsieur Heinz tente de la pénétrer après l'avoir jetée à terre mais la patiente le repousse de peur d'avoir mal ; elle doit « *en échange* » lui faire une fellation, son oncle lui disant « *Tu ne me laisseras pas sur ma faim !* »

Cette agression sera la dernière bien que Madame Korschov décrive des scènes d'une rare intensité où, lorsqu'elle le croisait, ses jambes l'attiraient vers lui mais sa tête « *ne voulait pas y aller* » ; elle devait s'accrocher au grillage. Elle essaiera ensuite à deux reprises d'empêcher Monsieur Heinz d'approcher ses cousines et une jeune fille de douze ans (la description de ces scènes est empreinte d'affects de colère et de jalousie).

Cette séance, la seule donc où Madame Korschov se retrouve en face-à-face avec moi, fut accompagnée d'un vécu contre-transférentiel extrêmement pénible de sidération, de violence, d'effroi et de culpabilité. Il m'en reste également le souvenir d'un entretien d'une grande confusion, d'une séance sans chronologie.

La patiente ne reviendra qu'une seule fois (en présence des deux psychologues), se félicitant d'avoir enfin parlé bien que la fin de la séance l'ait laissée perdue et tremblante. La modification du dispositif habituel (l'absence d'une psychologue), cet effondrement partiel du contenant externe, a pu provoquer une perte de contenance interne chez Madame Korschov, entraînant une perte du rythme et tempo habituels de symbolisation. Elle a peut-être aussi provoqué une reviviscence massive et violente (le souvenir de l'expérience traumatique jusqu'alors en grande partie inaccessible) engendrant enfin une angoisse automatique (et non une angoisse signal) accroissant à son tour la défection du contenant interne de cette patiente et l'arrêt de sa thérapie. La réalité extérieure serait ainsi venue vérifier les terreurs internes de Madame Korschov, confirmer ses angoisses.

Cet entretien, le dernier, amènera l'exposé d'un cauchemar de Madame Korschov, quelques jours après le décès de Monsieur Heinz : « *Une porte s'ouvre à côté d'un magasin de mon village et je me dis « Tiens, il y a une porte qui s'ouvre ! » Derrière tout est noir et creux et il me dit : « Je suis encore là et je viens t'emmerder. » »*

Les associations qui suivent s'organisent autour d'une confusion sur l'expression « *Je voulais qu'il revienne* » (pour exprimer sa colère, lui dire ce qu'elle ressentait ou pour autre chose ?) et sur le mot pédophile qu'elle cherche inlassablement et qu'elle oublie à plusieurs reprises. Madame Korschov demandera aux psychologues de le lui rappeler et le remplacera le plus souvent par « *« spécial »* : « *Ca me fait encore plus sale de prononcer ce mot, de n'avoir rien fait, rien dit, le fait qu'il en ait eu d'autres. J'ai perdu le fil (phile ?), ce mot je le cherche, il n'est pas là, il ne fait pas partie de mon langage. »*

Madame Korschov préviendra de son absence la séance suivante, puis encore une fois avant de ne plus revenir.

## 1-2 Particularités de la clinique

Sans engager trop l'analyse et la problématisation, il m'a semblé intéressant de prendre un premier recul face à cette clinique, d'en dégager quelques lignes qui traverseront mon propos. L'expérience traumatique de Madame Korschov, telle que je l'ai relatée précédemment, servira de support à ce premier temps.

Si mon travail s'inscrit de toute évidence dans des considérations psychopathologiques, notamment pour l'analyse de ces troubles graves de la subjectivation, il ne doit pas en oublier les aspects dynamiques. Les principales caractéristiques que je vais plus loin distinguer sont donc aussi à entendre dans leur potentialité dynamique, organisatrice et défensive. Tout au moins est-il indispensable de se rappeler qu'elles signalent, par leur récurrence, la possibilité d'un appel à être organisées, symbolisées.

Le lecteur comprendra très vite mon insistance sur les aspects dépassant le langage verbal, mais je tiens d'abord à apporter trois précisions :

- Si l'insistance de mon propos porte sur les aspects précédant le langage verbal, ce dernier n'est évidemment ni sous-estimé, ni négligé
- Ces différents registres coexistent, se superposent, se substituent parfois, se succèdent ou s'inversent ; le modèle même de ma théorisation se fonde sur cette idée. De même, le dispositif en double écoute que j'évoquerai peut être conçu comme un dispositif psychanalytique permettant de recueillir des formes en mouvements, formes du corps et formes du langage réunies par l'écoute et l'élaboration des psychologues.
- Le champ précédant le langage n'est pas uniforme, on peut y trouver des aspects plus ou moins organisés ; dans certains procédés autocalmants par exemple (considérés comme protection contre l'effondrement traumatique), on pourrait distinguer, comme



le propose M. Boubli<sup>10</sup>, ceux qui s'approchent d'un rythme de ceux qui le refusent, ceux qui font du bruit plutôt que de la musique, ceux qui refusent de s'accorder avec l'objet de ceux qui le tentent.

Un premier recul face à la clinique a donc été rapidement nécessaire. J'espère que le lecteur comprendra l'utilité de cette mise en dynamique. Après avoir exposé problématique et hypothèses, il m'a fallu revenir sur ce qui, dans la clinique, a engagé le processus de recherche.

J'ai de cette façon souhaité faire partager le déroulement de ma recherche, des énigmes à leur mise en perspective. On comprendra aussi que la problématisation continue à se tisser dès ce premier pas de côté, que les hypothèses annoncées dès le début de cette thèse « reviendront » pour être formulées plus loin. C'est dans ce va-et-vient que s'est élaboré ce travail, j'aimerais que sa forme même en traduise quelque chose.

## **1-2-1 Les limites de l'analysable, une clinique de l'extrême**

Les expériences traumatiques dont il sera question ici ne sont pas de celles que les patients peuvent facilement raconter, qui s'inscrivent dans des systèmes de causalité ou de temporalité. Elles ne sont même pas dramatiques (ou devrais-je dire dramatisées), n'ont pas de sens, nous confrontent au chaos.

R.Roussillon parle de situation limite de l'analyse<sup>11</sup> à propos d'un travail psychanalytique « sur sa propre ligne de crête », situations qui mettent en évidence des

---

<sup>10</sup> Boubli (M.), Konicheckis *et al.*, *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, p.72-73.

<sup>11</sup> Roussillon (R.), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse.*, p.239.

expériences pleinement et uniquement saisissables « dans un certain mode de passage à la limite » (terme également utilisé par K.Jaspers).

Il regroupe l'ensemble des situations présentant des « (...) conjonctures transférentielles qui portent l'analyse de l'organisation transférentielle à sa limite, qui « chauffent à blanc » les conditions/préconditions de la pratique psychanalytique, les obligeant ainsi à s'explicitier plus complètement. »<sup>12</sup> Il ne faut pas confondre ces situations limites avec celles des états-limites, qu'elles peuvent concerner mais très largement déborder. L'un des arguments que donne R.Roussillon pour préférer ce terme de situation limite à ceux utilisés dans les nosographies structurelles rejoint tout à fait mon propos : il est de considérer que certaines expériences et même certaines pathologies ne peuvent se comprendre indépendamment de leur analyse, des conditions de leur description. La dynamique transféro-contre-transférentielle devient donc centrale pour définir ces situations.

C'est bien cette dynamique qui, concernant la clinique du traumatisme sexuel, m'a souvent placé devant les limites de l'analysable, une clinique de l'extrême, une clinique parfois à la limite du supportable. Les effets contre-transférentiels de la confrontation aux éprouvés traumatiques de ces patients qui « chauffent à blanc » le transfert et les éléments du dispositif, les processus défensifs et de communication utilisés (souvent radicaux, brutaux et massifs), l'attention portée à des matériaux plus inhabituels (très souvent hors du langage verbal) et, ne l'oublions pas, la nature des violences évoquées (situant les actes très souvent au-delà des limites posés par les interdits humains), tout cela rend l'approche de cette clinique extrêmement difficile. Je montrerai comment le dispositif en double écoute peut être en partie pensé comme une réponse à cette confrontation.

Pour ces patients, les expériences traumatiques ont conduit à douter de leurs éprouvés (ils doutent de la forme même de leur expérience), à disqualifier une partie au moins de leur monde interne. Le psychologue doit donc proposer une « présence bien vivante »<sup>13</sup>. Cette présence, parce qu'elle ne peut qu'être authentique (ces patients plus que d'autres distinguent l'émotion ou l'attention feintes), épuise parfois le thérapeute.

---

<sup>12</sup> *Ibid.*, p.238.

<sup>13</sup> Selon le titre d'un ouvrage d'Anne Alvarez.

Je parle de clinique de l'extrême du point de vue du contre-transfert et non de celui de la nature de l'expérience du patient ou de la qualification de son éprouvé (il faudrait alors utiliser le terme de « situations extrêmes de la subjectivité » comme le fait R.Roussillon).

Ce qui est aussi parfois à la limite du supportable dans l'approche de cette clinique, ce sont les images de détresse suscitées. L'*Hilflosigkeit* est vécue contre-transférentiellement, figure de la première détresse infantile. Le psychologue est mis en contact avec sa propre vulnérabilité, doit s'identifier peu ou prou à la détresse du patient en retrouvant un certain rapprochement avec ses propres vécus internes. Le plus souvent, le transfert est massif et immédiat (je remarque à chaque fois à quel point la première impression donnée par le patient, avant même qu'il me parle ou me serre la main, est « chargée ») justement parce que le sujet traumatisé fait face à une désorganisation, a perdu une partie de sa contenance et s'appuie d'emblée sur le psychologue. Le terme d'« appui » est d'ailleurs un peu léger pour définir les processus d'identification du psychologue au patient et à son expérience (identification tempérée par son expérience thérapeutique, l'analyse du contre-transfert, la supervision, la théorie et, pour ce qui concerne mon dispositif, la présence d'un autre psychologue clinicien pendant la séance). Les paradoxes de cette expérience, l'urgence à la figurer, l'intensité du transfert et la destructivité mise en œuvre (autant d'aspects que j'aborderai plus loin) font souvent que l'appui devient plutôt emprise, intrusion, squattage de l'espace mental des thérapeutes.

Le partage de l'expérience traumatique est rarement une zone d'échanges tempérés. L'expérience est quelquefois tellement insupportable qu'elle convoque des attitudes hors du champ thérapeutique : le psychologue peut être fasciné ou indigné (ce qui revient au même) devant l'horreur, être tenté d'agir plutôt que de penser (dans le rapport à la justice par exemple), se laisser entraîner par les modalités défensives du patient, ses confusions.

Les limites de cet « analysable », le caractère extrême de cette clinique trouve aussi je pense en partie son explication dans l'*hypercondensation* propre à toute économie de sauvegarde psychique. Il n'est pas anodin que j'aie dû m'intéresser à des processus de condensation d'expériences (comme les signifiants formels) pour saisir ces expériences traumatiques. La tonalité parfois violente et intrusive de l'éprouvé contre-transférentiel se comprendrait ainsi par la densité et la concentration nécessitées par l'urgence.

Il devient alors moins étonnant que plusieurs psychanalystes s'intéressent à ces cliniques de l'extrême soient allés questionner les rapports avec la poésie ou la télépathie, toutes deux tentatives de représenter l'irreprésentable, d'essayer de comprendre comment la saisie psychique du psychanalyste dans ces situations se fait de façon massive mais mystérieuse.<sup>14</sup> Cette « communication d'inconscient à inconscient » selon la formulation freudienne est en effet parfois située aux limites du symbolisable :<sup>15</sup>

- Je me souviens ainsi d'une séance avec Jody, fillette de 12 ans victime d'inceste. A un moment où Jody ne parvient pas à pleurer la mort de son père, où les deux psychologues sont particulièrement démunis et inquiets devant certains aspects hallucinatoires chez cette patiente, la fillette se met à dessiner en début de séance.

A peine quelques traits ébauchés représentant un homme couché au pied d'un arbre avec un gilet teinté de rouge, je fais le commentaire suivant : « *Je ne sais pas pourquoi mais ton dessin me fait penser à un poème très célèbre qui s'appelle le dormeur du Val. Tu le connais ?* » De façon saisissante Jody se lève et me regarde intensément avec une expression jubilatoire : « Mais oui, c'est exactement ça ! Tu as trouvé ! Comment tu as fait ? C'est ce que je voulais faire, je l'ai appris cette semaine à l'école. » (Puis Jody récite une partie du poème, évidemment le dernier vers).

Cette « interprétation » en première personne (dont je dirai plus tard qu'elle doit rester exceptionnelle, bien qu'elle s'abstienne ici de tout commentaire autobiographique, si ce n'est bien entendu ma sensibilité envers ce poème) a permis un partage affectif sous forme d'insight. Elle a aussi facilité le transfert dans l'appareil de langage, le passage, à partir d'un dessin, à une représentation de mots (le récit du poème) et évidemment le déploiement, dans le transfert, de l'expérience traumatique (en l'occurrence la mort du père/soldat qui se battait depuis plusieurs semaines contre une terrible maladie, le mystère restant sur l'origine du meurtre, Jody ayant dénoncé son père incestueux).

La jubilation de Jody ne trompe pas : le plaisir pris à communiquer et partager l'expérience traumatique « sans rien parler » est intense.

---

<sup>14</sup> Rappelons évidemment l'intérêt de Freud pour ce sujet, mais aussi de C. et S. Botellà, Nicolaidis et M.Th. Neyraut-Sutterman.

<sup>15</sup> S.Freud supposait une méthode archaïque de communication, refoulée dans la psychogenèse mais pouvant se manifester dans certaines situations.

La psychopathologie de la névrose est plutôt concernée par le modèle du conflit mais les expériences que j'étudie résistent pour la plupart à cette modélisation. Le premier schéma freudien, celui exposé dès 1894 concernant la représentation *inconciliable* ne suffit pas toujours (le Moi subitement confronté à une représentation « connotée » sexuellement la refuse, elle est alors oubliée, refoulée et l'affect y étant attaché a d'autres destins : conversion hystérique, angoisse...). L'analyse de Jean Cournut<sup>16</sup> d'un texte de Freud (Névrose, psychose et perversion) à partir d'une erreur typographique intéresse notre propos. Alors que Freud semble vouloir parler de représentation *inconciliable* (*unverträglich*) il écrit « *unerträglich* » (qui signifie *insupportable*) pour décrire l'événement de la réalité extérieure ou la sensation interne qui déclenche une perturbation intrapsychique. Ce que le traducteur suppose être une erreur typographique n'en est peut-être pas une. Je montrerai comment Freud n'a cessé de complexifier son modèle du traumatisme, comment aussi sa théorisation pouvait parfois tenir compte des propositions de Ferenczi.

Dans le premier modèle, même si la représentation est *inconciliable*, elle garde une valeur représentative. En revanche, si l'expérience est tellement traumatique que le moi est sidéré, gelé, « atomisé » (Ferenczi), alors on peut être dans un tout autre registre, celui de l'*insupportable*, de l'*unerträglich*. Ce registre, plus radical, celui en effet de l'insupportable, est souvent celui de ma clinique. Il peut d'ailleurs tout à fait s'articuler au premier registre, ne serait-ce pas le projet de toute thérapie du trauma que de transformer l'insupportable en inconciliable, organiser le trauma en conflit ?

Il me semble d'autre part tout à fait indispensable de marquer fortement la différence entre l'insupportable et l'irreprésentable. Si ma thèse s'appuie sur un certain nombre de conjonctures et d'expériences à la limite du supportable, cela ne signifie nullement qu'elles soient condamnées à ne jamais être représentées. Cela ouvre sans doute la question des paradoxes de cette clinique que je vais maintenant aborder.

---

<sup>16</sup> Cournut (J.), « Séduction, castration, conviction ».

## 1-2-2 Une clinique paradoxale plus que conflictuelle

L'expérience de Madame Korschov, comme celle de tous les patients dont je parlerai dans cette recherche est une expérience développant la paradoxalité plus que la contradiction. D.Anzieu<sup>17</sup> montre comment la relation paradoxale, à l'origine des pathologies narcissiques et limites, s'oppose à l'expérience d'illusion et de transitionnalité décrite par D.W. Winnicott, empêche d'établir des liens de pensée entre mondes interne et externe : « Le paradoxe favorise au contraire la défiance et la coupure : il subvertit le sens de la vérité et l'être du sujet. Je propose de définir la relation paradoxale comme l'illusion négative. »<sup>18</sup>

Sans aller plus loin dans les confusions topiques induites par cette paradoxalité (je montrerai dans la proposition de mon modèle comment elle participe notamment à une certaine confusion/superposition des instances), je souhaiterais souligner ici l'ambiguïté, la confusion de ces expériences. Cela explique aussi l'importance des réactions thérapeutiques négatives, tout progrès pouvant être vécu comme une régression, un danger.

On voit bien ainsi comment l'expérience de Madame Korschov rend *permutables* la séduction et le rejet, le vrai et le faux, la haine et l'amour, la vie et la mort, le sexuel et le narcissique, le désespoir et le désir. J'insiste : **ces éléments participent à son économie traumatique en tant qu'ils sont inversables, permutables et non pas inversés ou permutés constamment** (ce qui, d'une certaine façon, serait beaucoup plus clair, voire contradictoire). **C'est parce qu'ils sont potentiellement interchangeables (et non systématiquement) qu'ils sont traumatiques. C'est parce qu'ils peuvent se superposer, se mettre en contact, se faire passer l'un pour l'autre qu'ils signent le trauma. Ils sont « permutables le long d'un cercle sans fin. »**<sup>19</sup> Lors de l'exposé du modèle topique du traumatisme que je proposerai, on comprendra la parenté avec cet aspect de mise en contact, de superposition et de permutabilité de certains éléments ou certaines zones.

---

<sup>17</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p.61.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p.63.

De nombreux éléments sont ainsi subvertis, comme si une autre logique intervenait, nouvelle forme de la pathologie perverse, une sorte de pensée perversie (Arnaud Lévy).

Comme le rappelle R.Roussillon<sup>20</sup>, une véritable interprétation de transfert suppose de traiter ce qui est vécu en séance comme une représentation (de ce qui a été vécu avant, avec d'autres objets). Cela suppose donc une « illusion transférentielle » organisée par un paradoxe selon lequel la chose présente, actualisée, est interprétable comme répétition ou modulation du passé. Ce traitement paradoxal est rendu difficile dans l'expérience traumatique comme dans le transfert délirant : on se rend vite compte que, le plus souvent, parler du traumatisme est traumatique. Comme le divan de l'analyste ne symbolise pas la mère mais *est* la mère<sup>21</sup>, toute approche de la chose traumatique en séance court le risque d'être traumatique.

J'observe en effet très souvent, lorsque je fais une proposition concernant la qualification de l'expérience traumatique du patient, que soit celle-ci est acceptée sans conteste, presque avec passivité, soit violemment rejetée par le patient. Il se sent alors « abusé », traumatisé, dépassé et devient quelquefois narquois, colérique, disqualifiant l'intervention de ce psychologue qui « prend des libertés » avec ce qui lui est confié. Je montrerai comment le dispositif en double écoute et le type nuancé d'interprétation donnée peut aider à rendre interprétable le transfert, les éléments répétés dans les séances.

D'une façon générale, dans ces économies traumatiques où les défenses sont drastiques, le sujet se « nuance », se tempère peu. S'il est parfois en partie conscient de l'expérience traumatique, il n'admet que rarement l'« accident survenu à sa pensée » (Piera Alagnier) et le plus souvent observé dans les failles, les blancs et surtout les aspects paradoxaux de son discours, je dirai même produit en lui et en le psychologue par son discours. Nuance, tempérance, compromis, conflit et ambivalence disparaissent ainsi parfois totalement sous **une destructivité servie par une logique paradoxale.**

Les issues des situations traumatisantes sont souvent paradoxales. R.Roussillon en évoque une : le « clivage au moi » qui « (...) déchire la subjectivité entre une partie représentée et une partie non représentable [...] C'est un clivage de la subjectivité, et la partie

---

<sup>20</sup> Roussillon (R.), « Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction », in André (J.) *et al.*, *Les états-limites*, p.45.

<sup>21</sup> Selon la formulation de D.Winnicott, reprise par M.Little, in Roussillon (R.), *ibid.*, p.45.

non représentée est néanmoins « psychique » et « subjective » et comme telle elle « devrait » appartenir au moi. »<sup>22</sup> Tout se passe donc comme si le sujet se retirait et se coupait de sa subjectivité pour survivre (R.Roussillon), assurant dans ce mouvement paradoxal sa survie psychique : « (...) pour continuer à se sentir être, le sujet a dû se retirer de lui-même et de son expérience vitale. »<sup>23</sup> Comme je le soulignerai souvent concernant les expériences traumatiques, il s'agit évidemment d'une défense radicale, le moi se clivant d'une expérience à la fois éprouvée et « non constituée » comme telle, non représentée. Ces considérations concernant à la fois la question de la survie psychique, du clivage extrême et d'expériences paradoxales dans ce type de situations rejoignent les théorisations de Ferenczi et de Winnicott.

Les patients que j'ai rencontrés, qui survivent parfois de et par leur traumatisme, s'accommodent très bien des paradoxes et très mal des compromis. Leur demande, paradoxale, pourrait être ainsi exprimée : **« Guérissez-moi de cette souffrance insupportable qui me tuera si je m'en sépare. »**

Tous ces paradoxes brouillent la relation. Il n'y a qu'à voir comment les « associations » de nos patients, hachées, étranges, parfois aux allures de provocations surréalistes, suscitent chez les psychologues des images inconciliables ; un des objets de ces processus serait sans doute à visée paradoxale<sup>24</sup>, paradoxe que je tente d'exprimer ainsi : **« Nous nous comprenons sans rien dire ni faire, cette fusion t'empêche de me saisir. »**

Enlisé dans ce paradoxe, le psychologue court le risque de la voyance ou de la production d'un discours savant, incompréhensible (ou hyper interprétatif par exemple) qui le protégerait de cette fusion. Patient et psychologue, tous deux traumatisés, ne pourraient alors penser ensemble, l'effet traumatique serait reconduit, la pensée une fois de plus court-circuitée. Une façon de penser ce paradoxe pourrait être, comme le propose Bion, de plutôt penser en terme de contenant. Mais le patient traumatisé, comme dans les problématiques limites, accepte difficilement un contenant qui ne s'adapte pas parfaitement à ce qu'il produit, voire qu'il n'aurait pas l'illusion d'avoir créé.

---

<sup>22</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.20.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p.141.

<sup>24</sup> Green (A.), *La folie privée*, p.349.



Autre paradoxe encore : si l'expérience traumatique est essentiellement hors du langage verbal comme je le pense, si l'attention porte beaucoup sur un matériel non verbal, c'est probablement par des représentations de mots que le psychologue va essayer de reconstruire la forme de l'expérience traumatique. Certes, il se fondera sur le matériel recueilli mais il faudra bien le « traduire » en mots pour le rendre communicable, en dire quelque chose au patient. On résumerait ainsi le paradoxe : « **Communiquez-moi votre expérience dans les langues de votre choix, mais il faudra bien mettre en mots même celles qui n'ont pu s'inscrire dans le langage verbal.** »

Au-delà de l'inscription dans le langage, c'est la représentation même de l'expérience traumatique qui est refusée, pour deux raisons au moins. D'abord l'expérience est par définition traumatique parce qu'elle dépasse les capacités de symbolisation du sujet. De plus, un nouveau paradoxe rend cette représentation de l'expérience impossible : « **Représentez l'irreprésentable et vous m'anéantirez.** » Comme le montrent J-L. Donnet et A.Green<sup>25</sup>, la moindre tentative de représentation du traumatisme, de mise en forme et en sens, pourrait bien ainsi être perçue par le patient comme une blessure narcissique gravissime. L'« exception » de sa situation, à laquelle au moins il peut s'accrocher pour sa survie, pourrait être niée, banalisée par la simple tentative de représentation. Dans l'expérience traumatique, on a le droit de s'accrocher à la culpabilité ou même à l'horreur de sa situation, son « exception », pour survivre. L'« être traumatisé » est aussi en position d'exception, comme Richard III dans Shakespeare.

J.L Donnet<sup>26</sup>, dans son essai de synthétiser les apports de R.Roussillon quant aux situations limites, insiste sur une compulsion de répétition pouvant paraître au service exclusif de la pulsion de mort. Les situations limites ouvrent ainsi un nouveau paradoxe : « **la règle du jeu est de ne pas jouer** ». L'action, externalisée dans la séance, domine. L'appareil psychique devient appareil d'action plus qu'« à langage » (A.Green). Il reste néanmoins que, comme Winnicott avec le jeu de la spatule, il convient nécessairement d'apprendre à jouer aux patients.

Le jeu dont il s'agit en fait se lit moins dans le contenu des échanges que dans leur forme, dérivée du corps et des sens.

---

<sup>25</sup> Donnet (J-L.) et Green (A.), *L'enfant de ça*.

<sup>26</sup> Donnet (J.L.), Préface à *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, p.14.

Dans les situations que j'aborde, c'est la présence même de l'objet qui menace le sujet (par ses aspects bons ou mauvais). **C'est en effet parce que l'autre est quelquefois profondément haï qu'il faut qu'il soit particulièrement présent.** La présence constante du thérapeute est nécessaire pour que le patient puisse s'assurer qu'il ne l'a pas détruit. Les mouvements de haine à l'égard du thérapeute, les attaques du patient, même violentes, indiquent l'angoisse de perte, celle de le perdre.

Il serait cependant faux de penser que les situations traumatiques et/ou les états-limites excluent les aspects d'organisation oedipienne, notamment en termes de sexualité. S'il y a certes une très grande difficulté d'accès à l'ambivalence dans la relation à l'autre, si les clivages alimentent souvent les mouvements d'amour et de haine, le complexe d'Œdipe peut avoir une valeur plus ou moins structurante.

Ce n'est pas parce que l'économie psychique est souvent dominée par des mouvements massifs de haine et de destruction révélateurs d'une forte angoisse de perte que les tentatives d'organisation oedipienne n'ont pas leur place.

Comme le remarque C.Chabert<sup>27</sup>, ces considérations font surgir un dernier paradoxe : si le thérapeute, comme les objets en général, est disqualifié et attaqué au niveau manifeste, cette négativité est une mesure de protection narcissique au niveau latent, je dirai : « **J'ai besoin que tu sois tout le temps là pour te détruire et être certain que tu ne le sois pas.** » La haine de l'objet permet aussi de délester en partie le patient de mouvements pulsionnels pénibles et de consolider certaines limites (dedans/dehors, sujet/objet...). La haine a sa fonction et, bien que d'un registre fort différent, peut permettre au sujet, en « délestant » et « consolidant », une certaine ouverture aux mouvements oedipiens.

Quelques petits moments cliniques, d'allure anecdotique, mettent en évidence les enjeux de la présence des psychologues et de la destructivité mise en œuvre par le patient :

- Astrid, patiente dont j'assure le suivi avec ma collègue Judith depuis des années, vient à sa séance à l'heure habituelle après une absence dont elle n'a pas prévenu ses thérapeutes. Après quelques minutes d'entretien, une chaîne associative amène Judith à questionner Astrid sur le fait, plutôt inhabituel, qu'elle n'ait pas prévenu le

---

<sup>27</sup> Chabert (C.), *Les états-limites*.

secrétariat de son absence. Cette remarque amène alors un déchaînement haineux d'Astrid envers Judith ; la patiente se lève et gesticule, menace ma collègue et lui explique ceci : « *Vous ne comprenez rien, vous ne vous rendez pas compte ! Je vous vois une fois par semaine et je fais bonne figure mais quand je vous laisse c'est horrible ! Je ne suis pas venu mercredi passé parce que j'avais envie de tuer, de me tuer et de vous tuer tous les deux, c'est pour vous protéger que je ne suis pas venue ! Vous devriez m'être reconnaissante au lieu de me le reprocher ! Ce que vous m'avez dit, c'était un coup de poignard, j'ai pas de peau, une chair à vif ! Dans un rêve j'étais toute coupée au thorax, je devais tenir pour ne pas que mes entrailles sortent devant ma mère ! Il y a une époque où je ne ressentais rien et ça me fascinait, mon esprit ventilait la douleur, j'avais un inconscient au compte-gouttes. Il y a une partie de moi qui ne veut pas ressentir en entier, elle est lâche. La haine concocte pour sauvegarder mon corps. Je sais que je n'arrive pas à me lâcher (elle montre Judith, toujours plutôt associée à un pôle relaxant ou plus expressif) et que je veux tout maîtriser (elle se tourne vers moi). Pourquoi je veux pas lâcher, connasse ! Trou du cul ! Vous n'avez pas un entonnoir pour me gaver ? Qu'un truc passe enfin ! »*

L'inquiétude, la sollicitude de Judith à son égard (la questionnant sur son absence) évoque peut-être encore avant tout pour Astrid le risque que cette imago maternelle s'effondre, abandonne ou, pire encore, soit terrifiée à la vue des ses entrailles. Astrid n'est pas encore tout à fait assurée que cette « connasse » et ce « trou du cul », thérapeutes analysés-analysants, fécalisés, supporteront le contact avec ses objets internes, elle préfère encore parfois ne pas venir.

- Cette même patiente arrive un jour où Judith assure les consultations malgré un gros rhume. Alors que ma collègue s'était trouvée plutôt « courageuse » de venir malgré sa fatigue et m'en parlait avant la séance, Astrid exprime sa colère dès les premières minutes de l'entretien, entrant dans une terrible rage et reprochant à Judith de ne pas être assez disponible pour elle : « *On ne vient pas en séance dans cet état ! Vous ne pouvez pas tousser et vous moucher en écoutant ce que je dis !* ».

Ce paradoxe de l'économie traumatique, comme celui de l'état-limite, qui oblige une présence importante de l'objet pour pouvoir le détruire en toute sécurité, sous-tend les thérapies des victimes de violence sexuelle.

## **1-2-3 Intrication des scènes traumatiques**

Plus que la superposition ou la succession, voire la régression sur certaines scènes, **c'est bien dans l'intrication des scènes que se définit l'expérience traumatique**. Dans mon expérience clinique, je n'ai jamais rencontré de trauma isolé. Je pourrais dire « **un trauma seul, ça n'existe pas.** » Cette idée est aux fondements même de la modélisation que je proposerai plus tard, je ne l'aborderai ici qu'à partir de la thérapie de Madame Korschov.

Un préalable toutefois : supposer qu'un trauma n'existe pas seul ne signifie pas pour autant qu'il faut l'inscrire dans un principe de causalité, de culpabilité ou sous-estimer l'impact du traumatisme réel. Faire cela serait adopter une position idéologique, je montrerai comme la théorisation de C.Garland par exemple permet de dépasser ces positions et de saisir la question du traumatique dans toute sa complexité et ses intrications.

Dès son étude sur L'étiologie de l'hystérie (1896), Freud remarquait déjà qu'il ne fallait pas se contenter de l'investigation anamnétique. Il y soulignait également que retrouver une scène traumatique derrière un symptôme hystérique n'était intéressant que si cette scène avait la « capacité déterminante » correspondante au symptôme et que si on pouvait lui reconnaître *la force traumatique nécessaire*. Cela intéresse particulièrement notre propos, Freud avançait déjà l'idée qu'il fallait ne pas forcément se contenter du premier souvenir de l'expérience traumatique associée, qu'il pouvait y avoir d'autres scènes « intriquées », qu'une chaîne associative a toujours « plus de deux maillons ».

Il dit également autre chose d'importance : la scène traumatique retrouvée ne peut apporter quelque chose que si son rapport est suffisant (et j'ajouterai dans ce travail de recherche la question de son **rapport de forme**). Cependant, selon Freud, lorsqu'on remonte cette chaîne, on arrive toujours au domaine du vécu sexuel (avec parfois de graves traumatismes comme le viol, ou des expériences associées beaucoup plus « *insignifiantes* »). S'il précise bien que l'on remonte parfois à la première enfance (sans renoncer à l'étiologie sexuelle), à des expériences infantiles à contenu sexuel, j'essaierai de montrer comment certaines scènes peuvent de loin dépasser ce contenu sexuel.

Revenons vers Madame Korschov. Cette patiente nous dit dès la première séance que son traumatisme est hors de mémoire, qu'elle n'a aucun souvenir. Après la séance où elle se retrouve seule en ma présence, il est difficile de penser qu'elle « ignorait » à ce point cette expérience. Il a seulement fallu qu'elle soit réactivée, réactualisée par une faille du dispositif (l'absence de ma collègue), que la défaillance de l'objet primaire (sa mère, peu attentive) se reproduise sur la scène réelle et transférentielle, pour que, **dans une régression topique, dynamique et, j'insiste, formelle**, un éprouvé traumatique qui aurait pu ne jamais advenir soit exprimé. Ne nous y trompons pas, la formulation très secondarisée de cette expérience n'est pas l'essentiel, **c'est bien la forme même de l'expérience, réactualisée dans cette séance, qui permet de lire cliniquement, de relire et relier toutes les scènes traumatiques déjà exprimées.**

Je reviendrai dans la suite de cette thèse sur l'intérêt des signifiants formels pour aborder la forme des expériences traumatiques. Le lecteur me fera confiance en attendant je l'espère, pour simplement relever dans cette clinique comment ils permettent de rassembler et de comprendre l'expérience de Madame Korschov sous le signifiant formel « une brèche s'ouvre », forme fissurée de son expérience traumatique.

Je le disais, la configuration spatiale de l'expérience de cette patiente s'apparente d'abord à un nuage, une odeur, sans contour. Madame Korschov va ensuite la rejouer sur d'autres scènes, plus ou moins actuelles (les scènes traumatiques initiales n'apparaîtront qu'aux deux dernières séances). La scène transférentielle traite elle aussi cette forme, le cadre offert n'encourage pas immédiatement à une narration, propose surtout une contenance, permet le déploiement du signifiant formel indépendamment de toute référence chronologique.

La forme de l'expérience traumatique est toujours là et se rappelle à tous sous la forme « une brèche s'ouvre » avec toutes ses variantes. Selon moi, ce condensé d'expérience imprégné du traumatisme est repérable par sa répétition (il se rejoue dans au moins onze variantes) et son incongruité (surtout visible lors de sa première expression où la fille de Madame Korschov sauve la vie de sa mère en la sortant de la voiture alors qu'elle n'a que trois ans, mais aussi dans la scène de la mise en bière de son oncle préféré). Il l'est aussi par son intensité contre-transférentielle (mon vécu dans l'entretien en simple écoute).

Cette forme traumatique ainsi signifiée laisserait penser que la forme de l'expérience traumatique est vécue comme une fissure, une faille, une brèche. Le risque que cette fissure se propage et que la brèche s'ouvre plus encore est immense, que tout puisse alors fuir. **L'expérience est déformée, atteinte dans son articulation dedans/dehors, comme la vanne d'un barrage qui menacerait de s'ouvrir.**

Le lien entre la présentation de la forme traumatique et le dispositif est mis en évidence lors de l'avant-dernière séance. En autorisant la patiente à venir à un entretien en simple écoute nous avons précipité le déploiement de la forme traumatique (dans les deux sens du terme, celui d'accélération comme celui de condensation). Tout se passe alors comme s'il y avait un *collapsus topique*, une confusion des surfaces d'inscription et d'excitation.

Essayons de retrouver les variantes du signifiant formel et donc la forme traumatique de Madame Korschov. Je les relate ici dans leur ordre d'apparition durant la thérapie, qui bouleverse totalement la chronologie réelle. Je rappelle que ces formes sont parfois « traversées », travaillées par des processus secondarisés, exprimées quelquefois sous une forme linguistique, mais la forme initiale est très archaïque, seulement « décryptable » par un signifiant formel :

- 1 La fille de Madame Korschov *la sort* de la voiture *par la porte* après l'accident de voiture
- 2 Alors que *la porte est « légèrement ouverte »*, son oncle lui demande de venir jouer à cache-cache : « *tu riras tellement que tu mouilleras ta culotte et te feras gronder* ».
- 3 La mise en bière de son oncle préféré : « *on a ouvert les portes d'un coup face au cercueil, c'était pas les bonnes personnes à la bonne place.* »
- 4 A seize ans son père la traite de « pute » et la frappe après l'avoir enfermée dans les toilettes. Son oncle Maxime ouvre la porte et elle s'évanouit.

- 5 A sept ans Madame Korschov entend du bruit et découvre ses parents visionnant un film érotique; son père ouvre la porte à peine refermée et la gifle violemment ;
- 6 Alors qu'elle était très jeune, son oncle la « *coince* », elle se rapproche du salon alors que sa mère est à la cuisine (« *c'était très grand !* »). Madame Korschov pensait alors « *si au moins quelqu'un ouvrait la porte !* ».
- 7 Entre huit et quinze ans Monsieur Heinz arrivait dans la cour, elle le suivait sans rien dire. Il lui montrait alors des dessins obscènes dans la salle de bain et se masturbait, la porte ouverte.
- 8 En l'absence de ma collègue, la patiente raconte avec beaucoup de détails les différentes violences sexuelles subies.
- 9 Lors de cette même séance, Madame Korschov se demande avec émotion : « Pourquoi ils n'ont pas vu ?! »
- 10 L'exposé du cauchemar à la dernière séance : « *une porte s'ouvre à côté d'un magasin de mon village et je me dis « Tiens ! Il y a une porte qui s'ouvre ».*
- 11 « *Derrière, tout est creux et noir* » (derrière la porte ouverte dans le cauchemar).

Il me semble que la rencontre avec Madame Korshov illustre très bien l'importance des signifiants formels comme mode d'organisation de la communication sur la scène narrative et transférentielle. Le signifiant formel que je dégage (« une brèche s'ouvre ») différencie bien une configuration spatiale sans opposer des qualités sensibles (comme le ferait un signifiant de démarcation).

La sensation initiale (l'odeur) est informe, sans contour, épaisseur ni limites. La patiente essaiera dans sa thérapie de mettre en forme cette expérience distordue et béante.

L'entretien où je me retrouve seul avec elle est évidemment d'importance : en ouvrant réellement une brèche dans la réalité du dispositif, en laissant une fissure (la psychologue absente), nous venons appuyer les angoisses de Madame Korschov, confirmer la toute première défaillance et l'angoisse d'anéantissement inhérente.

L'hémorragie narrative (les détails des scènes traumatiques jusqu'alors hors de mémoire) et le contre-transfert violent du psychologue ne trompent pas (je vis cette séance avec sidération, non pas identifié à l'agresseur comme je l'aurais pensé, mais clairement à la victime, dans une situation totalement passive, terrifiante et culpabilisante). La forme de l'expérience se rejoue ici avec plus de densité, la contenance des entretiens en double écoute

se rompt, la perte partielle du contenant externe risque d'entraîner celle du contenant interne, le retour de l'angoisse automatique.

Le déploiement de son expérience a donc été un peu précipité, le recours au langage signe un changement de registre ; la porte s'est peut-être ouverte un peu rapidement sur le « creux » et le « noir ». Le « phile » se perd (« *il ne fait pas partie de mon langage* »), **il a été question de langage là où la forme de l'expérience traumatique aurait probablement dû continuer à se déployer dans un environnement gardant la même contenance.**

Madame Korschov dit d'ailleurs qu'il n'est pas question de mots (ces derniers se perdent, se décomposent, changent) mais que l'important est que « *derrière, tout est creux et noir* ». Il s'agit probablement là de la dernière déclinaison du signifiant formel, peut-être la plus importante derrière toutes les autres scènes : une porte s'ouvre sur le néant.

L'intrication de toutes les scènes traumatiques est frappante, elles se contiennent les unes les autres, l'une rappelle l'autre ou la cache. Cela se vérifie dans le contre-transfert des deux psychologues, leurs hypothèses : ils privilégieront tantôt un fonctionnement familial incestuel, une relation incestueuse avec l'oncle Maxime, l'idée de la jouissance refusée avec l'abuseur, la relation trouble avec son père, l'après-coup du viol dans la boîte de nuit, le caractère insupportable de la passivité... Toutes ces hypothèses sont probablement valables. On comprend également que des hypothèses trop interprétatives ne nous aident pas trop, comme si elles s'appuyaient sur des fantasmes alors que Madame Korschov utilise des processus beaucoup plus archaïques (évidemment des identifications projectives massives), qu'il s'agit ici probablement beaucoup plus d'une problématique des contenants que des contenus. Le signifiant formel nous renseigne d'ailleurs à ce sujet : il s'agit bien de la recherche d'une forme, d'une forme trouée, fissurée, d'une faille faisant dangereusement communiquer le dedans et le dehors, ouvrant sur le vide interne et externe, le noir et le creux pouvant s'inverser, se retourner.

L'insistance sur les aspects archaïques tenant à la forme de l'expérience traumatique ne doit pas faire oublier que le traumatisme, dans le même temps, peut tenter de se symboliser sur des scènes plus secondarisées, sur des contenus et pas seulement sur des formes, des contenants. Ainsi, concernant le récit des expériences traumatiques dans l'entretien en simple écoute, on pourrait aussi faire l'hypothèse que :



- La scène thérapeutique répéterait les expériences de perte et le retour du traumatisme : le décès des grands-parents, le retour au travail de la mère de Madame Korschov coïncidant avec la naissance de son frère (sa mère étant enceinte lorsque les abus ont commencé, je rappelle que ma cothérapeute était enceinte), le départ à venir de la psychologue enceinte, le défaut d'attention des parents et des psychologues...
- Madame Korschov, seule avec moi, pourrait allier triomphe et déni sur le traumatisme.
- Elle pourrait essayer de protéger le bébé de Daphnée, me réservant la narration de l'expérience traumatique.
- La première forme traumatique pourrait aussi se trouver dans « Pourquoi ils n'ont pas vu ?! » L'absence de Daphnée enceinte, comme sa mère lors des premières agressions, signe la défaillance de la fonction maternelle. Le traumatisme sexuel viendrait alors donner forme à l'expérience première informe, au noir et au creux : « *Je suis encore là et je viens t'emmerder* » dit M.Heinz. Monsieur Heinz est bien un acteur du monde anal, fécalisé des expériences traumatiques de cette patiente. Mais il est aussi, bien qu'agresseur, une source d'investissement qui surgit comme dernier rempart devant le creux et le noir, qui sert à lutter contre l'anéantissement.

## **1-2-4 Intensité des aspects transféro-contre-transférentiels, l'impact non-verbal.**

Le contre-transfert n'est plus aujourd'hui considéré comme un résidu d'inélaboré, une insuffisance, une entrave. Il ne peut être dissocié de son interaction avec le transfert et participe à la saisie et la compréhension du patient. Il renseigne sur les objets internes du sujet, porte les traces des réponses ou non-réponses des objets.

On peut même penser qu'il est parfois la seule prise sur la souffrance du patient devant la pauvreté du matériel associatif, la répétition incessante, les rares affects exprimés. Il ne faut cependant pas le traquer, le maîtriser, le « récupérer », essayer de tout rendre conscient, être intolérant à l'inconfort, à l'incertitude, au déséquilibre : « Un tel jeu comporte en principe plus que le risque assumé, *le parti-pris ou accepté*, d'une zone d'ambiguïté aux marges ou en dessous des prises de conscience analytiques : l'acceptation par conséquent d'une part limitée mais plus ou moins définitive de contre-transfert à *fond perdu*. »<sup>28</sup>

Ce *contre-transfert à fond perdu* repose selon J.Guillaumin sur l'établissement par l'analyste d'un lien narcissique positif de base entre lui et le patient. La construction en abîme est alors ainsi exposée : « Il est assez vraisemblable que ce lien *doit quelque chose à une part résiduelle, profondément enfouie, du contre-transfert d'emprunt (...) et renvoie à la manière dont le praticien s'est vécu naguère investi lui-même par son propre analyste.* »<sup>29</sup> L'investissement du patient serait ainsi une *extension* de l'intérêt de l'analyste pour lui-même. Une autre façon de comprendre cela serait aussi de dire que toute approche thérapeutique suppose une identification à la souffrance du patient, quelle qu'elle soit. Une autre façon encore de le dire serait de comprendre que, pour ce type de patients, le conflit fondamental est à un autre niveau que celui trouvé dans la névrose. On ne fonctionnerait plus vraiment sur le modèle de la reconnaissance du conflit pulsionnel mais plutôt sur celui de la reconnaissance mutuelle<sup>30</sup>.

Je montrerai plus loin dans ce travail à quel point cela suppose de repenser la question de l'implication du psychologue dans ce lien thérapeutique, y compris effectivement dans ses identifications à son analyste, ses superviseurs, sa conception de l'humain.

Les patients confrontés aux expériences traumatiques sont parfois confrontés à des objets internes très menaçants ou très idéalisés, ces relations d'objet sont évidemment « retournées » vers le psychologue avec une rare intensité (comme chez Astrid dont je parlerai plus loin), parfois à la frontière du délire. C'est alors un monde où les équations symboliques remplacent le symbole, où le psychologue *est la mère*.

---

<sup>28</sup> Guillaumin (J.), *Psyché*, p.276.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p.279.

<sup>30</sup> Steven Wainrib est intervenu à ce sujet lors d'une conférence du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, « Le narcissisme et ses dérivés », Paris, 20-21 octobre 2007.

Les séances sont quelquefois longues ou intemporelles, le psychologue est détesté, idéalisé, adulé ou ignoré dans la même séance. La séance se vit plus encore dans l'actuel, même lorsqu'il s'agit du passé. Les praticiens fournissent de multiples exemples de cette intensité contre-transférentielle concernant le traumatisme sexuel notamment. Comme le propose C.Garland<sup>31</sup>, ces contre-transferts pénibles ne signalent probablement pas simplement la « revanche », le « renversement » du traumatisme ou l'espoir de se débarrasser de son horreur et de la détresse dans le psychologue pour qu'il s'en occupe. Selon elle, le « survivant » peut n'avoir que ce moyen pour communiquer son expérience, par l'intermédiaire d'identifications projectives. C'est une solution *in extremis*.

J'insisterai souvent sur l'importance des facteurs non-verbaux (infra-verbal et affectif) dans les expériences traumatiques et dans leur jeu dans le transfert. La plupart de ces expériences se déroulent à un moment où l'appareil à penser n'est pas suffisamment organisé ou trop mis à mal pour inscrire l'éprouvé dans le langage. En lieu et place d'exprimer la souffrance comme une économie très « névrotique » pourrait le faire, l'économie traumatique va s'exprimer dans ses atteintes, notamment de la fonction symbolisante. Ces atteintes se font bien sûr pour le patient mais aussi pour le psychologue ; ses propres capacités à penser, se représenter le sujet ou lui-même sont souvent mises à mal, son corps même parfois le fait souffrir.

Le contre-transfert du psychologue l'amène à revivre les situations de détresse les plus archaïques, les plus traumatiques de son patient. Cela suppose une certaine « passivité » du thérapeute, qu'il puisse supporter le traumatisme (l'identification future du patient à un objet tolérant la passivité est fondamentale quant à la construction d'un masochisme tempéré), qu'il se laisse « mordiller ». Ce moment, celui où Winnicott transforme la morsure en mordillage dans le jeu de la spatule, est parfois extrêmement délicat. Je pourrais amener deux exemples où ce point de bascule a été difficilement géré :

- Lorsque je reçois Madame Korschov seul, il est évident qu'elle me fait vivre une position d'extrême passivité où, contre-transférentiellement, j'occupe clairement la position qu'elle occupait au moment des agressions. Sidéré, observateur d'une scène

---

<sup>31</sup> Garland (C.), *Comprendre le traumatisme*.

dans laquelle je suis cependant pleinement impliqué, perdant la notion du temps, je supporte tant bien que mal le déchaînement des traumatismes.

On pourrait penser que l'essentiel est là accompli mais je n'en suis pas certain. Encore aurait-il fallu que cette passivité soit suffisamment « active », que je sois « activement passif », que cette passivité soit non seulement supportée mais acceptée d'une certaine façon. L'hémorragie narrative de cette séance, ma quasi incapacité à intervenir durant ce temps et surtout le fait que Madame Korschov ne revienne qu'une fois ensuite avant d'arrêter sa thérapie sont peut-être des signes que la morsure a prévalu sur le mordillage.

- Astrid est une patiente suivie en thérapie dans notre dispositif pendant près de dix ans. Il s'agit ici de la première séance. Elle se présente parce qu'une amie lui a dit de venir. Gouvernée par les antidépresseurs et antipsychotiques qu'elle vient d'arrêter, elle prétend souhaiter passer « *de l'agneau au bourreau* ». Violente dans sa présentation, dans la forme de son discours, dans le contenu de son propos, elle se dit « *parano à vif* » et raconte très vite plusieurs scènes de violence sexuelle dont elle garde un souvenir « *agréable* ».

Astrid se sent « *double* », une partie d'elle « *très sexuelle et active, une autre sensible et sans sexe* ». Sa mère l'a abandonnée à son père à treize ans, avec lequel Astrid vivra « *une vie de bringue, de conneries et d'alcool* » au climat très incestuel. Elle décrit les délires de son frère et de son père contre lequel elle est très en colère et qu'elle aurait envie de « *voler, cambrioler* » (alors qu'il est mort). Aux deux séances suivantes, Astrid interroge beaucoup les psychologues sur leurs activités personnelles, leur propose d'aller boire un café. Elle insiste également sur son incapacité à travailler (elle devient très vite violente avec son employeur) et sur ses « *déviances sexuelles* » (homosexuelle, elle violente sa partenaire). On l'appelle « *l'autiste* », elle peut être « *tellement cynique, froide et susceptible* », elle a même pensé à nous tuer, brûler nos maisons... Le paradoxe est immédiatement exposé : « *Je viens pour être perçue mais n'essayez pas de le faire, de toute façon vous n'y arriverez jamais. Il faut me rentrer dedans. Pour l'instant vous ne m'attaquez pas, ça va !* » Elle oublie nos questions, ne se rappelle jamais de rien, les mots ne veulent rien dire pour elle.

Elle parle de ses « *visions* » : jeter le chat par la fenêtre, planter le couteau dans le visage de la personne à qui elle parle. Astrid s'est aussi créé un petit personnage « *qui*

*ne ressemble à rien* » et qu'elle fait venir sur son épaule quand ça ne va pas. Sur les murs de sa chambre sont affichés deux slogans : « *Respire !* » et « *N'oublie pas que tu vas guérir !* ».

Après les trois premiers entretiens, Astrid restera assise de longues minutes dehors, devant la porte de l'institution. Les psychologues évoqueront après ces séances leurs fantasmes quant aux agressions possibles de cette patiente, la secrétaire leur fera également part de ses inquiétudes.

L'intensité transférentielle de cette rencontre est indéniable, les aspects psychotiques et pervers sont palpables. Après les trois premiers entretiens, les deux psychologues s'interrogeront sur la pertinence de leur dispositif pour accueillir la souffrance d'Astrid, un service hospitalier n'aurait-il pas été plus adapté ? C'est lors d'une supervision que pourront se laisser entrevoir les aspects plus sains, plus organisés de cette patiente. L'hypothèse psychotique, trop rapidement avancée, avait « obturé » en partie la rencontre, sans doute pour gérer les effets contre-transférentiels violents.

La pathologie narcissique, celle qui demande à « être perçue », qui dit ne pas avoir de permanence dans ses pensées, qui vient aussi aux séances à l'heure, a failli passer inaperçue. Notre crainte permanente du passage à l'acte, l'imprévisibilité ressentie, la certitude d'être malmenés, épiés nous auraient presque amenés à rejeter Astrid « pour son bien ».

Certes, Astrid semble alors plutôt utiliser les psychologues qu'être en lien avec eux, essayer de trouver une forme à ses expériences à travers eux en utilisant massivement les processus d'identifications projectives (dont on peut penser qu'ils servent à ce moment plus à évacuer et squatter l'espace mental des thérapeutes qu'à communiquer). Mais Astrid n'est pas aussi malade qu'elle le dit ou le laisse paraître dans ces rencontres.

Lors d'une séance très touchante, quatre ans plus tard, elle expliquera aux psychologues avoir dès le début essayé de « *se faire passer pour folle* » pour qu'ils la gardent. En racontant des « *choses folles* » elle voulait intéresser ses thérapeutes, les séduire par une psychopathologie conséquente.

Sur la scène transférentielle, avec l'aide de leur superviseur, ses thérapeutes ont pu « tout juste » supporter l'intensité de l'expérience, il s'en est fallu de peu qu'ils ne se sentent trop mordus, que l'agir contre-transférentiel l'emporte. Le point de bascule, encore une fois, était mince.

Dans ses derniers textes, S.Freud répond parfois aux critiques et idées de S.Ferenczi. Un des enjeux concerne le transfert négatif, Ferenczi reprochant à Freud tout au long de son *Journal clinique* de l'avoir sous-estimé<sup>32</sup>. Freud s'est en effet sans doute moins servi d'un concept qu'il connaissait cependant : le contre-transfert. D'aucuns ont même dit que Freud n'avait pas saisi le transfert de Dora par méconnaissance de son propre contre-transfert.<sup>33</sup> Ferenczi en revanche en a fait l'outil essentiel pour permettre au patient de se mettre en contact avec le traumatisme.

R.Roussillon reconnaît que S.Ferenczi, s'il a très bien reconnu les zones traumatiques, a rencontré d'importantes difficultés contre-transférentielles qu'il délimite en quatre points<sup>34</sup> :

- Il faut endurer passivement les zones de non-investissement, les nœuds traumatiques, qui peuvent se manifester par une certaine négativité ; la technique active de Ferenczi pourrait être une défense contre cela.
- L'analyste doit s'identifier à la victime mais également accepter la place du séducteur et les affects afférents. La question de la séduction (traumatique, narcissique ou sexuelle) est complexe. Je rejoins tout à fait les considérations de R.Roussillon sur ce point, soulignant l'écueil possible (par le rejet de la pensée de la séduction par exemple, seulement entendue comme un fantasme) ; la problématique de la séduction est essentielle dans le traitement des expériences traumatiques mais aussi tout particulièrement dans notre dispositif en double écoute.
- S.Ferenczi n'a pas suffisamment pensé le transfert par retournement dans la clinique du traumatisme, lorsque le patient retourne activement à son analyste l'expérience traumatique subie passivement.

---

<sup>32</sup> Dans une lettre du 17 janvier 1930, Ferenczi écrivait à Freud : « Ce que, en particulier, j'ai regretté, c'est que, dans l'analyse, vous n'avez pas perçu en moi et mené à l'abréaction les sentiments et les fantasmes négatifs, partiellement transférés. On sait qu'aucun analysant, même moi avec mes nombreuses années d'expérience acquise avec d'autres, ne peut y arriver sans aide. Il a fallu pour cela une auto-analyse très pénible, effectuée après coup, tout à fait méthodiquement. »

<sup>33</sup> Hanus (M.) et Strauss (M.), « Dora, traumatismes sexuels et traumatismes narcissiques ». On se rappelle que Freud se sépare de Dora en lui promettant de lui pardonner de l'avoir privé de la satisfaction de la libérer de sa souffrance bien plus profondément !

<sup>34</sup> Cité in Guimaraes (R.), *Plaidoyer pour une histoire et une clinique du trauma*, p.231.

- La question de la réflexivité doit être poussée plus loin : il ne suffit pas de « sentir avec » comme l'indiquait Ferenczi, mais aussi « sentir, voir ou entendre à la place » du patient.

Le langage est évidemment touché et, il ne faut pas s'y laisser prendre, n'est jamais suffisant à exprimer et symboliser cette souffrance. Les expériences traumatiques se déroulent par définition à un moment où le sujet ne dispose pas (ou ne peut pas mettre en œuvre) de modalités psychiques suffisamment organisées pour les penser. La carence (dont D.Anzieu précise bien qu'elle peut être par excès, défaut ou alternance de l'un et de l'autre) ne peut ainsi pas être signifiée autrement que par ses effets : ce sont les faiblesses, les fissures, les distorsions de la topique subjective qui nous renseignent. Ces patients donnent alors le plus souvent à voir, toucher, entendre et sentir : « C'est leur corps, leur corps sensoriel, postural et moteur (avec ses marques réelles, grossies ou cachées sous des déformations fantasmatiques) qui fournit le matériel de la séance. »<sup>35</sup>

La prosodie, les respirations, les odeurs, les rythmes sont autant d'indices signifiant comment

*« (...) Ils cherchent avidement, nécessairement, vitalement, à voir, à toucher, à sentir, à entendre, à respirer le psychanalyste afin à la fois de vérifier que ce qui leur fait défaut ne lui manque pas et de retrouver sur lui les mêmes marques qu'en eux. Si on les accompagne jusqu'au terme ultime visé par leur régression, ils demandent d'être –en actes, en gestes, et non au seul niveau des mots- goûtants et goûtés, tétant et tétés, tenus, portés, réchauffés, rythmés et, plus avant même parfois, d'être réintégrés dans la sécurité chaude, souple, enveloppante et régulatrice de l'œuf-sein primordial, à partir de quoi ils peuvent entreprendre de renaître autrement. »<sup>36</sup>*

Je reprends aussi la forme des demandes de ces patients, plus appuyées sur des signes que sur des signifiants. Je montrerai en quoi la fonction sémaphorique (R.Roussillon) du dispositif est plus particulièrement sollicitée, comment le sujet communique « par des morceaux de corps mélangés à des morceaux de code » (D.Anzieu).

---

<sup>35</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.115.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p.116.

Le thérapeute ne doit alors ni gesticuler en retour, ni mater, ni être trop silencieux ou interprétatif, ne pas attendre non plus des associations libres qui ne viendront pas mais *répondre*, accepter avec neutralité et bienveillance la nature de ce qui est proposé transférentiellement (pas forcément des fantasmes ou des symptômes), c'est-à-dire accepter la forme sous laquelle ce matériel est proposé. Il faudra ensuite transformer en symboles les signes du corps adressés par le patient. Bref, contenir et rêver en quelque sorte (Bion), être le porte-parole des sensations-images-affects du tout-petit (Piera Aulagnier-Castoriadis, 1975). Ainsi, les actes sont parfois des signes qu'il faudra réintroduire dans une communication symbolique.

Le transfert compose souvent avec des données radicales, rudes, urgentes et intenses. Dans ces cas-là, il s'appuie évidemment plus sur le corps que sur la pensée, les fantasmes : « Le transfert agi, qui prend de court le psychanalyste et tend à court-circuiter ses possibilités d'élaboration, transfert intense en ce qu'il véhicule de détresse, de rage, de revendication, d'exigences narcissiques de tout ou rien, de « ou moi ou l'autre »<sup>37</sup>.

Il s'agit bien en effet d'une économie où les mots manquent pour faire face aux craintes de perte des limites, aux terreurs archaïques. Une parenté avec les psychosomatoses (Joyce Mc Dougall, 1982) ou la psychose est observée en ce qui concerne le type d'angoisses par exemple. Je pourrais également me rapprocher des considérations de J. Mc Dougall<sup>38</sup> sur l'hystérie archaïque (terme utilisé pour qualifier certains symptômes psychosomatiques) qui, contrairement à l'hystérie névrotique (construite sur le lien verbal), cherche à sauvegarder le corps entier du sujet, son existence, en se construisant à partir de liens somatopsychiques préverbaux. Il s'agit bien d'abord de s'assurer de son existence et de sa continuité avant de préserver la sexualité par exemple, même dans une clinique de la violence sexuelle.

Pour s'assurer de son existence, les mots ne suffisent pas, il faut aller chercher plus loin, plus ancien, plus sûr, plus « corporel ». Le langage appauvrit l'expérience en la rendant communicable, ces patients se doivent avant tout d'être « en contact » avec l'éprouvé traumatique, le présenter à la psyché et au corps avant de le communiquer au psychologue. Ce contact est rude et dépasse le langage verbal. Peut-être puis-je penser que nous touchons là à ce « fond représentatif » dont parle Piera Aulagnier, auquel j'ai déjà fait allusion et dont

---

<sup>37</sup> *Ibid.*, p.125.

<sup>38</sup> Mc Dougall (J.), *Théâtres du corps*, p.50.



« (...) les effets sur le Je se manifesteront, hors du champ de la psychopathologie, par ces sentiments indéfinissables que le langage traduit par des métaphores dont l'usage a émoussé le sens profond : « se sentir bien dans sa peau », « être en forme », « être mal à l'aise », « porter le monde sur ses épaules », « sentir son corps en morceaux », et d'autres encore. »<sup>39</sup>

N. Abraham et M.Torok remarquent<sup>40</sup> que, si tout cryptophore rêve de « se mettre à table », de dénoncer le secret trop lourd à porter, ce soulagement lui est interdit. Il en est du traumatisme comme du secret selon moi : « Comment, en effet, mettre en mots l'innommable ? Le ferait-il, il en serait foudroyé, le monde entier serait englouti dans ce cataclysme, le commissariat et le divan de l'analyste y compris. »<sup>41</sup>

Sans trop forcer le parallèle avec cette théorisation, peut-être pourrais-je émettre l'idée que le patient traumatisé pourrait aussi choisir la solution de changer « l'analyste-commissaire » (celui auprès duquel il dénoncerait son traumatisme) en « analyste-complice » pour « (...)revivre avec lui, entre les mots, ce qui, dans les mots, n'a pas de place. »<sup>42</sup> Le traumatisme dans sa réalité, comme le secret, pèse ainsi sur la thérapie sans être dit, il pèse lourdement. Lorsque le traumatisme est révélé, cela signifie souvent un « basculement » des séances, une étape plus avancée de la psychothérapie. Cet aspect est particulièrement vérifiable dans l'expérience de Madame Korschov.

Plus encore que d'habitude il faut entendre l'inconscient dans toutes ses manifestations, l'analyste se doit d'être « polyglotte » (A.Green) et d'accueillir tous les types de signifiants (langagier, représentatif, affectif, corporel, actif). L'inconscient parle plusieurs langues, des idiomes et des dialectes aussi. Ma recherche insiste sur des formes de l'inconscient peut-être moins mises en évidence dans les pathologies plus névrotiques ; elle insiste même sur *le type de forme* le plus massivement utilisé, plus encore sur **la façon dont la forme prise par le signifiant renseigne sur la forme de l'expérience traumatique**. Cette forme, seuls les aspects transféro-contre-transférentiels peuvent nous l'indiquer. Les affects éprouvés, parfois tellement différents de la teneur du discours du patient, renseignent sur la forme de l'expérience.

---

<sup>39</sup> Aulagnier (P.), *La violence de l'interprétation*, p.78.

<sup>40</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.254.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p.254.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p.254.

J'ai trouvé dans la fascination d'A.Artaud<sup>43</sup> pour le Théâtre Balinais une comparaison assez intéressante avec mon propos :

*« La révélation du Théâtre Balinais a été de nous fournir du théâtre une idée physique et non verbale, où le théâtre est contenu dans les limites de tout ce qui peut se passer sur une scène, indépendamment du texte écrit, au lieu que le théâtre tel que nous le concevons en Occident a partie liée avec le texte et se trouve limité par lui. »<sup>44</sup>*

L'expérience traumatique, sur la scène transférentielle, peut aussi se déployer très indépendamment du texte. Il faudra bien voir ce théâtre autrement que sur sa forme dialoguée, il rend compte de tout ce qui se passe sur sa scène, d'abord parfois sensorielle. Artaud s'étonne ainsi de la façon dont les gestes saccadés, les attitudes anguleuses, les modulations syncopées de l'arrière-gorge, les danses de mannequins animés, leurs cris jetés en l'air... prennent force de signes, hors du langage logique et discursif. Cette « physique première, d'où l'Esprit ne s'est jamais détaché » dont parle Artaud pourrait bien en effet avoir quelque rapport avec le registre sur lequel peuvent se déployer les expériences traumatiques.

On trouve aussi dans le célèbre poème de S.Mallarmé « Un coup de dé jamais n'abolira le hasard », sur le plan poétique cette fois, le déploiement dans l'espace d'une poésie qui dépasse très largement ce qui est porté par les mots. Le contenu du poème n'est pas anecdotique, mais c'est bien son déploiement dans l'espace, avec toutes les distorsions que Mallarmé lui impose, qui crée la forme poétique.

Sans forcer les comparaisons, peut-être pourrais-je dire que l'expérience traumatique, comme le Théâtre Balinais ou le poème de Mallarmé, se déploie sur un fond qui n'est pas linguistique. Sa forme, dans ses composantes spatiales notamment, ne peut cependant être communiquée sans passer par la représentation de mots.

C'est cet aspect de « sauvegarde » corporelle et psychique que je vais maintenant aborder, tout autant que la patience nécessaire à l'assurer.

---

<sup>43</sup> Artaud (A.), *Le théâtre et son double*.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p.105.

## 1-2-5 Economie traumatique, situations, états et processus limites

La parenté des situations traumatiques avec les observations concernant les états-limites est assez évidente. On observe dans les deux cas un affaiblissement du Moi, de fragiles liaisons psychiques, des expériences de vide difficiles à lier à un fantasme. Le patient névrosé souffre en quelque sorte de son fantasme, les patients traumatisés ou « états-limites » peut-être de ne pas en avoir assez : « (...) dans le premier cas de figure, le fantasme est le trauma lui-même ; il en est le traitement, l'élaboration dans la seconde configuration. »<sup>45</sup> Je reviendrai plus en détail sur ce rapprochement, il me semblait cependant important de le souligner dès maintenant.

Retenons peut-être d'abord qu'économie traumatique et processus limites se confrontent tous deux à d'importantes hésitations, à des vacillements massifs (identificatoires et identitaires), à une fluctuation des limites accompagnée de terribles angoisses. Le Moi, les relations d'objets ne s'inscrivent alors que très difficilement dans une épaisseur et une continuité. C'est parce que les expériences traumatiques ont des contours, des limites instables que leur économie est plus paradoxale que conflictuelle<sup>46</sup>. C'est aussi pour cela que situations limites et traumatiques posent toutes deux la question de *l'informe* (je parlerai plus précisément d'*informité* pour le processus traumatique)

*« (...) car sans cesse une chose se renverse en son contraire et une affirmation devient égale à son propre rejet, par un imperceptible et incontrôlable passage de limite. Ainsi se manifeste un informe inconscient relevant d'une absence fondamentale de délimitation, sous-jacent à des vacillements identificatoires, à des franchissements de limites ou à des passages d'une forme une autre. »<sup>47</sup>*

Ce sont des cliniques où le sujet est bien là mais ne peut se tenir en quelques sortes, éprouve ce qu'il n'est plus, est trop instable pour faire confiance à quoi que ce soit de ses constructions ou perceptions.

---

<sup>45</sup> André (J.), « Introduction. Borderline transfert », in *Transfert et états-limites, Ibid.*, p.18.

<sup>46</sup> *Supra*, chapitre 1.2.2. p.25 de cette thèse

<sup>47</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe*, p.11.

J'ai déjà souligné que les mécanismes de défense alors mis en œuvre sont souvent plus archaïques et massifs que le seul refoulement (mais ne l'excluent pas) ; ils ne sont pour autant pas assimilables au clivage par exemple. Ces processus « limites » fragilisent, rendent perméables, commutables, interchangeable ou superposables les limites. Ils ne les « clivent » pas forcément. Je montrerai dans ma tentative de trouver une topique du traumatisme à quel point l'ampleur de ces mouvements limites et leur intensité pulsionnelle cherchent un lieu d'inscription qui ne peut être circonscrit à une seule place. **C'est à cette fin que j'exposerai un modèle de topique spiralaire et interactive sous forme d'anneaux de Möbius faisant communiquer différents temps et lieux, les activant simultanément. L'instabilité, la labilité des expériences traumatiques dans ce qu'elles ont de « limites » rend il me semble nécessaire de penser un modèle complexe, souple et lui-même en mouvement.**

Dans les deux cas, le modèle névrotique n'est plus vraiment opérant en thérapie : le travail psychanalytique effectuant des après-coups entraînant le retour du refoulé puis éventuellement une levée partielle de l'amnésie infantile est mis à mal. Si le moteur en reste le transfert, l'instrument qu'est l'interprétation (en tout cas dans ses modalités habituelles) est en partie inopérant. Dans un fonctionnement dominé par les effets négatifs du trauma, l'amortissement de l'éprouvé traumatique doit être le plus efficace possible (c'est pour cela que le travail d'interprétation doit être repensé).

Dans toutes ces situations, où l'on rencontre de l'acte plutôt que du fantasme, des attaques contre la pensée plutôt qu'un évitement des pensées, des issues addictives ou somatiques...il est pour le patient bien souvent plutôt question de s'assurer de son existence, de sa survie et de son identité.

Il faut parfois accompagner ces patients dans une sorte de « folie à deux » (A.Green). L'« unité de base » décrite par M.Little (qui en écarte la composante libidinale) conduit à une régression où c'est parfois la perception de l'objet lui-même (et non vraiment de la relation d'objet) qui est réactualisée. Cela nécessite donc une présence bien assurée dans cette « psychose de transfert » (M.Little), présence d'autant plus solide qu'elle est nécessitée par des projections parfois délirantes du sujet où le psychologue devient lui-même l'objet de transfert.

Ses pathologies se rejoignent aussi sur les carences de processus d'auto-représentation. Il devient donc très difficile de repérer l'interne de l'externe, cela d'autant qu'une des

défenses communes aux pathologies dites « limites » et à ce que je pourrais appeler « les pathologies du traumatisme » est de s'attribuer narcissiquement la cause de tout événement. R.Roussillon met à ce sujet en évidence l'enjeu des aspects narcissiques du masochisme primaire : « L'ombre de l'objet tend ainsi à être attirée dans le moi et à lui être assimilée en se confondant avec le processus d'intériorisation. »<sup>48</sup>

Les patients traumatisés présentent un fonctionnement complexe. Comme le remarque T.Bokanowski<sup>49</sup>, ils semblent capables de symboliser, d'utiliser les processus secondaires mais utilisent surtout des défenses comme le déni, les clivages (du Moi, au Moi, de l'objet), l'idéalisation, l'identification projective massive... Leur vie psychique semble organisée sur la coexistence de processus, d'aspects s'opposant, certains paraissant approcher une organisation oedipienne, d'autres gouvernés par la compulsion de répétition et l'agir, un narcissisme désastré, une réelle destructivité. La confrontation du psychologue avec ces processus si différents le soumet souvent à des états psychiques qui laissent peu à penser, fantasmer et provoquent ce que certains auteurs ont décrit concernant le contre-transfert avec les patients états-limites avec une communication sur un mode émotionnel, « paradoxal » (De M'Uzan), « symbiotique » (Searles) ou en « double continu » (C. et S. Botellà) où le partage affectif est particulièrement important et intense.

Alors que l'économie traumatique semble plutôt gouvernée par le paradoxe, il y en a un qu'elle accepte difficilement, celui souligné dès 1954 par G.Bateson : vivre totalement les affects transférentiels de la cure et dans le même temps les entendre et interpréter comme des représentations de relations d'objets antérieures. Il s'agit là d'une difficulté majeure, qui noue les points de vue topique et de la technique psychanalytique. La clinique des patients traumatisés, comme celle des états-limites, est souvent une clinique où prime l'actuel. La « bonne » interprétation qui parviendrait à lier névroses actuelle, infantile et de transfert est souvent complexe et difficile à trouver.

Continuer à penser la question des états-limites et du traumatisme ne doit certainement pas introduire des renouvellements techniques tels qu'ils supposeraient par exemple de renoncer à l'interprétation, voire de renoncer à l'approche psychanalytique pour ces sujets. Ne

---

<sup>48</sup> Roussillon (R.), « Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction », in André (J.) *et al.*, *Ibid.*, p.49.

<sup>49</sup> Bokanowski (T.), « Traumatisme, traumatique, trauma ».

pas penser cette question supposerait de laisser le champ libre à des nouvelles « techniques », le plus souvent sans assise théorique ni clinique, qui fleurissent déjà.

Il faut sans doute ne pas oublier la parenté des expériences traumatiques avec celles rencontrées dans les pathologies limites. Les écouter et observer la façon dont on les écoute est insuffisant. Travailler sur les chaînes associatives l'est aussi car les choses se désarticulent parfois plus qu'elles ne s'articulent. Il s'agit bien, et je le détaillerai dans la suite de cette thèse, d'aller au-delà de la question de la remémoration et de la fabrication de souvenirs puisque se traite ici « (...) la perte de ce qui sert à perdre les pensées. »<sup>50</sup> Il faut en quelques sortes « [...] Penser le penser qui permettrait de ne pas penser (de refouler) les pensées dont la pensée détruit le penser. »<sup>51</sup> Cette attitude du psychanalyste ne concerne pas seulement les aspects psychotiques du patient ; il me semble que cette analyse, pensée à partir de la question de la psychose blanche (Donnet J-L. et Green A.), peut tout à fait être étendue aux problématiques limites et traumatiques où l'on se situe très souvent dans une zone superposant souvent pensée des pensées et pensées du penser, ces dernières fonctionnant en « modalités » ou registres. Cela pourrait bien correspondre à la *zone de pliure* de l'écoute du psychanalyste dont parlent les auteurs de *L'enfant de ça*.

C'est bien la question de la réflexivité et celle de la paradoxalité qui ont permis à des chercheurs comme R.Roussillon de penser la clinique des « problématiques narcissiques identitaires ». Les patients dont je vais ici relater les expériences sont en effet des sujets qui ont du mal non seulement à représenter mais aussi à se représenter et à représenter ce qu'ils représentent ou ne représentent pas. J'ai d'autre part déjà souligné les aspects paradoxaux de cette clinique. Il en reste au moins un que je tenterai d'explorer dans le chapitre suivant.

R.Roussillon propose quatre signes cliniques essentiels pour identifier ces pathologies, ces « tableaux » peuvent être fort utiles à l'examen des pathologies du traumatisme :

1- Le sujet s'est coupé d'une partie de lui non inscrite dans sa topique subjective, non intégrée. Cet aspect est particulièrement important et me permettra, lors de l'exposé de mon modèle topique, d'insister sur l'aspect atopique des expériences traumatiques.

---

<sup>50</sup> Donnet (J-L.) et Green (A.), *L'enfant de ça*, p.215.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p.215.

2- Le sujet a du mal à symboliser qu'il symbolise, ce défaut réflexif, défaut d'appropriation subjective fait que le sujet ne s' « auto-affecte » pas forcément de son expérience.

3- Le sujet doit pouvoir s'éprouver comme « capable d'être seul face à sa pulsion en présence de l'objet. »<sup>52</sup> Cette nouvelle formulation, fondée sur Winnicott, insiste sur les confusions possibles entre les exigences de la pulsion et celles provenant de la *présence* de l'objet. Je montrerai comment cet aspect est très pertinent quant à ma clinique et ma modélisation, cette dernière insistant par exemple sur les confusions possibles dedans/dehors dans les expériences traumatiques.

4- Ces pathologies sont moins liées à des contenus fantasmatiques qu'à une problématique des contenants et des transformations psychiques (Winnicott, Bion). J'ai posé cette observation dès l'introduction de ma thèse.

Economie traumatique et états-limites ont aussi en commun d'employer des défenses assez massives pour lutter contre l'angoisse de perte d'objet et le surgissement de fantasmes génitaux. L'Idéal du Moi (souvent irréaliste) se débat plus qu'ailleurs avec le Ca et la réalité. Le sujet, dans une relation très souvent anaclytique, cherche la protection de l'autre en même temps qu'il le persécute et l'intruse.

La façon du patient traumatisé et du patient état-limite de *se débattre, d'en débattre avec ses instances et son économie* (et non pas de les conflictualiser ou de s'en extraire totalement) explique en partie la violence contre-transférentielle. Cette violence s'exerce aussi dans la façon qu'on ces patients d'interroger et de pousser à bout les conditions du cadre et du dispositif analytique, un questionnement radical sur leur identité narcissique.

Autre point commun entre ces pathologies : leurs expériences semblent plus *alogènes* qu'*érogènes*<sup>53</sup>, ces sujets sont plus mobilisés par l'évitement du déplaisir que la recherche du plaisir, l'objet est éloigné, le Moi se retire, la réalité est haïe...

---

<sup>52</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p..84.

<sup>53</sup> Je reprends ici une formulation de D.Anzieu exposée dans « Le double interdit du toucher ».

Je pourrais ici parler, avec Alain Fine<sup>54</sup> citant R.Zygouris, de la dimension *tragique* du trauma et des états-limites (qui fait perdre toute position symbolique), et non pas *dramatique*. Le passage du tragique au dramatique, qui pourrait être un des enjeux de la thérapie, rétablirait un lien entre l'expérience traumatique singulière et les mythes humains dépassant le rapport duel (ce qui ne veut pas dire que l'on replacerait alors l'expérience traumatique dans une économie sexuelle ou oedipienne). Ces mythes humains peuvent évidemment être rapprochés des fantasmes originaires. En quelque sorte, il faudrait reconnaître le drame singulier dans le transfert pour accéder au tragique du traumatique. Le « vrai » traumatisme n'est pas une plainte, il est tragique.

Pour continuer, je souhaiterais exposer quelques observations faites par M.Little sur le *transfert délirant* ou *psychose de transfert*.<sup>55</sup> M.Little souligne souvent dans ses travaux des différences de nature plus que de degré, par exemple entre névrose et état-limite. Malgré les nombreux reproches qui lui ont été faits (notamment le fait qu'elle décrive une sexualité « hors de propos »), la pertinence clinique de ses observations est indéniable. J'aimerais rappeler six critères cliniques que je retrouve à la fois dans les descriptions de cette psychanalyste concernant les états-limites et dans la clinique servant de support à cette recherche:

- L'analyse des rêves est parfois inopérante à cause de la confusion entre le latent et le manifeste.
- Les troubles de la pensée sont importants, c'est parfois le modèle de l'équation symbolique qui domine.
- Les actings-out sont violents ou la violence apparaît sous la forme négative de la passivité. Ces patients réclament beaucoup d'attention, impliquent les autres et s'impliquent dans les autres.
- Ils ont tendance à être dépendants, à trouver quelqu'un d'autre pour assurer le plus grand nombre possible de leurs fonctions du Moi ; une « folie à deux » peut s'instaurer.

---

<sup>54</sup> Fine (A.), Conférence Vulpian, Mai 2002, « Fixation au trauma ; résurgence, élaboration », Conférence S.P.P. en ligne.

<sup>55</sup> Little (M.), *Des états-limites*.



- Ils développent parfois une addiction à l'analyse, marquant leur insatiable besoin d'amour et d'attention, souhaitant contrôler leur haine et leur destructivité.
- Cela pourrait s'originer dans la confrontation à une mère infantile et incapable de supporter la séparation et la fusion, mère ayant de fait eu un effet de persécution.

Le délire transférentiel de ces patients dissimule un état dont ils ont besoin et qu'ils redoutent à la fois, état où tout est vécu comme la même chose, il n'y aurait alors plus qu'un « état d'être » (*state of being*) ou d'éprouver, presque sans qu'il y ait une personne. Le sujet est alors pure colère, crainte, amour, mouvement....

Dans cette clinique du traumatisme, j'ai souvent rencontré des patients devenant un cri, de la rage, une douleur insupportable. Les psychologues garantissent alors qu'il y a bien un sujet qui ressent, pas un pur éprouvé. M.Little parle de « perturbation cataclysmique », d' « orgasme de douleur » qui doit parfois, avec frénésie, être déchargé dans des accès de rage contre le patient lui-même ou le psychologue ; ce dernier cas est bien entendu préférable pour établir un contact avec une personne séparée.

Les conséquences contre-transférentielles du partage de cet éprouvé sont importantes :

« Il s'ensuit donc que tout personne qui accepte de vivre, momentanément, la frénésie, au point de perdre son sentiment d'identité et la certitude de sa survie –en d'autres termes, de « s'effondrer » (« break down ») ou d'atteindre le chaos ou la catastrophe (un point culminant de tension où il lui faut supporter de ne pas être capable de le supporter)-, en émergera avec des capacités accrues dans lesquelles on peut inclure une capacité accrue de sensibilité ainsi que des capacités nouvelles d'abstraction et de créativité. »<sup>56</sup>

Il n'est évidemment pas question de s'effondrer avec les patients ou de devenir fou avec eux mais de vivre une expérience commune et extrême avec ceux qui, par leurs expériences traumatiques, n'ont pas toujours pu considérer la survie comme allant de soi, ni opérer les différenciations fondamentales (self/non-self, psyché/soma, réalité factuelle/réalité psychique...). Pour M.Little, il faut retrouver cette « unité de base » (« *Basic unity* »), cet état d'indifférenciation totale où domine la mutualité plutôt que la réciprocité. C'est un état de « un fondamental » (« *fon-damental oneness* »), union complète entre la mère et le nourrisson

---

<sup>56</sup> *Ibid.*, p.416.

que le patient état-limite n'a pas assez pu vivre à cause des empiètements de son environnement. De façon paradoxale, le patient cherchera à la fois avidement à reproduire et éviter cet état dans le transfert.

Il est important de se questionner en effet sur la nécessité de « revivre concrètement » les expériences traumatiques<sup>57</sup> et dans quelles conditions, sous quelles modalités. S.Ferenczi pensait que la mémoire du trauma devait être récupérée et ramenée dans le transfert de l'analyse dans une situation qui « duplique parfaitement l'expérience originale ». Pour penser le « contact » avec l'expérience traumatique autrement que dans la duplication ou le déni, **une de mes hypothèses pourrait envisager l'idée que ce serait la forme de l'expérience traumatique qui serait tout particulièrement concernée, pas l'intégralité du contenu traumatique.**

Encore une fois, penser le rapprochement de la clinique du traumatisme sexuel avec celle des états-limites amène de nombreux parallèles. Ainsi, l'instabilité des limites (moi/non-moi, conscient/inconscient...), le surinvestissement des aspects perceptifs pour pallier la faiblesse de la représentation (je montrerai comment perception et représentation peuvent être envisagées comme des gradients d'un processus plutôt qu'en opposition), l'instabilité de l'identité ou la nécessité de faire des détours par la réalité matérielle seront aux sources mêmes de mon propos et de la construction de mon modèle.

Il me semble important de rappeler l'importance de ne pas réduire les expériences traumatiques à une quelconque nosographie. Je crois d'ailleurs plus prudent de parler ainsi d'un rapprochement en termes de processus (limites) que d'états. Parler de processus satisfait d'ailleurs la perspective psychodynamique et métapsychologique :

*« L'objet métapsychologique est précisément constitué de processus, c'est-à-dire de formes en devenir, et non d' « états » relevant plutôt de catégories descriptives. Au lieu de nous amener à penser en termes de « déficits » dans une perspective développementale, l'étude des processus limites nous rend attentifs aux spécificités de dispositifs pulsionnels et fantasmatiques qui engagent des franchissements de limites. »<sup>58</sup>*

---

<sup>57</sup> Comme l'a fait Rosa Guimaraes dans sa récente thèse *Plaidoyer pour un histoire et une clinique du trauma*.

<sup>58</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe*, p.15.

Tout comme le concept de limite, celui de traumatisme n'a d'intérêt que si on le comprend dans un sens dynamique. Il est alors question de passages, de forces, de mouvements d'organisation et de désorganisation, de déploiement. Cela n'évite évidemment pas la question de la pathologie de ces mouvements mais le point de vue psychanalytique doit sans cesse nous pousser vers la mise en forme, le développement des processus psychiques dans le transfert plutôt que dans leur saisie figée dans un état ou une structure supposée.

C'est ainsi que je préférerai le plus souvent parler d'**expériences** ou de **processus traumatiques** (alors qu'une conception d'un trauma potentiellement et rapidement « débriefable » se réfère plutôt à un *Etat* de Stress Post-Traumatique).

## **1-2-6 L'urgence à figurer et la patience du thérapeute : le paradoxe de la longue économie de sauvegarde psychique**

Les expériences traumatiques engagent toujours la question de l'urgence. Il n'est pas rare que la forme même des rêves racontés par les patients en signe l'occurrence, par exemple par un style « télégraphique » exprimé à l'infinitif et avec une syntaxe très réduite du type « se cacher, quelque chose tombe, une odeur, rien regarder du tout, courir. »

Mon expérience clinique de ces situations comme les théorisations de nombreux auteurs (C. et S. Botellà, A. Green, M. Fain, R. Roussillon) insistent sur le « gel » du travail de figurabilité dans les expériences traumatiques : les excitations non contenues se déversent dans le corps et la psyché. L'appareil psychique, alors acculé, à la limite d'être fonctionnel, se fige souvent sur des aspects perceptifs, ne parvient même pas à halluciner. La clinique

contemporaine s'appuie sur l'idée que l'éprouvé traumatique ne se figure pas bien qu'il laisse d'importantes traces.

Le danger face au traumatisme ne serait pas vraiment l'absence de l'objet mais la perte de sa représentation : « En effet, selon notre hypothèse, ce n'est pas la perte de l'objet mais le danger de la perte de sa représentation et, par extension, le risque de non-représentation qui signe la détresse. »<sup>59</sup> Cette perte ne serait alors évidemment pas « représentée » mais seulement, au mieux, ressentie. L'objet revenant, le danger disparaîtrait d'apparence. Ce danger de non-représentation trouve parfois une issue dans l'hallucination. Peut-être également que ce danger, comme les tentatives de figuration, se mettrait en mouvement dans les cauchemars de nos patients.

L'urgence à figurer, en même temps que son échec et ses tentatives, est ainsi fréquemment communiquée aux psychologues. Nos patients cherchent en effet parfois désespérément des « univers à images et sensations » pour mettre en forme une ambiance, un climat psychique. Ils vont ainsi occuper, squatter parfois l'univers de chansons, d'artistes, d'espaces : des chansons d'enfants, des films d'horreur, le vers d'un poème, l'odeur d'un lieu public, la décoration d'un appartement... servent ainsi de support à figuration. Le patient tente ainsi souvent de communiquer aux thérapeutes, avec et hors les mots, une « climatologie de son monde interne ». Cette communication se veut souvent insistante, parfois urgente : il faut faire vite comprendre. La colère ou la déception pointent si le psychologue ne saisit pas l'« ambiance ». Le patient sollicite le thérapeute quelquefois avec frénésie et inquiétude pour qu'il l'aide à trouver le bon mot, le peintre qui a réalisé telle ou telle toile, le titre d'une chanson... On retrouve ainsi fréquemment des observations du type : « *Vous voyez bien... C'est celui qui... là où... Ça ressemble à... Oui, c'est bien. Ça fait du bien de trouver, je ne savais plus! Mais vous ne connaissez pas ce film ?* ».

De nombreux exemples cliniques pourraient appuyer mes observations :

- Emilie exprime sa colère contre sa mère lors d'un entretien. Elle mime son regard « *captivant et effrayant, hypnotique* » : « *Elle ne veut pas que je devienne mère, elle rejette les bébés et la maternité. Elle parle mieux au chien qu'à moi... C'est*

---

<sup>59</sup> Botellà (C. et S.), « Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation », p.766.

*entendable ce que je dis ? Comment voyez-vous ma mère ? C'est normalement impossible d'être déçue à ce point par une mère. Elle est froide, sans sourire. Vous me croyez, vous la voyez ? »*

- Quelques séances plus tard la même patiente raconte sa réaction à l'annonce de la mort de son père : *« J'ai rien ressenti, il a fallu que la police me montre les photos, j'avais plus d'image (ce décès lui a été annoncé tardivement). Pendant des années j'ai eu une photo vers mon lit mais je ne l'associais pas à mon père. Vous pouvez l'imaginer ? »* (Son père ? Ce qu'elle dit ?)

Il ne faut pas se tromper, il ne s'agit pas de chaînes associatives ou de liens tels qu'ils peuvent être exposés dans une économie plus « névrotique ». Le « heurt » de la recherche, la frénésie, l'urgence ressentie et la discontinuité des images évoquées ne permettent pas la confusion : il ne s'agit pas d'associer, de lier l'expérience mais plutôt de la figurer, de la présenter à la psyché.

Cette recherche de présentation va quelquefois jusqu'à recourir à l'hallucination, j'en parlerai dans la suite de ce travail.

Comme le remarque A.Potamianou<sup>60</sup>, tout se passe comme si le psychisme, accablé, devait « rassembler ses forces », celles restées disponibles, pour trouver une solution. Ces solutions trouvées dans l'urgence (S.Ferenczi avait bien indiqué leur nécessité vitale) sont le plus souvent radicales et coûteuses (clivages et dénis, restrictions du Moi, expulsions de parties psychiques...). En entravant considérablement la mobilité psychique, ces solutions ralentissent son déploiement, le gel s'étend à une grande partie de la psyché (même encapsulée, l'expérience traumatique contamine a minima l'appareil psychique) et les solutions traumatiques trouvées dans l'urgence condamnent donc le sujet à un long travail de réchauffement. L'expérience traumatique ayant montré au sujet qu'il pouvait y laisser sa vie psychique, le risque encouru à la figurer est énorme. Une fois la « sauvegarde psychique » effectuée, l'essentiel est fait.

---

<sup>60</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique*.

Le maintien de la vie psychique est au prix de ce paradoxe qui articule urgence et lenteur, rapidité d'exécution et lenteur excessive. Comme signes de ce paradoxe apparaissent souvent des manifestations comportementales ou des troubles somatiques, selon le moment et l'« endroit » où le travail de figurabilité s'est figé. J'insiste sur ce paradoxe : si cet arrêt de figurabilité évite une totale désorganisation psychique, une grande partie de l'appareil psychique s'organise dès lors en fonction : il faut agir avec célérité pour que tout se passe ensuite le plus lentement possible.

Il est possible que la « dépression essentielle » évoquée par P.Marty (1990), qui se développe lorsque des traumatismes désorganisent des fonctions psychiques, ait un lien avec ces considérations. Les restrictions psychiques obligent aussi alors à « aller chercher » des manifestations négatives à peine observables qui indiquent pourtant la confrontation du sujet à une vraie détresse.

## **1-2-7 Plaidoyer pour une psychanalyse transitionnelle<sup>61</sup>, les nécessaires aménagements du dispositif**

Cette économie d'urgence et de lenteur du traumatisme, paradoxale, impose des modifications « techniques » de nos dispositifs habituels. Balint, Bion, Kohut, M.Little, J.Bergeret et bien entendu Ferenczi et Winnicott avaient déjà envisagé ces aménagements pour certains patients.

Penser autrement le « site » psychanalytique permettrait ainsi de rétablir une aire d'illusion (Winnicott) déstabilisée par les troubles des limites (D.Anzieu suppose que ces patients ont fait une expérience « négative » de l'aire transitionnelle) ; cela permettrait par

---

<sup>61</sup> Le terme « Analyse transitionnelle » a été utilisé à propos des groupes par René Kaës, repris par D.Anzieu en psychanalyse individuelle. Je reprends ici leur conceptualisation.

conséquent d'analyser dans le transfert le type d'empiètements ayant détruit cette aire et occasionné des failles du Soi, des restrictions du Moi, un déséquilibre somatique.

*« L'analyse transitionnelle permet de redonner naissance à une parole signifiante qui sache émerger du corps dans lequel elle s'enracine. En psychanalyse individuelle, l'analyse transitionnelle consiste en des aménagements particuliers du cadre psychanalytique, de ses variables temporelles et spatiales, de certaines des règles qui le constituent, des attitudes intérieures du psychanalyste, de la stratégie de ses interventions, des références théoriques qui les garantissent. »<sup>62</sup>*

Je montrerai par exemple comment l'implication, l'interaction et la construction peuvent nuancer la neutralité et l'interprétation, se réfléchissent alors autrement. Cette analyse est requise comme étape préalable à l'entrée dans un contrat psychanalytique plus classique ou au sein même d'une cure classique lorsque le patient se confronte à une expérience d'effondrement. J'irai jusqu'à penser qu'elle constitue l'essentiel des thérapies de patients gravement traumatisés.

Des indices comme une décompensation du patient (souvent lors de vacances, de week-end, d'interruptions de la thérapie), des expériences de dépersonnalisation, des passages à l'acte suicidaires apparaissent, signes du défaut des systèmes pare-excitations, de la faiblesse des différenciations (Moi/non-Moi, Moi corporel et Moi psychique...). A ce moment l'inquiétante familiarité (D.Anzieu, 1978) ou le transfert paradoxal (D.Anzieu, 1975) entrave le déroulement thérapeutique : une expérience, un éprouvé a été rejeté à la périphérie voire à l'extérieur de son écorce psychique ou bien encore enkysté. A sa place se trouvent le vide, l'angoisse et la désorganisation.

L'analyse transitionnelle est un terme utilisé par René Kaës vers 1976, adopté ensuite par D.Anzieu., à partir notamment de situations de réanalyses où, une première cure ayant abordé les problèmes oedipiens et névrotiques, restaient le vide et le mal être adressés à un nouveau psychanalyste. C'est exactement la situation exposée par l'expérience personnelle de M.Little.<sup>63</sup> (qui insiste sur les « signes » de maternage dans ses séances avec D.Winnicott, qui lui ouvre la porte, lui sert un café ou des biscuits...). Se pose alors la question des localisations des pulsions, de l'espace psychique et de ses distorsions.

---

<sup>62</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.111.

<sup>63</sup> Little (M.), *Des états-limites*.

Ces propositions font suite aux recherches sur le Moi-peau (1974) et peuvent être résumées comme « Le système des règles, des attitudes et des références conceptuelles, qui permet de restaurer chez un individu ou un groupe d'individus, dans leurs relations entre eux ou avec l'environnement, un Moi-peau, une enveloppe psychique et un appareil à penser les contenus psychiques. »<sup>64</sup>

Remarquons tout de suite que D.Anzieu ne remet jamais en cause les principes du cadre, sa stabilité. Je pense cependant que les patients que j'ai rencontrés, souvent intolérants à certains aspects du cadre analytique habituel (les silences, l'interprétation oedipienne, le simple face-à-face, la neutralité du psychologue ressentie comme de l'indifférence) mettent ainsi en évidence les failles de leurs processus de symbolisation. Cette intolérance nous renseigne certes sur les atteintes traumatiques (les empiétements précoces dont le Soi garde les marques dirait D.Anzieu) mais maintenir coûte que coûte le cadre habituel reviendrait je pense à déborder une nouvelle fois les capacités de symbolisation de ces patients.

Si le cadre est le lieu de dépôt de certaines fixations du patient, il doit apporter la sécurité suffisante pour que cela soit possible, ce sera l'objet du cadre trouvé-créé entre l'analyste et le patient, cadre transitoire et médiateur.

Deux qualités essentielles sont requises pour ce faire : pouvoir éprouver véritablement la souffrance physique et psychique du patient, avoir des références théoriques vastes et diversifiées. Le sensible et l'intelligible de la réalité psychique restent indissociables.

Le nouvel aménagement respecte donc les invariants psychanalytiques (neutralité bienveillante, abstinence, recours exclusif à la parole, interprétation du transfert) mais certains « principes » sont exposés<sup>65</sup>:

- Le principe de progressivité : une souplesse dans le rythme, la durée, la modalité (par téléphone par exemple) ou les horaires des séances peut être nécessaire pour arriver à une véritable régularité. Pour certains patients, il a ainsi parfois été nécessaire de proposer d'écrire aux psychologues (à l'adresse de l'institution) pendant les vacances.

---

<sup>64</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.10.

<sup>65</sup> *Ibid.*, p. 126 à 135.



- Le principe de non-répétition du pathogène : toute variable du cadre répétant une situation pathogène est suspendue le temps de la dépasser, sans quoi la situation analytique s'inscrirait dans un processus de traumatismes cumulatifs inanalysable.
- Le psychanalyste, auxiliaire des besoins du Moi qui ont souffert de carence : le psychanalyste est d'abord un auxiliaire des besoins du Moi du patient (refusés ou pervertis par son premier environnement), avant d'interpréter.
- Le repérage des besoins du Moi se manifestant à travers des désirs d'origine pulsionnelle : le psychanalyste ne doit pas seulement refuser de satisfaire les désirs pulsionnels du patient mais rechercher les besoins du Moi se cachant « en arrière-plan » et attendant de se faire reconnaître (besoins liés à des frustrations précoces et à une véritable détresse).
- L'acceptation de la présentation ou du dépôt d'objets-signes : le psychanalyste ne refuse par le matériel non-verbal voire le dépôt d'objets s'ils signent la souffrance du patient (ce dépôt peut alors être pensé en référence au « sein-toilettes » dont parle D.Meltzer où le patient se déleste de ses parties mauvaises sans rétorsion attendue ; il peut aussi figurer une équation symbolique).
- L'affirmation de l'intelligibilité du psychique : sans être certain d'en saisir le sens, le psychanalyste peut faire des suppositions sur le matériel. Le patient, actif, cherchera avec lui à préciser les hypothèses ou à trouver une explication.
- La recherche de ce qui se répète : il arrive que le patient manifeste des comportements, des réactions, des émotions « limites » mettant en question leur possibilité d'être contenus. Le psychanalyste ne peut alors rien faire d'autre que signifier au patient les « risques » de cette violence en ce qui concerne la poursuite de la thérapie en même temps qu'il lui indique qu'il répète probablement dans ces moments une scène traumatique (réelle ou fantasmatique) qu'il doit essayer de se rappeler, tout au moins aider le psychanalyste à le faire avec lui.

- L'interprétation cumulative : « (...) Tout traumatisme réclame une interprétation cumulative. »<sup>66</sup> Le vide, les carences d'auto-représentation et de symbolisation, les mécanismes de défense « radicaux » utilisés (clivage et identification projective par exemple) exigent que les interprétations soient rappelées.
- L'usage bien tempéré du face-à-face : la position du patient (allongé, en face-à-face, plus rarement au téléphone ou devant la porte) dépend des failles de la communication première. Le face-à-face s'impose toutefois lorsque l'attachement (Bowlby) a été précocement frustré, lorsque le patient n'a pas assez de sécurité narcissique, doit vivre entièrement une relation symbiotique sans empiètements. Le patient a souvent besoin de saisir globalement son analyste (le voir, l'entendre...), de restaurer le premier miroir, intérioriser la relation contenant-contenu.
- La matérialisation de l'aire transitionnelle : il convient d'investir un espace intermédiaire (couloir, salle d'attente...) comme correspondant psychique de l'entre-deux. La séance se termine lorsque le patient sort de l'immeuble.
- L'interprétation en première personne : il faut parfois s'adresser en première personne lorsque les patients ont été mal reconnus ou disqualifiés. Dans ces moments qui doivent rester exceptionnels, le psychanalyste (qui s'abstient de toute confidence autobiographique) parle en tant que psychanalyste et en tant qu'homme ou femme. Les interrogations du patient sur la vie psychique de son thérapeute ne sont pas que des résistances narcissiques.
- L'attention aux attaques contre les progrès de la thérapie : la psychothérapie, bien que progressant, peut décevoir le patient. Il doit détruire ce qui peut être bon. Cette réaction thérapeutique négative doit être repérée et interprétée comme la tentative de faire éprouver la déception au psychanalyste.

La longue thérapie d'Astrid a peut-être permis plus que d'autre encore la pensée de cette psychanalyse transitionnelle. Astrid a longtemps violemment critiqué les thérapeutes

---

<sup>66</sup> *Ibid.*, p.131.

précédemment rencontrés : « *Des glaçons qui me laissent crever, qui ont peur qu'on abuse puisqu'on n'est pas vraiment leur patient. Il faudrait mettre une pénalité pour ceux qui ne sont pas touchés. On doit être convivial, se toucher tous et être en contact, une mêlée (...)* » Derrière la métaphore sportive du rugby, il ne faudrait pas trop hâtivement ne voir que la mise en question de l'interdit du toucher. Ce qu'interroge Astrid derrière la froideur des soignants rencontrés, c'est aussi le protocole de pensée, la froideur de certaines procédures thérapeutiques, la standardisation du soin qui, faute de signifier une attention suffisante, vient attaquer le patient au vif de sa souffrance, là où le Moi est le plus fragile, le plus délaissé.

Il a fallu en effet porter attention à la façon dont nous la faisons patienter avant la séance, dont nous lui parlions de ses retards ou absences ; attentifs aussi à la confier à un médecin psychiatre (et non pas à l'adresser) après qu'elle nous a demandé conseil pour trouver « *une personne sûre* » qui ne ferait pas « *des ordonnances toute froides* » pour son traitement.

Astrid étant artiste, il a également été tout à fait incontournable de nous interroger sur le « matériel esthétique » qu'elle mettait quelquefois en avant. Après plusieurs années de thérapie, elle nous demandera ainsi la « *permission* » d'apporter un film réalisé. Ce film à valeur autobiographique, ou plutôt tentant de mettre en forme la violence de ses éprouvés, présente une valeur narcissique indéniable (il a été primé dans un grand festival) en même temps qu'il met en forme « plastiquement » les expériences traumatiques d'Astrid.

Nous accepterons cet « objet-signe » et informerons la patiente que nous pourrions en parler aux prochaines séances. Après huit ans de thérapie, dans un entretien extrêmement difficile, Astrid parvient à nous lire quelques poèmes qu'elle a écrits. Leur lecture présente un enjeu considérable : Astrid les lit sans s'arrêter, le flux est tel que le texte est à peine compréhensible, Astrid s'essouffle, s'étouffe presque. Nous accepterons de garder ses poèmes dans son « dossier » afin d'assurer leur sécurité comme celle d'Astrid.

C'est également avec elle que nous proposerons d'aménager l'espace des séances pour préserver l'emploi récemment obtenu après plusieurs années de chômage et d'incapacité à travailler. A un moment où la continuité de sa pensée était mise à mal, où l'absence des psychologues était tellement difficile à penser qu'Astrid en oubliait l'heure et le jour des séances pourtant toujours régulières, nous accepterons aussi que la secrétaire de l'association

lui téléphone le matin de chaque jour de consultation afin de lui rappeler notre séance. Cet aménagement sera évidemment temporaire.

On comprend bien le risque encouru à trop « aménager », trop « toucher » le patient, trop l'« accompagner ». Mais je crois que ces aménagements ne remettent jamais en cause, lorsqu'ils sont suffisamment réfléchis, le cadre et la méthodologie analytiques. Ils sont nécessaires pour assurer la survie du patient, étayer son narcissisme. Astrid elle-même en expose les limites lors d'un entretien :

- Alors qu'elle se dit maintenant perdue dans sa « *nouvelle vie moins perverse* », Astrid associe autour de sa naissance où « *Des gens blancs l'ont attrapée, tapée et soignée sans amour. Vous aussi vous respecte des règles très scrupuleuses. Il n'y a pas eu de lien à établir. Je n'ai pas eu de chaleur, que des gens blancs.* » Judith, ma cothérapeute (qui est habillée tout en blanc) s'adresse ainsi à la patiente : « Ici il n'y aurait donc que des gens blancs ? » Astrid répondra : « *Je ne peux pas être en colère contre vous deux, vous ne dérapez pas. Je ne suis ni là (elle montre Judith) ni là (elle me désigne).* » Quelques séances plus tard elle reconnaîtra : « *Jusqu'à présent le sentiment était trop brûlant pour le ressentir, j'avais choisi la glace. Comme Johnny dans « sang pour sang », il présente le feu et la glace. Ca me fait penser à « En attendant Godot », attendre, attendre... ».*

C'est peut-être parce que certains aménagements ont permis que le psychologue ne soit ni glacial ni brûlant/excitant qu'Astrid a pu peu à peu se réchauffer dans le transfert malgré des objets internes à des températures extrêmes.

Il me faut enfin insister sur le fait que l'analyse transitionnelle ne néglige à aucun moment l'emploi des mots. Si ces patients traumatisés se construisent souvent, faute d'un Moi-peau efficace, une armure musculaire, un faux-soi, une crypte, une paroi illusoire pour protéger leur sensibilité à vif, le risque de leur emmurement est aussi éloigné par l'usage des mots du thérapeute :

*« En mettant en chaîne de mots lourds de leur poids de chair ce que le patient ne sait que mettre dans la répétition et la disjonction d'actes et de signes préverbaux ou infralinguistiques, le psychanalyste*

*tisse autour de lui cette « peau de mots » sur laquelle le psychanalysant va prendre appui pour se reconstituer un authentique Moi-peau. »<sup>67</sup>*

L'attention à un matériel clinique autre que linguistique ne doit donc évidemment en aucun cas négliger l'appui sur le langage verbal. D'autre part, comme le remarque A.Green<sup>68</sup>, c'est bien à la représentation des processus psychiques (intra- et intersubjectifs) que vise la psychanalyse, quels que soient les aménagements de son cadre :

*« Je suggérerais même que les aménagements du cadre n'ont pas d'autre fonction que la facilitation de la fonction de représentation. [...] Il ne s'agit que d'amener le transfert au niveau de ce qui est représentable. [...] pour qu'il y ait de l'insight, il faut d'abord qu'il y ait du représentable. »<sup>69</sup>*

Il reste évidemment que l'intensité transféro-contre-transférentielle, l'urgence à figurer, les aspects paradoxaux et l'attention portée au langage non-verbal forment une telle complexité qu'il est souvent réconfortant pour le clinicien de trouver dans la littérature psychanalytique des théorisations ou même des vignettes cliniques proches de son expérience de rencontre.

La lecture de situations relatées par D.Winnicott par exemple est souvent rassurante. Je ne cesse en effet de m'étonner que ces rencontres si particulières soient aussi partagées et même théorisées par des psychanalystes pouvant rendre compte d'une expérience similaire. La richesse et la simplicité de la Crainte d'Effondrement évoquée par D.Winnicott en est un des plus beaux exemples. La pertinence de ses théorisations rend bien entendu compte de l'attention subtile que ce chercheur a su prêter à ses patients. Ce partage avec des cliniciens-théoriciens est indispensable.

J'ai ainsi trouvé de nombreux exemples dans la littérature soulignant, comme je l'observe régulièrement, que le patient s'assure parfois de son existence à l'aune de l'intensité d'un petit geste du thérapeute. Ainsi Astrid qui entre dans une rage dévastatrice envers ma cothérapeute et qui ne pourra expliquer qu'en fin d'entretien que c'est parce qu'elle a senti

---

<sup>67</sup> *Ibid.*, p.124.

<sup>68</sup> Green (A.), *La folie privée*.

<sup>69</sup> *Ibid.*, p.341.

une poignée de main moins appuyée que d'habitude qu'elle s'est sentie détruite, que Judith l'a « tuée ». :

*« Le regard, et des attitudes dans des situations passagères, comme l' « au-revoir » par exemple à la fin d'un entretien, attitudes messagères de « représentations en action ». Car avec nos patients dont beaucoup ne peuvent transmettre leurs vécus les plus profonds que par un « passage à l'acte », voire un « recours à l'acte » lorsqu'il faut tuer toute représentation, c'est bien telle poignée de main, voire telle façon dont deux soignants écoutent ensemble un même détenu, que va naître une image du respect de l'autre lui donnant existence. »<sup>70</sup>*

Ce « moment partagé » décrit par Claude Balier c'est aussi un « regard en abîme » donnant accès à l'autre. C'est parce qu'Astrid ne peut se représenter son expérience qu'elle doit d'abord partager des affects par l'intermédiaire de vécus corporels massifs, condensant des traumatismes.

Devant ces corps souffrants, ces inlassables répétitions, le manque de continuité dans la pensée et l'attaque violente des liens, le contre-transfert du psychologue est donc violemment engagé.

L'articulation plus habituelle du transfert et du contre-transfert est mise à mal. La quête avide d'une réponse affective du psychologue, l'intrusion d'agirs court-circuitant les représentations risquent de faire exploser la relation thérapeutique.

Le travail du psychologue sera de circonscrire tous ces éléments pour les amener vers le système préconscient-conscient, les rendre figurables : « Ses efforts visent à faire des expériences somatiques et des comportements des préformes de fantasmes ayant trait à la relation et à faire baisser le ton au Moi pléthorique. »<sup>71</sup>

Les efforts du psychologue sont évidemment limités par ce à quoi il a accès lui-même. La modestie du clinicien n'est pas rassurante, elle doit sans cesse l'encourager à se demander jusqu'où il a pu suivre le mouvement psychique de son patient. Que reste-t-il qui ne puisse être cerné, figuré ? Cela tient-il à ce qui, en lui, ne l'est pas encore ?

---

<sup>70</sup> Balier (C.), *La violence en abîme*, p.61.

<sup>71</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique*, p.149.

Le modèle topique que je proposerai, tout comme aussi celui du dispositif en double écoute, devrait permettre de mieux saisir le jeu de ces zones traumatiques, d'expliquer leur déploiement, leur figuration mais aussi leur collusion.

## **1-3 Problématique**

J'ai essayé dans les pages précédentes de mettre en tension la clinique, d'en dégager des éléments suffisamment énigmatiques pour interroger le clinicien et le chercheur.

On aura compris que l'importance et la massivité des manifestations contre-transférentielles, la prégnance des aspects perceptivo-sensoriels dans ces mêmes manifestations ont ouvert la question de la forme de l'expérience traumatique et du possible rapport de forme entre l'expérience mal subjectivée et sa présentation aux thérapeutes.

Ces sujets traumatisés pourraient ainsi tenter de présenter à la « psyché thérapeutique » la forme de leur expérience traumatique.

Pour ce faire, je me demande si le déploiement de l'expérience traumatique au sein des entretiens en double écoute ne permettrait pas de penser à un processus de communication moins habituel que celui utilisé dans les structures névrotiques (s'appuyant sur des fantasmes gérés par le refoulement) mais pas non plus totalement identifiable à celui massivement employé dans la psychose (et relevant de l'identification projective, du déni et du clivage).

Une certaine impuissance des mots ou interprétations habituelles, une grande difficulté à convoquer des images, des vécus contre-transférentiels particuliers laisseraient penser qu'il existerait des états traumatiques rarement formulés mais communiqués autrement par les sujets. Ils transmettraient des états psychiques bruts suscitant des vécus chez le thérapeute parfois comparables à ce qui a pu être décrit concernant les thérapies de situations limites ou de cliniques de l'extrême : une communication paradoxale (De M'Uzan), « symbiotique »

(Searles) ou « en double continu » (C. et S. Botella), communication ne pouvant se passer d'un partage affectif intense.

La clinique et de nombreux auteurs (C. et S. Botellà, A.Ciccone, A.Green, P.Aulagnier, R.Roussillon, M.Fain) témoignent que les traumas signent souvent un arrêt de la figurabilité. La séance est ainsi parfois suspendue aux limites du psychique, quelquefois immobilisée par et sur des éléments perceptifs qui n'arrivent même pas à provoquer une hallucination.

Le dispositif en double écoute pourrait-il ainsi proposer un cadre pour mieux représenter ce négatif ? Les effets traumatiques, dont une certaine *informité* (la difficulté pour l'expérience à se circonscrire dans une forme), trouveraient-ils mieux à se déployer et à être traités dans un dispositif pensé pour éviter d'entrer en collusion avec ce type particulier de traumatisme ?

J'ai précédemment émis l'hypothèse que la fonction sémaphorisante (R.Roussillon) du dispositif serait alors très sollicitée pour mettre en signes, en formes même ces éléments bruts. L'irréductibilité des ces éléments de l'expérience traumatique à un objet, une image, un affect comme la difficulté de ces patients à évoquer la forme de leur expérience ou la récurrence d'aspects perceptivo-sensoriels permettraient d'avancer l'idée d'**une fragilité de configuration de l'expérience, une *informité***.

La communication archaïque et complexe au sein des entretiens en double écoute aurait-elle donc un rapport de forme avec l'informité traumatique ?

P.Aulagnier<sup>72</sup> souligne que la rencontre de l'humain avec son milieu est à la source de trois productions avec des lieux d'inscriptions, des processus et des « espaces-fonctions » délimités (l'originale avec la production pictographique, le primaire et le phantasme, le secondaire et la mise-en-sens) et que chaque acte, expérience ou éprouvé engage à la fois un pictogramme, une mise-en-scène et une mise-en-sens (avec le processus secondaire pour cette dernière).

---

<sup>72</sup> Aulagnier (P.), *La violence de l'interprétation*, p.21.



Je dirai volontiers que **tout traumatisme pourrait poser la question de l'articulation simultanée de ces différents registres**, de ces différentes productions. Nous avons bien compris, dans le cas de Madame Korschov par exemple, comment cette activation simultanée se mettait en œuvre dans le transfert ; j'ai également montré comment ni Madame Korschov ni les psychologues ne pouvaient avoir conscience, connaissance directe de certaines de ses productions.

Ainsi, je n'ai pu dégager le signifiant formel qu'après-coup à partir d'éléments (contre-transférentiels notamment) infiltrés dans les entretiens et potentiellement dans le champ du secondaire (la simple mise en forme du signifiant formel est secondarisée). Une fois cette *construction* effectuée, il a bien fallu en dégager un modèle connaissable par le *Je*. Ce travail, cette construction, ce modèle qui devrait arriver à une mise-en-sens **crystalliserait donc différentes strates de productions psychiques**.

*L'articulation* (que j'entends comme possibilité de jeu, d'attraction, de superposition, de simultanéité...) de ces productions psychiques pourrait-elle ainsi se fonder sur la forme de l'expérience traumatique ? Le fil conducteur, le vertex de ce modèle pourrait-il être la communication dans l'espace des entretiens de l'infirmité traumatique (soit de la forme de l'expérience et de ses distorsions) ?

Il est évident que penser l'articulation de ces différentes productions comme celle de ces productions à l'espace thérapeutique et à l'ensemble de la vie psychique du patient suppose de réfléchir à la notion de traces. Je reviendrai évidemment longuement par la suite sur la façon dont on peut penser les traces laissées par l'expérience traumatique, la façon dont on pourrait trouver, retrouver, construire ou reconstruire la forme de cette expérience ainsi que ses distorsions.

Mon insistance sur la notion de forme tient aussi au fait que ces expériences traumatiques tendent à court-circuiter la temporalité, ou plutôt ne s'inscrivent pas dans une temporalité réellement organisée. De la même façon que je suis parfois amené à constater que **la forme est parfois le fond** dans ce type de processus, j'irais jusqu'à dire, quitte à bousculer très maladroitement la métapsychologie, que **les aspects formels sont porteurs de la première forme de temporalité (avant même le rythme)**.

Je pourrais ainsi peut-être considérer la forme de l'expérience comme un premier indicateur de l'organisation de la temporalité, ses distorsions renseignant sur le niveau de

l'atteinte traumatique. Faute de souvenirs, le sujet traumatisé ferait porter à la forme de son expérience les traces d'une tentative/échec d'organisation de la temporalité. **Ne pouvant se remémorer son expérience, la façon dont il tenterait de la former, d'en garder ou transmettre la forme** (dans le transfert) **serait un ultime recours pour maintenir coûte que coûte un « semblant » de temps, de continuité.**

Cette tentative paradoxale de maintien de la temporalité (puisque le moi n'a pas constitué ces expériences réellement comme telles<sup>73</sup>), en appui sur la forme de l'expérience traumatique, rendrait en partie compte de l'étrangeté et des confusions vécues dans le transfert. C'est ainsi paradoxalement par les déformations de l'espace psychique et de celui des séances que tenterait de s'organiser une logique temporelle, **la forme « tiendrait » l'expérience et son inscription dans le temps.** Je crois avoir montré, dans l'exemple de Madame Korschov, comment cela pouvait cliniquement s'observer.

Les physiciens (on pense évidemment à A.Einstein) ont depuis longtemps montré ce lien entre espace et temps, comment l'un et l'autre étaient interdépendants, comment même l'un pouvait déformer l'autre. Des épistémologues comme J.Piaget, par une observation clinique rigoureuse, ont également souligné la construction parallèle de ces deux univers.<sup>74</sup>

Remarquons cependant dès maintenant que l'appareil psychique lui-même, ses systèmes de traces et de mémoire peuvent être pensés (y compris topiquement) avec cette articulation (avec des possibilités d'enregistrement de registres différents). Cette conception est tout à fait compatible avec la métapsychologie freudienne notamment.

Peut-être cependant faudra-t-il penser une « extension » de la topique freudienne pour arriver à penser l'expérience traumatique et ses traces, comme j'ai du le faire avec Madame Korschov, dans un déploiement hors de la psyché individuelle (R.Kaës a déjà bien montré comment l'inconscient ne pouvait pas être contenu seulement dans la psyché individuelle mais aussi dans le groupe), déploiement attracté par le dispositif des entretiens en double écoute.

---

<sup>73</sup> R.Roussillon parle d'expériences historiques/préhistoriques en référence à des expériences non advenues au moi, parlant alors d'inconscient hors ou ante-refoulement. Il retrouve ici bien évidemment les travaux de D. Winnicott.

<sup>74</sup> Piaget (J.), *La construction du réel chez l'enfant*.

Poser la question de l'inscription et du déploiement de l'expérience traumatique m'amènera donc à explorer le travail de transformation, dans la psyché individuelle et au sein du transfert, des perceptions aux représentations :

*« Entre la trace mnésique et sa représentation, tout un travail de transformation doit être réalisé par l'appareil psychique pour que l'expérience première prenne le statut de représentation psychique, qu'elle reprenne dans la représentation les caractéristiques fondamentales de l'expérience, de la « matière première » psychique, qu'elle soit auto-indiciée comme « représentation psychique ».*

***C'est ce travail qui échoue dans les états traumatiques et dans les organisations psychiques réactionnelles à leur impact. »<sup>75</sup>***

Ma pensée s'inscrit clairement dans la pensée psychanalytique et son intérêt pour les processus de symbolisation. Mais, puisque je m'intéresse aux expériences traumatiques et que cela peut donc concerner tout ce qui n'a pas été subjectivé, ce qui a dépassé les capacités de symbolisation, il s'agira aussi très probablement moins de penser l'absence, de dépasser les aspects perceptivo-sensoriels que de penser l'absence d'absence, la prégnance de ces aspects dans ces premières tentatives de symbolisation.<sup>76</sup>

L'impact traumatique et les configurations transférentielles qu'il produit<sup>77</sup> interrogent la question de la forme de l'expérience ; cette forme serait tellement présente, tellement répétée (comme dans l'expérience de Madame Korschov) qu'elle ne pourrait s'absenter, se perdre. La clinique du traumatisme serait-elle une clinique du « toujours là, toujours présent » ?

**La forme de l'expérience traumatique et de ses distorsions serait-elle transférable dans l'espace thérapeutique ? Les entretiens en double écoute faciliteraient-ils ce transfert et son élaboration ? Ce déploiement de l'informité obligerait-il à penser une extension de la topique ?**

En principe, les expériences de rencontre avec l'objet, lorsqu'elles sont investies, prennent forme. Cette première forme, complexe (je retrouve là la « matière première » psychique dont parle S.Freud en 1900 et dont R.Roussillon souligne le caractère énigmatique

---

<sup>75</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.22. C'est moi qui mets en gras.

<sup>76</sup> Roussillon (R.), *Ibid.*, p.26.

<sup>77</sup> *Supra*, Mon analyse sur les particularités de cette clinique dès la page 24 de cette thèse.

et hypercomplexe) est un agrégat d'éléments, de traces, de perceptions et d'affects soutenus pulsionnellement.

La pulsion s'actualise donc d'abord de façon hallucinatoire, elle s'organise, *se forme* (avec une avant-trace organisant la rencontre objet/sujet). Comme l'observe R.Roussillon<sup>78</sup>, la clinique contemporaine s'est beaucoup intéressée à ces modes de préorganisation de la pulsion (Bion avec les préconceptions, Aulagnier et les pictogrammes, Anzieu et les signifiants formels, Rosolato et les signifiants de démarcation, Green et les représentants psychiques de la pulsion...).

Je fais l'hypothèse que ces préformes seraient particulièrement mises en œuvre dans l'expérience traumatique et son traitement, comme si elles condensaient la symbolisation, étaient à la fois porteuses de la symbolisation à venir et de l'impossibilité d'y accéder lors du trauma.

La symbolisation et ses aléas supposent de dépasser les seuls aspects quantitatifs. J'imagine que **le travail de symbolisation est aussi** (et peut-être avant toute autre chose en termes de chronologie) **un travail qualitatif de transformation, de mise en forme**. Il me paraît en effet difficile de penser une quelconque transformation avant qu'une première saisie ait été faite, qu'une première forme ait été donnée.

Ce premier temps de mise en forme pourrait-il être le commencement de ce que R.Roussillon appelle la symbolisation primaire, c'est-à-dire « (...) le processus par lequel les traces perceptives sont transformées en représentations de choses, c'est-à-dire le premier travail de métabolisation de l'expérience et de la pulsion »<sup>79</sup> ?

La mise en forme des expériences traumatiques à laquelle je m'intéresse pourrait-elle être ainsi considérée comme le premier temps de la symbolisation primaire, la première mise en forme nécessaire à ce processus ?

Je montrerai comment le modèle de la symbolisation primaire est tout particulièrement compatible avec l'extension topique que je proposerai, articulant différentes couches d'inscription, activant simultanément différents traumas, différents temps.

---

<sup>78</sup> Roussillon (R.), *Ibid.*, p.141.

<sup>79</sup> *Ibid.*, p.159.

La symbolisation primaire symbolise en effet les expériences précédentes mais les inscrit dans le même temps aussi négativement dans la psyché (R.Roussillon parle de « refoulement originaire » structurel, impliqué dans le processus de symbolisation lui-même).

Une de mes hypothèses pourrait considérer que les différentes couches ainsi constituées tiendraient ensemble, s'articuleraient dynamiquement dans la topique proposée **notamment grâce à leur rapport de forme.**

R.Roussillon a souligné l'existence d'un processus de type hallucinatoire qui présenterait ces traces à la psyché. On trouvera ici bien entendu une parenté avec la crainte d'effondrement étudiée par Winnicott, également avec l'hallucination psychotique. **D'une certaine façon, le signifiant formel dégagé dans la clinique de Madame Korschov (« Une brèche s'ouvre ») n'aurait-il pas une valeur hallucinatoire ? Ne serait-il pas un processus permettant de présenter à la psyché (du patient et des thérapeutes) comme une perception actuelle (c'est là son potentiel délirant et la force de son impact transférentiel) quelque chose appartenant au sujet (une trace, une perception, je dirais la forme traumatique) mais qui se méconnaît comme potentiellement symbolisable ?**

Ce signifiant formel permettrait un premier repérage d'expériences traumatiques appartenant bien au psychisme mais non reconnues comme telles par le patient, exclues du champ du « potentiellement symbolisable ». J'insiste pour dire que **cette exclusion n'est pas une exclusion de la vie psychique** (mais du champ du potentiellement symbolisable) et qu'elle pourrait d'ailleurs bien être la définition du traumatisme même : **serait considérée comme traumatique toute expérience jugée par le sujet comme ne pouvant pas être symbolisable** (il va de soi que ce jugement n'est pas conscient).

Je rappelle une nuance importante énoncée dès l'introduction de ma thèse : il ne faudrait pas considérer l'expérience traumatique comme trop exclue de la subjectivité, « forclosée ». Il ne faudrait pas non plus croire que les défenses contre le traumatisme, aussi massives et radicales soient-elles, excluent aussi toute préforme d'organisation. C'est bien à mon avis parce qu'il y a quelque chose d'un peu organisé, un peu formé, que ce quelque chose est repérable cliniquement. Ma recherche insistera à la fois sur l'informité de ces premiers aspects perceptivo-sensoriels, informité signant les aspects figés et pathologiques de

l'expérience traumatique (l'arrêt de la figurabilité par exemple) mais aussi les aspects potentiellement organisés et organisables :

*« L'habitude issue de la clinique de la névrose hystérique d'interpréter le recours à la perception comme une « défense » contre la prise de conscience de représentations de désirs refoulées, entraîne souvent une méconnaissance de l'effort de représentation contenu dans l'organisation de l'activité perceptive, y compris dans l'hystérie traumatique. La perception est aussi porteuse d'un processus de symbolisation potentiel et déjà en train de s'amorcer pour autant qu'il soit reconnu comme tel, et pas seulement le résultat d'une défense contre la représentation psychique. Mais elle tente de symboliser autre chose que l'action des fantasmes inconscients, elle tente de symboliser l'impact des zones traumatiques de la symbolisation et de l'expérience vécue. »<sup>80</sup>*

Je penserai ainsi **les traces perceptives déployées dans les expériences traumatiques comme porteuses d'un véritable effort du sujet devant le traumatisme, ultimes tentatives d'organisation et de sauvegarde de la psyché. Ces traces perceptives devraient aussi nous renseigner sur la nature et l'intensité et la zone impactée.**

S. Le Poulichet<sup>81</sup> observe que l'économie traumatique s'accompagne souvent d'une « existence sans existence » observable cliniquement par un caractère assez lisse des échanges. Son propos est intéressant dans la mesure où il permet de lier, comme je souhaite le faire, les aspects pathologiques et dynamiques de l'expérience traumatique. Cette absence de relief des économies traumatiques est ainsi aussi pour elle **un appel, l'attente d'une forme.** C'est bien parce que l'expérience traumatique en question n'a même pas été reconnue comme traumatique (et je dirais même comme expérience), qu'elle n'est pas formée, configurée, que les patients tentent désespérément de le faire, de sortir de l'informe. Evidemment, par définition, cette demande ne peut être formulée comme telle puisque l'objet de la demande lui-même n'est pas reconnu, ni même connu d'ailleurs. **Le sujet ne demande rien, il attend dans la terreur et le désespoir que l'autre l'aide à donner forme à son expérience.**

---

<sup>80</sup> *Ibid.*, p.203.

<sup>81</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe*.

Si cette attente désespérée et non formulable est repérée par le clinicien, le transfert pourra s'engager de façon dynamique ; sinon, haine et destructivité feront leur travail, l'entreprise thérapeutique, pervertie, re-traumatisera le patient.

S. Le Poulichet souligne la nécessité de bien repérer cliniquement ces problématiques avec celle aussi de repenser les concepts et dispositifs « habituels ». Mon entreprise sera aussi de mettre en lien ces questions cliniques et métapsychologiques, d'essayer de penser l'expérience traumatique dans ses implications cliniques, techniques et métapsychologiques. Ma problématique, on l'aura compris, tient à mettre en mouvement ces trois axes ; elle ne lâchera pas non plus les aspects dynamiques du traumatisme.

Dans les déformations de l'expérience et de l'espace des entretiens, dans la violence du contre-transfert comme dans le désespoir et la terreur du patient, l'effort ultime ce dernier pour sauvegarder sa vie psychique et même l'organiser doit constamment être gardé. Les expériences traumatiques obligent peut-être plus que d'autres à une pensée créative, tant du point de vue du dispositif que de la métapsychologie :

*« [...] le patient s'était engagé depuis quelques mois dans une cure analytique au dispositif très classique qui le livrait sans repère à la charge d'une répétition traumatique insoutenable. De fait, dans cette configuration clinique, le silence et l'attente de l'analyste peuvent amplifier considérablement une « identification d'angoisse » assimilant le moi-corps à une surface de déformation livrée à l'effraction. L'attente de prendre forme chez le patient, rencontrant le silence de l'analyste et son attente des « associations libres », crée parfois les conditions d'une sorte d'anéantissement psychique.*

*Il s'agit ainsi de repenser les caractéristiques de l' « économie traumatique » en développant de nouvelles notions, au-delà des termes habituellement impliqués par le modèle de l'effraction de la couche protectrice de l'appareil psychique et de l'ensemble du corps, dénommée par Freud « pare-excitation<sup>82</sup> ». En effet, quelle est la surface sur laquelle vient se faire l'effraction et quel est son devenir ? Autrement dit, qu'est-ce que l'engendrement d'une surface de déformation ? Enfin, dans quelles conditions le travail psychothérapeutique ou psychanalytique est-il susceptible d'inscrire une forme dans le temps ? »<sup>83</sup>*

---

<sup>82</sup> Freud (S.), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981. Cit. in Le Poulichet (S.), *Ibid.*, p.98.

<sup>83</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe*, p.98.

On comprend bien ici comment l'attention aux particularités de ces problématiques ouvre le questionnement clinique et métapsychologique vers la complexité : penser le traumatisme en terme d'excès ou de défaut ne peut suffire. Introduire en revanche l'idée d'une déformation et interroger son devenir me semble beaucoup plus dynamique.

Dans la clinique du traumatisme, il faudra être attentif à cette déformation proposée mais non reconnue par le sujet. Les potentialités de déformation de cette « surface » dont parle S. Le Poulichet font bien entendu penser aux fluctuations de l'image du moi dans les processus limites, elles laissent aussi entendre que cette déformation pourrait tenir lieu d'image spéculaire. Je partage aussi en ce point la précieuse remarque de S. Le Poulichet qui remarque qu'on observe dans le déploiement de ces processus de déformation affectant l'image corporelle certaines défenses contre le traumatisme qui ne relèvent pas de problématiques psychotiques ni hystériques. Encore une fois, **je n'ai pas pour projet de construire la « catégorie » du traumatisme dans une volonté nosographique mais seulement d'en dégager quelques particularités.**

Ma problématique vise simplement à questionner la façon dont l'expérience traumatique peut s'organiser autour d'une informité dynamique très particulière ne relevant ni de défenses psychotiques ni de symptômes hystériques. Les effets des expériences traumatiques ne seraient pas non plus totalement assimilables aux « agonies primitives » ou « angoisses disséquant primitives » décrites par Winnicott.

Je reprendrais donc l'essentiel de mon questionnement et de ma problématique en rappelant que **mon interrogation porte sur la forme de l'expérience traumatique et la façon dont cette forme est présentée en thérapie. Je me demande si le traumatisme ne comprendrait pas systématiquement une part dynamique, celle qui se déploie dans un processus de communication jamais formulable, suspendue aux limites du psychique.**

L'observation clinique montrant la récurrence d'aspects perceptivo-sensoriels et leur appel à trouver une forme (sensible dans l'impact contre-transférentiel) permettrait de dégager un effet traumatique spécifique et prépondérant, une informité témoignant de la difficulté du sujet à former, configurer son expérience.



L'informité pourrait bien rendre compte à la fois de la distorsion traumatique, de la fragilité de configuration de l'expérience et de son potentiel d'organisation ; elle « tiendrait » ensemble les différentes strates traumatiques, la forme de l'expérience permettant d'articuler et d'activer simultanément les temps, registres et zones impactés par le traumatisme.

**Par le déploiement de l'informité, l'expérience traumatique pourrait-elle s'articuler à l'ensemble de la vie psychique du sujet dans un rapport intersubjectif avec les thérapeutes ?**

Les distorsions de l'expérience, dans leur rapport de forme, pourraient-elles être considérées paradoxalement comme un des premiers indicateurs de la symbolisation ? **La forme communiquée de l'expérience traumatique pourrait-elle renseigner sur la nature et l'ampleur de l'atteinte, la qualité et l'étendue des zones impactées ? L'informité serait-elle le souvenir du sujet traumatisé, souvenir paradoxal puisque toujours présent ?**

Cette forme et ses distorsions seraient-elles particulièrement transférables dans un dispositif en double écoute et pour quelles raisons ?

Il semble en tout cas fondamental de dépasser les seuls aspects quantitatifs pour envisager plus précisément le travail de mise en forme de l'expérience, organisateur et repérable cliniquement.

J'essaierai de **penser la valeur dynamique d'un traumatisme jamais exclu de la vie psychique et porteur de l'effort du sujet, même désespéré, pour survivre et organiser son expérience.**

# **1-4 Hypothèses**

Mes hypothèses essaieront de tisser des liens entre les axes métapsychologiques et psychothérapeutiques, d'abord en ce qui concerne la modélisation d'une clinique des agressions sexuelles, ensuite vers une prise en compte possible de toute expérience traumatique. Elles insistent sur le caractère dynamique des atteintes traumatiques.

## **1-4-1 Première hypothèse : effets et topique du traumatisme**

**Le traumatisme sexuel aurait des effets particuliers –dont l'informité- qui renseigneraient sur la distorsion de l'expérience traumatique première. Cette distorsion toucherait particulièrement les aspects formels et spatiaux de l'expérience.**

**Elle obligerait aussi à penser une topique intersubjective permettant de rendre compte de zones se déployant et s'activant dynamiquement, partiellement ou totalement, simultanément ou successivement sur des niveaux et registres différents.**

**La difficulté à figurer cette topique rendrait aussi compte de la difficulté du patient à figurer le traumatisme.**

## **1-4-2 Deuxième hypothèse : jeu des effets traumatiques dans le dispositif, articulation à l'ensemble de la vie psychique**

Les entretiens en double écoute attireraient certains effets du trauma et leurs tentatives de figuration. Ils faciliteraient leur présentation dans le transfert par une sorte de diffraction et de psychodramatisation. L'expérience traumatique s'articulerait alors plus facilement à l'ensemble de la vie psychique.

Cette attraction et cette psychodramatisation se feraient au sein d'accordages affectifs et esthétiques.

## **1-4-3 Troisième hypothèse : fonctions et limites du dispositif**

Ce dispositif en double écoute permettrait de souligner et déployer des fonctions potentiellement contenues dans tout dispositif. Il renforcerait la résistance des thérapeutes, les effets de dramatisation, faciliterait la contenance et la spatialisation, décondenserait le trauma, attirerait les imagos parentales et les processus de personnification.

On en observerait certaines limites tenant à sa paradoxalité (dispositif contre-investissant la séduction mais pouvant aussi la provoquer par l'ampleur de ses regards, dispositif visant à proposer une meilleure contenance mais pouvant éviter la relation aux aspects les plus difficiles du patient).

# 1-5 Méthodologie

## 1-5-1 La méthode psychanalytique

La façon d'écouter le sujet dépend de la méthode choisie par le clinicien, il est le seul à pouvoir en être garant. Ecouter ce que l'autre ne dit pas toujours et cache même parfois avec force suppose une longue réflexion sur comment s'organise cette écoute.

J'aborderai d'abord donc la question du cadre psychanalytique avant d'en décrire la méthode et enfin plus brièvement le dispositif qui pourra proposer les conditions d'application de cette méthode.

### 1-5-1-a) Le cadre psychanalytique

Le cadre psychanalytique est fondé sur un système de consignes visant à faciliter l'avancée thérapeutique chez le patient et le travail d'interprétation du psychanalyste.

La règle de non-omission (ou association libre) propose au patient d'associer librement et de verbaliser ses associations. Son corollaire est l'attention flottante du psychanalyste. Le principe d'abstinence, ou deuxième consigne, limite les relations patient-thérapeute à des échanges verbaux, excluant toutes autres relations (privées, sexuelles, sociales...). Son corollaire est la neutralité bienveillante du thérapeute, qui ne répond pas directement aux désirs transférentiels du patient mais qui cherche à les comprendre sans les juger.

L'attention libre et flottante définit le mode de recherche du psychologue clinicien dans la séance. Malgré les aménagements nécessités par les problématiques traumatiques

accueillies, ces règles persistent dans le dispositif proposé. D.Anzieu souligne la parenté de ce cadre avec la structure topographique de l'appareil psychique :

*« A chacune des deux consignes correspond en effet une enveloppe psychique différente. L'emboîtement des deux consignes au sein d'une même règle fondamentale reflète l'emboîtement originnaire des enveloppes constitutives de la psyché, qui font de celles-ci un appareil à penser les pensées, à contenir les affects et à transformer l'économie pulsionnelle. Deux des enveloppes psychiques les plus importantes : le pare-excitation, la surface d'inscription, sont en effet mises en œuvre respectivement par le principe d'abstinence et par l'invitation aux associations libres. L'abstinence d'actes autres que sémiotiques ou symboliques met à l'abri de l'excitation pulsionnelle interne les deux partenaires engagés dans la cure et la canalise dans le transfert ».<sup>84</sup>*

Cet invariant-là, ce cadre se fonde dans un dispositif dont j'ai déjà montré (avec notamment l'approche de l'analyse transitionnelle) qu'il pouvait être spécifique. La situation analytique les replace dans un cadre spatio-temporel qui les précède : les patients ne sont pas tous reçus en thérapie, la parole est privilégiée, les séances sont régulières (hebdomadaires ou bihebdomadaires pour ce qui concerne les patients dont je parlerai), le contrat est explicite, la position des fauteuils définie (en cercle autour d'une table basse). Le dispositif « atténue » en quelque sorte l'extérieur et augmente l'attention au monde interne.

Comme le fait Anna Potamianou<sup>85</sup>, j'utiliserai le terme de *praxis analytique* pour parler du dispositif de la cure-type et de toutes ses modifications, notamment celles nécessaires aux thérapies de patients dont l'organisation n'est pas typiquement névrotique.

Concernant mon dispositif, ces modifications touchent le cadre (face à face, présence plus accentuée du psychologue, possibilité d'intervention hors de l'espace-temps de la séance...) mais s'étendent aussi à la prise en compte du type d'intervention (je montrerai par exemple comment cela pose autrement la question de l'interprétation) et de la prise en compte des aspects transféro-contre-transférentiels.

Ce cadre facilite les phénomènes qui vont s'y produire, les attire même. La « vraie vie » ne peut s'y produire mais ce qui s'y produit est tout à fait vrai. L'objet de la méthode psychanalytique devient la réalité psychique, ce contexte permet de déployer sainement

---

<sup>84</sup> Anzieu (D.), *Le Penser, du Moi-peau au Moi-pensant*, p.138.

<sup>85</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique*, p.149.

transfert et contre-transfert, l'attention peut être portée au patient sans être trop « parasitée », l'interprétation devient possible.

Comme le remarquent J-L. Donnet et A. Green<sup>86</sup>, ces règles, bien que théorisées, restent empiriques. L'expérience psychanalytique a montré leur pertinence mais pas leur caractère indispensable, elles sont nécessaires mais indémonstrables. On pourrait d'ailleurs faire la même observation concernant l'« hypothèse » de l'Inconscient.

Peut-être pourrions-nous nous accorder à penser que ces règles (et leurs composantes artificielles) ont pour but essentiel de laisser se déployer l'inattendu, l'informe, l'imprévu ; bref l'inconscient sous toutes ses formes et infirmités.

Les pathologies avec lesquelles j'ai travaillé, problématiques concernant l'expérience traumatique, répondent différemment au cadre psychanalytique. Aux différentes étapes de développement topique abordées par D.Anzieu (indifférenciation, décollement et emboîtement des enveloppes psychiques) répondent des usages et distorsions particuliers du cadre qui les révèle et attire à la fois. Cette remarque est importante pour penser les dispositifs analytiques les plus adaptés à accueillir l'expérience traumatique et à la laisser s'y déployer.

Comme le prétend une de mes hypothèses, les distorsions de la forme de l'expérience traumatique pourraient bien être révélées par les particularités du dispositif en double écoute. Dans cette hypothèse on pourrait même penser que ce ne serait que les « failles » du dispositif ou ses particularités qui viendraient aussi attirer les déformations de l'expérience traumatique. Le traitement psychanalytique de ce type d'expérience pourrait nécessiter un dispositif supportant suffisamment les déformations, les distorsions : un dispositif acceptant de se déformer pour suivre les déformations traumatiques mais ne perdant rien de sa contenance initiale.

On trouve dans le domaine des sciences et surtout de la technologie un bel exemple de cette possibilité de se déformer et de retrouver sa forme : *les alliages à mémoire de forme*. Ces produits récents se développent maintenant vers le grand public, à base d'aluminium, de cuivre ou de zinc pour certains.

---

<sup>86</sup> Donnet (J-L.) et Green (A.), *L'enfant de ça*.

En 1930, le chercheur suédois Arne Ölander découvre la capacité de l'alliage or-cadmium (Au-Cd) de retrouver une forme connue après avoir été déformé (Chang et Read font des découvertes similaires à la même époque). Plusieurs alliages seront ensuite explorés (fer-platine, indium-cadmium, nickel-aluminium...). Ce n'est qu'en 1962 que ces matériaux se développent vraiment avec la découverte d'un effet « mémoire de forme » dans un intermétallique d'un alliage de nickel-titane par Buehler et Witey du Naval Ordnance Laboratory.

Avec des applications sur les pare-chocs des voitures, les agrafes pour fractures osseuses, les stents, le béton ou les tissus, les A.M.F. (Alliages à Mémoire de Forme) regroupent un ensemble de propriétés qui ont d'étranges coïncidences avec ma recherche :

- Superélasticité : l'A.M.F. peut se déformer de façon réversible sous une contrainte
- Effet mémoire simple sens : il retrouve par chauffage sa forme initiale après une déformation mécanique
- Effet mémoire double sens : il peut après « éducation » avoir deux positions stables (au-dessus et en dessous d'une température critique)
- Effet caoutchoutique : l'alliage conserve une déformation résiduelle après relâchement ; cette déformation résiduelle augmente si le matériau est à nouveau contraint puis déchargé
- Effet amortissant : il amortit les chocs, atténue les variations mécaniques.

De nombreux liens pourraient être faits avec la façon dont le traumatisme peut distordre la forme de l'expérience, dont on peut aussi la retrouver. Retenons simplement qu'il existe dans un autre champ épistémologique des recherches et même de nombreuses applications démontrant une mémoire de la forme et même de ses distorsions.

Il est aussi prouvé qu'un corps peut se déformer pour s'adapter à une contrainte et, de façon dynamique, retrouver sa forme initiale. Ces recherches soulignent aussi que, suite à une

contrainte (un traumatisme), un corps se déforme et garde à la fois la mémoire de sa forme initiale et de sa déformation : la nouvelle forme est un agrégat de l'état initial, d'une « mémoire » de la contrainte ; elle garde trace du traumatisme et de la déformation.

Plus encore, la question du « résiduel » est importante, on pourrait facilement y trouver une métaphore des deux types d'angoisses (signal et automatique) décrites par S.Freud face aux situations traumatiques.

Evidemment, d'autres similarités pourraient être trouvées avec l'objet ou médium malléable décrit dans la clinique psychanalytique (M.Milner, R.Roussillon), la résilience (B.Cyrulnik).

Je reviens sur les remarques de D.Anzieu concernant le lien entre les trois étapes du développement topique des enveloppes (indifférenciation, développement et emboîtement), les types de pathologies pouvant y correspondre et les distorsions et/ou aménagements nécessaires du cadre.

D.Anzieu alerte sur la difficulté pour le clinicien et le chercheur de repérer la différenciation de l'enveloppe sensible à l'excitation de celle sensible à la communication, toute méprise entre ces deux enveloppes amenant une méprise sur la nature du matériel clinique apporté et évidemment sur la façon de conduire les soins.

Cette observation me semble très pertinente et particulièrement adaptée à mon propos. Dans la façon dont les patients déploient leurs expériences, et tout spécifiquement lorsque celles-ci sont en lien avec un traumatisme sexuel, le psychologue et le chercheur courent encore plus le risque de se tromper sur la nature de ce qui est développé. Ce pourrait être par exemple celui de confondre la recherche d'excitation sexuelle (et donc la satisfaction auprès d'un objet qui pourrait être excitant et excité) avec ce qu'Harlow et Bowlby (1969) ont pensé concernant la pulsion d'attachement.

Mon modèle montrera à quel point sont intriqués et parfois apportés dans le même temps, simultanément activés, des éléments de nature et de temps d'inscription différents. Leur intrication ne signifie en aucun cas qu'ils doivent être confondus et M.Little nous a bien montré à quel point il pouvait être dommageable qu'un psychanalyste fasse des interprétations trop oedipiennes là où il s'agit plutôt d'entendre une question existentielle.



**Si la sensibilité exprimée d'un patient à la densité, l'intensité d'un contact, la sincérité d'un échange avec les psychologues ou la découverte d'un « rythme commun » est confondue et interprétée sur un autre registre, plus en rapport avec l'excitation sexuelle, l'erreur est d'importance. L'indice clinique de cette erreur est d'ailleurs souvent le même : la mise en œuvre de la haine et de la destructivité du patient.**

Ces registres s'emboîtent évidemment, ils constituent même selon moi quelquefois deux faces d'une même zone (la construction de mon modèle sous forme de ruban de Möbius tentera d'en rendre compte). Il est donc parfois facile de prendre l'un pour l'autre, il est même possible que l'un essaie de se faire prendre pour l'autre, de se masquer derrière l'autre. La coexcitation libidinale décrite par S.Freud peut en partie se comprendre sur ce modèle.

## 1-5-1-b) Les consultations psychologiques et la méthode psychanalytique

Les entretiens psychothérapeutiques qui ont permis le recueil des éléments cliniques servant de support à cette recherche ne s'inscrivent pas dans le cadre de cures-types. Je ne pense pas pour autant qu'il y ait de coupure épistémologique entre ce dispositif et celui proposé dans la position « divan-fauteuil ».

Les différences sont réellement apparentes : les entretiens sont moins nombreux, la demande du patient n'est pas aussi clairement formulée, les pathologies accueillies sont plus diversifiées, l'acte n'est pas aussi « exclu » des consultations qu'il peut l'être des séances, la gratuité possible des soins peut changer l'investissement du patient... J'ai déjà abordé dans un chapitre précédent<sup>87</sup> les aménagements rendus nécessaires par les problématiques auxquelles

---

<sup>87</sup> *Supra*, chapitre 1-2-7 p.62 de cette thèse.

je m'intéresse. Quoi qu'il en soit, tout cela ne signifie en rien un renoncement à la méthode psychanalytique.

Comme le remarquent A.Green et J.-Donnet<sup>88</sup>, il reste une réelle possibilité pour le clinicien de s'abstraire de la réalité extérieure, cela produisant une sorte d'irréalisation souvent perçue par le patient ; le psychologue n'est pas directement responsable de ce qui arrive au patient. Il reste aussi le fait que le psychologue annonce clairement au patient qu'il ne sait rien, cela garantissant le poids de la parole du patient, assurant la cohérence de l'entretien et du déploiement du contre-transfert. Ces deux observations sont indépendantes du dispositif et relèvent bien de la méthode psychanalytique.

### 1-5-1-c) Les moyens d'observation et l'objet de la recherche

J'ai plusieurs fois déjà centré mon propos sur la question de la réalité psychique. Il reste, d'un point de vue méthodologique, à émettre quelques réserves quant à l'observation de cette réalité. Une erreur grossière serait de confondre les moyens d'observation à ma disposition (ceux que j'ai choisis) avec l'objet de ma recherche.

Le risque de tout clinicien et de tout chercheur est avant tout de ne pas vraiment regarder le patient, la clinique, mais sa méthode d'observation ou son référentiel théorique. La réalité psychique n'est pas observable directement mais uniquement par les effets des processus intrapsychiques, intersubjectifs et trans-subjectifs (A.Ciccione, 1998).

J'ai remarqué à quel point les expériences traumatiques provoquent des déformations, des *informatés*. L'atteinte de la forme même de l'expérience précède, presque par définition, l'inscription de cette expérience dans l'appareil de langage. Je soulignerai dans

---

<sup>88</sup> Green (A.) et Donnet (J.-L.), *L'enfant de ça*.

le chapitre suivant l'importance de l'attention et de l'observation du psychologue aux éléments cliniques non verbaux.

Avant cela, il convient de remarquer que ces éléments restent difficilement observables directement. Je crois avoir montré dans l'expérience de Madame Korschov que son traumatisme n'était pas « une brèche s'ouvre » mais que ce signifiant formel pouvait permettre d'essayer de comprendre les déformations que l'expérience traumatique avait fait subir. Evidemment ce signifiant formel n'est pas observable en soi, il est déjà une interprétation de la réalité psychique de Madame Korschov. Tous les scientifiques sérieux savent aujourd'hui que les moyens d'observation dont ils disposent tronquent une partie de la réalité, même ceux issus de la plus haute technologie.

J'ai trouvé dans la géométrie de la mesure et dans les technologies qui en sont issues des remarques intéressantes. Les géomètres de mesure s'accordent à penser que « la meilleure géométrie de mesure dépend de l'information que l'on veut obtenir, du résultat de la mesure. » Ces considérations, pour être paradoxales, n'en sont pas moins vraies. Ainsi, la mesure doit correspondre à l'impression visuelle ou pas, tenir compte (ou non) de la surface et de la brillance, savoir si l'on veut obtenir le matériau indépendamment de la surface...

La géométrie de mesure est le lien d'une part entre la source lumineuse de l'instrument et l'objet à mesurer, d'autre part entre l'objet et le capteur enregistreur. Un observateur humain n'est que rarement conscient qu'il est toujours sous l'influence d'une géométrie de mesure : la lumière est diffuse ou dirigée, elle provient d'une certaine direction, l'œil regarde sous un certain angle...

Pour les appareils de mesure des couleurs, la manière dont une couleur est perçue dépend aussi de ces conditions opto-géométriques. Et même, malgré des règles internationales et normalisées, il faut absolument différencier les géométries de mesure : on éclaire l'objet avec un angle de 45° par rapport à la normale de l'objet, un véritable anneau lumineux entoure l'objet de façon homogène sur les surfaces... Mais l'éclairage est aussi défini par le nombre de fibres optiques disposées circulairement ou pas...

Au moins 5 géométries du mode de mesure en « réflexion » et 3 en mode de « transmission » (pour les matériaux transparents) sont nécessaires pour essayer de maîtriser et décrire au mieux les conditions d'observation et donc l'objet observé. Malgré tout, l'objet observé avec les appareils de mesure les plus sophistiqués et dans des conditions extrêmement standardisées n'est jamais le même.

On sait maintenant qu'on ne peut détacher totalement l'observation de l'observateur. On pourrait aller jusqu'à dire qu'il n'y aurait qu'une objectivité faible et une très forte subjectivité. Plus encore, pourrait-on avancer que cette « faible objectivité » n'est qu'un consensus intersubjectif entre les savants ?

Il reste étonnant que ce soit la physique quantique qui ait rétabli la dimension de la subjectivité de l'observateur, décrivant l'observation comme un processus liant l'observateur et l'observé. Les prévisions de la mécanique quantique portent toujours sur la valeur qu'aura une observable *après* la mesure, parler de la valeur qu'elle avait avant n'a pas de sens.

On doit à Bohr la première et plus célèbre formulation de l'impossibilité de la *contrafactualité* en théorie quantique : une particule n'a pas de position, de trajectoire ou n'importe quelle autre grandeur physique indépendante du contexte qui permet son observation. Il n'y a pas de propriété physique définissable en dehors du contexte d'observation : c'est la *contextualité*.

Toute description d'une entité à l'échelle quantique doit préciser le contexte expérimental qui a permis son observation.

Il y a des lois qui fonctionnent seulement quand le système n'est pas observé (on peut même aboutir à un certain formalisme quantique) : l'équation de Schrödinger définit une loi d'observation d'un vecteur d'état en l'absence de toute observation mais pas quand le système est lui-même observé (on ne retient alors qu'une seule mesure parmi d'autres, on oublie la place de l'aléatoire et le problème de contrafactualité) ! Il est interdit de conclure que l'observable avait bien cette valeur avant qu'un instrument de mesure entre en interaction avec elle.

Il faudra donc se rappeler que les éléments recueillis le seront par une méthode choisie. Il n'est pas provocateur de dire que l'étude des attitudes transféro-contre-transférentielles est une méthode parmi d'autres, sans doute celle que le clinicien juge la plus scientifique.

Je ne trouverai donc pas une forme trouée, béante ou sans rythme de l'expérience traumatique mais la forme trouée, béante ou sans rythme que les « inconscients ambiants » (le mien, celui de ma collègue, celui du patient, l'inconscient groupal) auront bien voulu me laisser percevoir à travers ce qu'ils auront eux-mêmes appréhendé et déformé de l'expérience initiale du patient.

Bion rappelait avec raison :

*« Les psychanalystes doivent déterminer s'ils parlent de moyens de communication, y compris les communications verbales, comme de choses-en-soi ou s'ils parlent de choses-en-soi autres, que ces éléments de communication –gestes, actions, silences et formulations verbales- servent à représenter ».*<sup>89</sup>

Il faut se rendre à l'évidence en admettant que l'objet de la recherche ne pourra jamais véritablement être saisi, c'est peut-être d'ailleurs à cela qu'on en reconnaîtra la qualité. D'un point de vue méthodologique, dans mon cadre thérapeutique comme dans cette recherche, j'ai renoncé à toute entreprise positiviste, à toute velléité de restituer l'expérience complètement. A Ciccone, relevant les critiques adressées aux conceptions réfutationnistes et positivistes, souligne que « Tous les énoncés d'observation sont faillibles »<sup>90</sup>. Il n'y a pas d'observation en soi.

Rappeler cette position méthodologique est d'autant plus important qu'elle concerne le traumatisme et donc la question de sa réalité psychique. Il pourrait ainsi y avoir comme un accord entre le patient et le psychologue, selon lequel ce dernier ne poserait jamais la question « Cette expérience traumatique et sa forme, les avez-vous conçues ou vous ont-elles été présentées du dehors ? Les percevez-vous même ? »<sup>91</sup>

Cet aspect de transitionnalité exposé dans ma méthodologie pourrait aussi interroger la nature de l'expérience traumatique, la topique de sa réalité ne se posant pas. Le trauma pourrait cependant bien détransitionnaliser cette réalité lors de « malheureuses rencontres » (A.Green) ou de « collapsus topiques » (C.Janin), le sujet ne sachant plus si la source de l'excitation est interne ou externe (cet état clinique pouvant se rapprocher d'un vécu de dépersonnalisation).

Ces questions rejoignent des interrogations épistémologiques concernant la découverte ou l'invention du monde, son observation ou sa construction, questions mises en travail par A.Ciccone.

---

<sup>89</sup> Bion (W.R.), *L'attention et l'interprétation*, p.28.

<sup>90</sup> Ciccone (A.), *L'observation clinique*, p.20.

<sup>91</sup> Je reprends ainsi les propos de D.Winnicott dans « Objets et phénomènes transitionnels », à propos de l'objet transitionnel pour cet auteur, à propos de l'expérience traumatique pour moi.

Les épistémologies constructivistes mettent en avant la connaissance comme résultant d'une représentation ou d'une construction projective :

*« (...) Il n'y a plus réalité du réel, mais représentation de l'expérience du réel ; la connaissance n'est plus la découverte des nécessités ou des évidences, mais l'actualisation des possibles ou la création de nouveaux possibles (...). »<sup>92</sup>*

D'où l'insistance portée dans cette recherche, le lecteur aura compris, pour suspendre un temps l'interprétation de ma clinique afin de l'ouvrir aux champs des possibles.

### 1-5-1-d) Le dispositif clinique

Mes observations nécessitent un terrain de recherche spécifique étant donné la qualité du dispositif étudié (en double écoute) et la spécificité du traumatisme. Peu de lieux s'inscrivant dans ce cadre peuvent convenir. Lorsqu'elle est mise en œuvre, la pratique des entretiens en double écoute se fait rarement avec deux psychologues cliniciens. On retrouve essentiellement ce dispositif dans les thérapies familiales ou psychodramatiques d'inspiration psychanalytique.

A ma connaissance, très peu de dispositifs soignants utilisent la présence de deux psychologues cliniciens dans le cadre de thérapies individuelles, encore moins dans une perspective psychodynamique.

Le service de soins dans lequel j'ai recueilli la clinique de cette thèse (pour l'essentiel) appartient à une association plutôt conçue comme une « structure de sollicitation » (M.Huguet) qui soutient la demande de personnes autour de la question du traumatisme sexuel. Ces sujets viennent parfois d'eux-mêmes, plus souvent adressés par les services psychiatriques, légaux ou généraux des hôpitaux, souvent aussi par l'intermédiaire de services sociaux, judiciaires, policiers ou de gendarmerie. Une part de la clinique du traumatisme sur

---

<sup>92</sup> Ciccone (A.), *L'observation clinique*, p.23.

laquelle je travaillerai a été recueillie dans le cadre plus habituel d'une pratique en cabinet libéral.

Je reviendrai très longuement sur ce dispositif, ses intérêts et limites, la façon dont il peut être congruent avec le montage du fantasme, la topique du traumatisme proposé. Ce dispositif étant l'objet du traitement ultérieur d'une de mes hypothèses, je me contenterai ici de le décrire brièvement.

L'installation des deux psychologues et du patient figure une sorte de triangle dont le centre serait une table basse autour de laquelle sont disposés trois fauteuils : ceux des psychologues se situent le long d'un même mur de la pièce (mais en léger décalage, non alignés), celui du patient est en face. Les séances ont une durée de 45 minutes. Les patients ayant la possibilité de financer leur thérapie en fonction de leurs revenus, celle-ci pouvant évidemment être totalement prise en charge par l'association.

On l'aura compris, l'originalité du dispositif tient essentiellement à la présence de deux psychologues cliniciens, les patients en étant d'ailleurs informés avant la première rencontre.

Une fois les entretiens liminaires terminés et si un suivi se décide, les psychologues insistent sur le caractère indéterminé de sa durée. Ils rappellent également que, bien que sollicités sur la question du traumatisme sexuel, les patients ne sont pas dirigés par les psychologues sur ce sujet. S'ils peuvent évidemment parler de leur agression, cela n'est absolument pas une exigence (certains attendent plusieurs mois, voire des années avant de le faire ; le cas de Madame Korschov a souligné comment une faille de contenance du dispositif pouvait précipiter ce récit). Le récit de l'expérience traumatique n'est pas demandé, le travail se fondant avant tout sur la qualité du transfert, l'attention, la possibilité de contenir l'expérience. Ce récit n'est évidemment pas exclu non plus.

Du point de vue de la méthode et du dispositif utilisés, il y aurait ainsi une sorte de synthèse de deux grands courants de la pensée psychanalytique sur le traumatisme. Loin de négliger le poids de l'événement les psychologues seraient aussi très patients et attentifs au monde interne du patient, le prenant « tout entier » et non dans un statut de victime. Le premier entretien est souvent l'occasion de soutenir le sujet dans son épaisseur, d'autant que les procédures judiciaires parfois antérieures ou en cours l'ont souvent réduit, presque

condamné à la répétition de l'expérience traumatique (par les demandes de témoignages, le récit précis, filmé et la vérification des faits, les éventuelles confrontations avec l'agresseur).

Les psychologues ont la possibilité de prendre quelques notes pendant la séance. Lorsqu'ils le font, de nombreuses précautions sont prises : ils n'écrivent pas simultanément (ce qui signifierait un défaut d'attention pour le patient), toujours en « différé » et en tenant compte de la problématique du patient (cela est parfois exclu pour des sujets dont les angoisses paranoïdes sont réactivées ou qui ont besoin de l'appui constant du regard du psychologue). Sans être dupes du potentiel usage défensif de cette prise de notes (pour éviter de se confronter aux aspects les plus rudes du patient ou pour interrompre un vécu contre-transférentiel pénible par exemple), elle est quelquefois jugée très importante pour inscrire des interactions précises, des mouvements corporels, des mots... Elle sert aussi beaucoup de support d'élaboration lors des supervisions et s'accompagne bien sûr d'une possibilité d'écriture en post séance.

Ce dispositif, comme tout autre, est en soi un appel au transfert. Il a cependant des particularités (tenant à sa contenance spécifique, aux diffractions possibles et à sa spécularité) sur lesquelles je reviendrai longuement.

Peut-être pourrais-je cependant déjà souligner que, plus que d'autres, il pourrait mettre en œuvre une fonction sémaphorisante (R.Roussillon) tentant de transformer les « déchets » en signes. Il serait aussi d'abord un dispositif symbolisant avant d'être analysant, pour « (...) une mise en forme symbolisante et affective d'une forme de la réalité psychique. »<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup> Roussillon (R.), Intervention lors d'un séminaire de D.E.A. de psychologie clinique, 03-04-2004, Université Lumière Lyon 2.



## 1-5-2 L'attention et l'observation

Etre présent à sa propre expérience et bien entendu à celle de l'autre est indispensable pour le clinicien. Cette attention, cherchant le plus possible à vivre l'expérience de façon directe (sans trop être influencé par les « grilles de lecture » théoriques ou trop personnelles), est une des conditions méthodologiques assurant le respect et du patient et du matériel clinique nécessaire à ma recherche.

On l'aura compris, les traumatismes auxquels je m'intéresse signent autant l'arrêt de la figurabilité que la défaillance d'un contenant. Si mes hypothèses m'amènent à m'intéresser aux transformations psychiques (W.R.Bion) peut-être plus qu'aux contenus fantasmatiques (sans les négliger), si elles obligent à s'intéresser à un langage non verbal, c'est alors bien la question de l'attention qui est posée plus encore qu'habituellement.

Cette question est évidemment antérieure à celle de l'interprétation, il faut être attentif et contenir avant d'interpréter. Il me semble qu'attention et interprétation ne peuvent avoir lieu dans le même temps, particulièrement dans la clinique des expériences traumatiques.

Toute interprétation un peu hâtive (et même si elle n'est pas dans le registre oedipien), prenant le pas sur l'attention au patient, sa contenance, est susceptible de blesser le patient et de mettre en œuvre sa destructivité.

Cela est sans doute vrai pour toute approche thérapeutique mais l'est je crois encore plus dans ce type de problématique. Si ma recherche se centre peut-être plus sur la question de l'attention que celle de l'interprétation, il paraît difficile pourtant d'envisager une pure attention, dénuée d'interprétation. Même une perception, si elle est investie, ne serait-ce qu'organisable en signifiant formel, est déjà représentation ; l'appareil optique du microscope lui-même interprète.

Attention et interprétation n'ont donc peut-être pas lieu dans le même temps et ne sollicitent pas forcément les mêmes processus psychiques.

Dans cette construction en abîme où s'emboîtent plusieurs temps (le temps de l'expérience traumatique où entrent déjà en collusion différentes strates temporelles, celui de son déploiement dans la séance et dans le transfert, celui de l'après-séance où les psychologues échangent sur le patient et enfin celui de la supervision), se pose inévitablement la question du « transfert des données » ou du « transfert du transfert ».

Si l'on ajoute à cette construction en abîme le temps de l'écriture de cette thèse, l'importance méthodologique de l'attention se pose avec encore plus d'acuité. Comment ce travail de recherche pourrait-il, après autant de temps, rendre compte de l'attention portée à l'expérience traumatique ?

Ainsi, comment passer du temps de l'attention plus centré sur la réceptivité avec tout ce qu'il implique, des éléments archaïques vécus dans l'attention à leur secondarisation verbale et plus encore à leur modélisation dans un souci universitaire? Comment traduire sans perdre la rêverie initiale, « l'attention au point 0 » (W.R.Bion), l'accordage, le va-et-vient entre le dedans et le dehors de la psyché du patient ? Cet écueil méthodologique est considérable et ne peut être résolu entièrement. J'essaie cependant d'y apporter une réflexion.

Les travaux de W.R.Bion<sup>94</sup> offrent une véritable ressource pour appréhender cette question méthodologique et ma clinique. Bion remarque que le contenant ( $\phi$ ) est fait de souvenirs provenant de vécus sensoriels, ce substrat sensoriel prédominant rendant ces souvenirs tenaces (j'utilise ici « souvenir » dans le sens admis par Bion, pas dans le sens d'un produit du refoulement).

L'insistance de Bion sur le langage non verbal est évidente ; il observe que ce matériel clinique précède le langage parce que le sujet n'a pas eu une expérience suffisante pour noter une « conjonction constante ». En suivant une métaphore proposée par cet auteur, j'avancerai l'idée que les patients que j'ai rencontrés, Astrid ou Madame Korschov par exemple, se trouvent face à la forme de leur traumatisme comme un savant devant le mouvement des planètes avant l'invention du calcul différentiel. La fonction alpha, défailante, entraînerait un déficit (une absence dit Bion) d'images visuelles mentales de points, de lignes et d'espace, le patient étant privé d'un « équipement [...] qui l'aiderait à donner une physionomie à la réalisation de l'espace mental »<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup> Bion (W.R.), *L'attention et l'interprétation*.

<sup>95</sup> *Ibid.*, p.40.

Ces secteurs psychiques, déformés, dévastés, non verticalisés, très mal repérés dans l'espace, correspondent je crois aux atteintes traumatiques. Le concept proposé par Bion est particulièrement intéressant parce qu'il permet, d'un point de vue méthodologique, de relier attention et espace. Ma recherche concerne bien cela, l'attention portée à la forme (y compris spatiale) de l'expérience traumatique.

Bion explique avec beaucoup de finesse la difficulté à explorer ces secteurs de pensée, difficulté accrue par l'inscription avant le langage verbal des éléments à communiquer. Il s'interroge sur la réponse que le psychanalyste peut apporter pour s'adresser à ces secteurs. Il semble que le clinicien peut à son tour communiquer sur ce registre, pouvant aussi se servir de points, de lignes et de l'espace pour désintriquer la situation, évitant une situation où « [...] deux personnalités inarticulées ne sont pas en mesure de se libérer de l'entrave de l'inarticulation »<sup>96</sup>.

Il appelle O l'expérience, le vécu, la chose-en-soi :

*« J'utiliserai le signe O pour dénoter ce qui est la réalité ultime représentée par des termes tels que : la réalité ultime, la vérité absolue, la divinité, l'infini, la chose-en-soi. O n'entre pas dans le domaine de la connaissance ou de l'apprentissage –sauf incidemment ; il peut être un « devenir », mais il ne peut pas être « connu ». C'est l'obscurité et l'**informe** mais il entre dans le domaine K lorsqu'il a évolué jusqu'à un point où il peut être conçu, à travers le savoir tiré de l'expérience, et formulé en termes qui découlent de l'expérience sensorielle ; son existence est déduite de conjectures phénoménologiques. [...] Il faut que l'analyste concentre son attention sur O, l'**inconnu et l'inconnaissable** »<sup>97</sup>.*

Au lien entre attention et espace s'ajoute celui avec l'informe, concept également central dans ma recherche. L'attention décrite par Bion est proche de celle que je sais souhaitée porter à mes patients.

D'un point de vue méthodologique, il me semble intéressant d'entendre la prudence de Bion qui rappelle le caractère fondamentalement inaccessible de O, qui n'entre qu'*incidemment* dans le domaine de la connaissance, ne peut jamais être connu. O est un devenir, d'où l'insistance de ma recherche sur les aspects dynamiques de l'expérience traumatique. O peut cependant être approché, être conçu à partir de l'expérience et formulé en

---

<sup>96</sup> *Ibid.*, p.46.

<sup>97</sup> *Ibid.*, p.63. C'est moi qui mets en caractères gras.

partant de l'expérience sensorielle. Son existence n'est pas connue mais *déduite* de conjectures phénoménologiques (j'aborderai dans le chapitre suivant l'approche phénoménologique).

Il est vrai que les éléments, les événements vécus, l'expérience partagée dans ces moments d'attention se situent sur des registres intraduisibles, ils ne peuvent pas être communiqués tels quels. Je pense cependant que leur teneur, leur densité et leur nature peuvent être métaphorisées. Les accordages entre psychologues et patient, si précieux durant les séances, peuvent être considérés comme des associations non verbales (un peu comme le jeu pour les enfants), peut-être sur un registre d'associativité émotionnelle.

Traduire ensuite ces accordages par des associations verbales ne serait alors pas forcément les trahir (ou pas trop). De la même façon, le signifiant formel « une brèche s'ouvre » que j'ai dégagé dans la thérapie de Madame Korschov me semble parfaitement illustrer le vécu attentif des séances.

L'élaboration de ces éléments dans les différents temps, dans d'autres moments intersubjectifs (entre les deux psychologues de la séance, avec les autres psychologues, avec le superviseur) est un travail intersubjectif de « saisie-resaisie en spirale » qui ne dénature pas le vécu de l'attention initiale mais le relance, le revitalise, cherche à en retrouver l'épaisseur, la forme.

L'observation clinique est complexe et présente certains aspects paradoxaux : elle suppose de constamment se rappeler que ce qui est vu, entendu et senti est la manifestation de processus psychiques inconscients, toute conclusion ou interprétation trop hâtive des « données de base » est exclue. Mais cette observation ne se veut pas totalement extérieure, elle tient compte d'une réflexion sur le contre-transfert, elle ne fait pas qu'enregistrer mais transforme aussi.

Selon E.Bick, l'instrument d'enregistrement le plus approprié de l'observation est la subjectivité de l'observateur, bien que l'obligation de réserve, la position de retrait par rapport aux événements de la séance soit aussi la seule façon de saisir la diversité de cette clinique. Voilà un fondement méthodologique propre au référentiel psychanalytique.

La sensibilité du thérapeute à tel ou tel type d'observation, sa propre formation peut aussi modifier son rapport à l'« observation du patient ». Les psychanalystes plus formés à l'observation du bébé selon la méthode E.Bick par exemple rechercheront peut-être plus que d'autres dans leurs thérapies de patients adultes les « parties bébé » ou des aspects plus « congelés » dus à des clivages précoces.

Il est évident enfin que les observations recueillies dans les entretiens en double écoute (pour ce qui concerne l'essentiel de la clinique que j'exposerai) supposent un temps de reprise, de supervision pour pouvoir partager et penser ce qui a parfois été vécu trop intensément pour ne pas être déformé. L'observation suppose donc un travail d'attention constante dans les différents temps : celui de la séance, celui de la prise de notes, des échanges avec le cothérapeute et le superviseur.

Il semble évident que le premier temps d'observation, celui de la séance, mette en jeu plus que les autres tous les sens (particulièrement pour les problématiques que j'étudie). Ma méthode d'observation doit s'inquiéter des signes les plus infimes de la vie psychique, de recueillir des prémices d'organisation, souvent inscrits hors du langage verbal. J'observerai ainsi les comportements des patients, leurs propos évidemment (y compris dans leur forme, leur présentation) mais aussi les affects (en essayant également de m'approcher de certains vécus comme on pourrait le faire dans une observation de bébé, c'est-à-dire en observant les ajustements tonico-posturaux, les mouvements du visage...).

Devant l'échec de la symbolisation que signe le traumatisme, les traces de l'expérience sont le plus souvent tellement peu subjectivées qu'elles risquent de passer inaperçues.

Sur le plan méthodologique il est important de rappeler que nombre d'éléments auxquels je m'intéresse, à la limite du psychique, sont aussi à la limite de l'observable. Un des risques méthodologiques serait de trop les scruter, les guetter par peur de ne pas les voir. Cela aurait pour inconvénient de me rendre moins attentif au reste du matériel apporté par le patient, cela augmenterait aussi l'impact de l'observation sur l'interaction entre les psychologues et le patient, tronquerait en quelque sorte la relation.

D'un point de vue méthodologique, ma recherche risque, peut-être plus encore que d'autres, l'« excès » de perception. De nombreux auteurs ont parlé de la fonction de

médiation et même thérapeutique de l'observation (D.Houzel, M. et G.Haag, E.Bick, A.Ciccone, D.Mellier), le plus souvent en ce qui concerne l'observation des bébés.

E.Bick a bien souligné également la fonction de l'observation comme une relation contenante entre le bébé, la mère et l'observateur. Michel Haag parle ainsi de « matrice observante » : « Cet étoffement du cercle d'attention autour du bébé résultant de la présence d'un observateur intéressé et modeste, entouré lui-même par l'attention régulière du groupe qui l'écoute. »<sup>98</sup> La fonction contenante de l'observateur est encore rappelée par A.Ciccone et M.Lhopital (1991).

L'observation dont il s'agit dans ma recherche est évidemment extrêmement différente de celle proposée dans la méthode E.Bick, les différents temps (celui de la séance d'observation, de la rédaction du compte-rendu et du séminaire de supervision) ne sont pas instaurés, l'objectif est différent, le dispositif lui-même n'est pas adapté (l'observation d'E.Bick se fait dans le milieu naturel de l'enfant).

J'y trouve cependant quelques similitudes quant à l'intérêt porté à une attention précise aux éléments infra-verbaux, une observation contenante ; il est aussi évident, comme je le signalai précédemment, que les problématiques auxquelles je m'intéresse touchent au plus près les « parts bébé » des patients, des vécus précoces, archaïques et des défenses radicales souvent mises en œuvre par les nourrissons.

Le premier temps de cette observation est sans doute le même, celui consistant à recevoir l'impact émotionnel ; je retrouve aussi dans les deux cas l'idée de donner forme à des traces le plus simplement possible, sans théoriser ni interpréter trop rapidement. Le temps de séminaire enfin pourrait être retrouvé (en partie seulement) dans l'élaboration groupale de post-séance (temps d'échange entre les deux psychologues) et dans le temps de supervision.

A.Ciccone rappelle les caractéristiques de la méthode E.Bick qui insiste sur l'attention, les sens, la réceptivité psychique, la place centrale de l'expérience émotionnelle et fantasmatique des sujets observés et de l'observateur lui-même.<sup>99</sup> Au-delà du dispositif très particulier créé par E.Bick (celui des entretiens en double écoute n'est en rien comparable, ni dans sa mise en œuvre, ni dans le public auquel il s'adresse, ni dans ses objectifs), je retrouve dans ce qui le sous-tend des préoccupations méthodologiques assez proches des miennes, notamment en ce qui concerne le lien entre attention et observation :

---

<sup>98</sup> Haag (G.) et Haag (M.), 1995, Cit. in Mellier (D.) *et al.*, « Observer un bébé : un soin. », p.39.

<sup>99</sup> Ciccone (A.), *L'observation clinique*.

*« L'observation est ici au service de l'attention sensible que l'observateur apprend à porter au bébé et à son entourage. Ce qui est visé avant tout est le développement de la réceptivité à l'égard des émotions, des sentiments, des affects, et le développement de la capacité de penser à partir de cet état de disponibilité. Cette disponibilité se cultive par l'attention portée aux communications conscientes et inconscientes, verbales et non verbales, aux communications primitives du bébé, aux petits détails, aux signes corporels autour desquels s'organise sa vie psychique, etc. »<sup>100</sup>*

L'insistance sur la continuité entre les états physiques et psychiques est également pertinente, je crois avoir déjà beaucoup insisté sur ce fait notamment dans mes premières approches du contre-transfert et des signifiants formels. Evidemment, être attentif aux modes de communication préverbaux ne signifie en rien délaisser le langage verbal, qui, pour nos patients contrairement aux bébés, reste d'une grande valeur communicationnelle.

L'expérience traumatique confronte le sujet à des vécus difficilement représentables, c'est même là sa première caractéristique. Les observations de bébés ont permis d'observer le déploiement d'une intersubjectivité fondée sur des aspects non verbaux, tendant à faire éprouver à l'autre ce qui ne peut être symbolisé ni même approprié par le bébé, ce qui ne peut être contenu. On trouve là une parenté avec les expériences traumatiques.

La notion de « matrice observante » est également pertinente, je montrerai comment une des fonctions du dispositif en double écoute est d'augmenter les capacités de contenance thérapeutique. Je peux dès maintenant souligner une des particularités de cette attention/observation :

- Chaque psychologue est attentif au patient, l'observe
- Le groupe des deux psychologues observe le patient
- Les psychologues s'observent l'un l'autre (non pas pour s'intéresser à eux-mêmes mais en ce que leurs propos, réactions peuvent renseigner sur le patient)
- Chaque psychologue observant le patient est observé par le superviseur
- Le groupe des deux psychologues observant le patient est lui-même observé par le superviseur.

---

<sup>100</sup> *Ibid.*, p.50.

- Le patient a aussi la possibilité d'observer successivement ou alternativement, exclusivement ou de façon égale, ensemble ou isolément chaque psychologue ou l' « ensemble » des deux psychologues.

Attention et observation se lient assez facilement : « L'observation est donc une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention. »<sup>101</sup> Si l'observation psychanalytique ne doit, d'une certaine façon, s'attendre à rien de particulier, si ce n'est à être surprise, elle repose cependant sur une réelle implication du psychologue, elle n'est pas un simple relevé perceptif. Elle suppose :

- « (...) D'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. »<sup>102</sup> ; ce mouvement vers le réel (et non le seul perçu) est important et dynamique, c'est en cela que l'observation humaine est irremplaçable, l'observation humaine dépassant de très loin en complexité la perception de tous les outils de haute technologie.

Ce mouvement suppose évidemment de laisser place à l'inconnu, à l'inattendu et même à l'explicable.

- D'aller vers ce réel sans réelle intentionnalité mais avec une véritable implication et le désir d'être garant de la question du sens (et non du sens lui-même).

Etre attentif, y compris dans la méthode psychanalytique, c'est aussi s'imprégner de la réalité concrète, sensible. Les bruits émis par le patient, l'amplitude ou le maniérisme de ses gestes, la couleur des images évoquées, tout le climat émotionnel et la façon dont celui-ci peut résonner avec les émotions des psychologues doivent être pris en compte.

Cette attention extrême suppose aussi ce que Bion appelait la « *patience* » (1974), cet état mental pendant lequel le thérapeute ne doit pas s'accrocher à ce qu'il sait mais accepter l'inconnu chez le patient et lui-même. Elle est d'ailleurs pour Bion totalement rapprochée de la *fonction-alpha* qui permet aux données des sens d'être appréhendées comme telles (c'est

---

<sup>101</sup> *Ibid.*, p.16.

<sup>102</sup> *Ibid.*



*l'attention*) et principalement enregistrées sous forme d'images visuelles. Elle convertit les éléments provenant des sens en éléments mnésiques (*éléments-alpha*) pouvant alors être emmagasinés pour ensuite pouvoir être utilisés en pensée (dans le rêve, la pensée vigile inconsciente).

La *fonction-alpha*, proche du refoulement originaire, a ainsi une fonction de mémorisation, d'inscription des premiers éléments mnésiques dans l'inconscient. Elle participe à *l'enregistrement* et à la *notation* de l'expérience.

Un défaut d'attention pourrait, comme un échec de la fonction-alpha, signifier un défaut d'inscription des premières traces de l'expérience traumatique ; les impressions des sens resteraient alors telles quelles, inchangées, vécues comme des « *choses-en-soi* » devant seulement être évacuées.

Les éléments de l'expérience traumatique auxquels les psychologues n'auraient pas été assez attentifs deviendraient alors ce que Bion appellent des « éléments bruts et improductifs de l'expérience » (éléments-bêtas), c'est-à-dire non pas des souvenirs mais des « faits non-digérés », non symbolisés.

L'expérience traumatique, plus encore que toute autre expérience (parce que moins subjectivée, aux limites de la psyché) nécessite de l'attention pour être convertie, enregistrée et ensuite pensée et « abstraite » (pour garder la terminologie de Bion). Les observations de Bion quant à la façon dont le sujet peut fuir l'expérience avec des objets vivants sont précieuses : en tentant de détruire la fonction-alpha, la personnalité ne serait alors en contact qu'avec des aspects « automatiques » d'elle-même.

L'effondrement de la vie mentale (*breakdown*) peuplerait alors cette dernière d'objets inanimés. Une « activité inconnue » viendrait alors remplacer la pensée, qui n'aurait pour se nourrir que des éléments-bêta :

« (...) Or, les éléments-bêta ne peuvent qu'être évacués –et vraisemblablement par l'intermédiaire de l'identification projective.

*Ces éléments-bêta sont traités par un procédé d'évacuation semblable aux mouvements musculaires, aux changements de mimiques, etc., qui, pour Freud, servent à décharger la personnalité d'un accroissement d'excitations (...). »<sup>103</sup>*

Les expériences traumatiques signent aussi un défaut d'attention. Leur thérapie va en partie viser à revitaliser, relancer les capacités d'attention, ce que Bion appelle paradoxalement la « capacité de rêverie », cette attention au point O. La dimension de l'attention aide à comprendre la dimension de la pensée, particulièrement dans les expériences traumatiques.

L'attention du thérapeute doit être continue pour repérer les points de rupture dans les représentations, les contre-attitudes, les affects d'étrangeté, observer comment le sujet s'empare, investit ou délaisse le dispositif.

J'insiste sur ce temps où le clinicien suspend non pas son attention (le terme de « rêverie » employé par Bion pourrait tromper) mais son jugement pour approcher l'inconnu, l'énigmatique, cet « *infini informe* » dont parle Bion :

*« Dans chaque séance, s'il a suivi ce que j'ai exposé dans ce livre, le psychanalyste devrait être en mesure de prendre conscience, particulièrement en ce qui concerne le souvenir et le désir, des aspects du matériel qui, si familiers qu'ils puissent paraître, se rapportent à ce qui est inconnu à la fois de lui et de l'analysand. Afin de parvenir à un état mental analogue à la position schizo-paranoïde, il faut qu'il résiste à toute tentative pour s'accrocher à ce qu'il sait. C'est pour cet état que j'ai créé le terme de « patience » pour le distinguer de la position schizo-paranoïde, expression qu'il faut réserver à la description de l'état pathologique pour lequel Mélanie Klein l'a utilisée. Je désire que ce terme maintienne son association avec « souffrir et tolérer la frustration ». La « patience » doit être maintenue « sans s'irriter à quêter des faits et une raison », jusqu'à ce qu'un schéma « s'élabore ». Cet état est l'analogue de ce que Mélanie Klein a appelé la position dépressive. Pour cet état, j'utilise le terme « sécurité ». Je désire laisser ce terme avec son association « sûreté » et « angoisse »*

---

<sup>103</sup> Bion (W.R.), *Aux sources de l'expérience*, p.31. Bion remarque cependant que le mouvement musculaire, le sourire ou la mimique doit être interprété autrement que dans la personnalité non psychotique. Il décrit ces mouvements dans des personnalités plus pathologiques et observe alors qu'un sourire ou un énoncé verbal doit être interprété comme un mouvement musculaire d'évacuation et non comme une communication d'émotions. On retrouve là une forte distinction entre les fonctions d'évacuation et de communication de l'identification projective, entre sa fonction pathologique et sa fonction normale.

On peut évidemment penser que l'expérience traumatique met en œuvre des processus massifs d'identifications projectives pathologiques, j'y reviendrai.

*diminuée ». Je considère qu'aucun analyste n'est fondé à croire qu'il a accompli le travail requis pour donner une interprétation s'il n'est pas passé par ces deux phases –« patience » et « sécurité ». »<sup>104</sup>*

Cette belle définition de la patience, celle qui suspend le savoir et l'interprétation pour laisser advenir l'informe est en effet un exercice difficile. Dans son bref article « Notes on memory and desire » (1967) Bion va même jusqu'à interdire au thérapeute l'usage de la mémoire et du souvenir : le psychanalyste peut être trompé par sa mémoire, il faut aborder chaque séance comme totalement nouvelle, ne pas désirer de résultats, faire comme s'il découvrait le patient pour la première fois.

On saisit bien le paradoxe et la provocation de ce type de proposition qui n'a d'autre but que de pousser au bout une réflexion, briser la pensée habituelle. Car on remarque très vite à quel point les patients ayant connu de graves traumatismes, souffrant de défaut d'appropriation subjective de l'expérience et d'importantes pathologies du narcissisme identitaire ne supportent pas qu'on ne les « reconnaisse » pas.

Oublier leur nom, un événement de leur vie est quelquefois vécu de façon très douloureuse. Je me souviens ainsi d'une de mes patientes en cabinet qui m'avait demandé conseil pour un médecin psychiatre (afin de suivre son traitement médicamenteux). Je l'adresse ou plutôt la confie à un soignant de ma connaissance (en téléphonant préalablement au médecin). Quelques semaines plus tard, cette patiente arrive très en colère en séance : elle vient de consulter ce psychiatre qui, alors qu'il l'avait déjà vue une fois, a dû rechercher son nom dans son fichier, se trompant même dans son classement (« *Je n'étais même pas à la bonne lettre ! Et c'est un médecin que vous connaissez !* »). Suivra une longue chaîne associative sur ses parents qui se « fichaient » d'elle (au point que sa mère n'a pas vu son père l'incester) et « *les psys qui s'en fichent aussi* ».

Le défaut d'attention, l'oubli du nom et par-dessus tout peut-être l'erreur de classement, rappelant la blessure première et condensant une longue chaîne traumatique (le défaut d'attention parental, l'agression sexuelle, le défaut d'attention des soignants), ont déclenché la rage et la destructivité de cette patiente, à la mesure de l'offense subie. La *tabula*

---

<sup>104</sup> Bion (W.R.), *L'attention et l'interprétation*, p.208.

*rasa* préconisée par Bion est évidemment une précaution thérapeutique et méthodologique qui, suivie à la lettre, deviendrait un enfer pour le patient.

S.Freud avait d'ailleurs fort bien alerté sur ces écueils. Dans ses « Conseils aux médecins sur le traitement analytique » (1912) il remarquait que le psychanalyste devait éviter toute concentration dangereuse ou toute attention délibérée (*absichtliches Aufmerken*) au profit d'une attention « également flottante » (*gleichscwebende Aufmerksamkeit*)

A cette fin et dans le même article, Freud déconseille aussi à l'analyste de prendre des notes, de rassembler des éléments en vue d'une publication ou encore d'attendre la guérison. Freud distingue en revanche mémoire consciente et inconsciente et encourage aussi à retenir, plutôt contenir les éléments utiles déjà rassemblés. Il conseille de procéder « sans avoir préalablement tracé de plans », en laissant place à l'inattendu.

## **1-5-3 Le partage de l'expérience, l'implication du psychologue**

Le lien abordé dans le chapitre précédent avec l'observation du bébé sous-entendait en effet cette absence de clivage entre l'objet d'observation et l'observateur.

La figure du double reviendra souvent dans ma thèse, incontournable ne serait-ce que pour l'étude du dispositif. Cette figure s'est aussi imposée méthodologiquement.

L'approche de certaines considérations phénoménologiques en est un exemple. Selon Husserl<sup>105</sup> la phénoménologie, forme la plus haute de théorie, présuppose le monde vécu tout en s'efforçant de l'expliquer. Cette circularité pose un problème méthodologique fondamental.

---

<sup>105</sup> Varela (F.), Thompson (E.) et Rosch (E.), *L'inscription corporelle de l'esprit*. Ces auteurs analysent les rapports entre science et expérience.

Husserl prétendait que le monde vécu était fait de *précompréhensions*, sorte d'arrière-plan fait de présuppositions, comme une couche de sédiments. En traitant cet arrière-plan comme des représentations, il tentait de briser ce cercle sans fin. Selon Husserl et la phénoménologie, le monde vécu était toujours antérieur à la science. Mais considérer cet arrière-plan comme des représentations ne reviendrait-il pas alors à laisser penser qu'il pourrait être accessible, voire pénétré par la science ?

Husserl continua d'affirmer l'antériorité du monde vécu (même imprégné de science comme en Occident) sur la science. Le phénoménologue, en se retirant du monde-de-la-vie baignant dans la science, pouvait atteindre le monde vécu « originel » dont il pouvait rendre compte en le ramenant aux structures essentielles de la conscience.

L'idée d'un phénoménologue pouvant se tenir à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du monde vécu témoignait ainsi d'une science ou d'une théorie présupposant le monde vécu (l'intérieur) mais aussi d'un monde vécu dont la genèse dans la conscience ne pouvait être expliquée que par la phénoménologie (l'extérieur). Cette position particulière adoptée par la phénoménologie, en double face (comme la modélisation topique que je proposerai), en faisait selon lui la plus haute forme de théorisation.

Cette entreprise de compréhension (au sens étymologique) de la science et de l'expérience est évidemment très théorique, on lui reprochera son défaut d'application (l'entreprise même d'Husserl de saisir l'expérience, entreprise d'apparence novatrice, s'inscrivait dans le courant philosophique occidental, donc comme déjà quelque peu déterminée par la science).

F.Varela<sup>106</sup> étend même cette critique à la phénoménologie existentielle de Heidegger et à celle du vécu de Merleau-Ponty (qui soulignent le contexte corporel, pragmatique, mais de façon très théorique).

Pour Heidegger, la phénoménologie était méthode de l'ontologie, enquête sur l'existence humaine (*Dasein*), antérieure même à toute investigation scientifique. Merleau-Ponty va encore plus loin en étendant sa critique à la phénoménologie elle-même (et pas seulement à la science) : phénoménologie et science expliquent notre existence concrète, corporelle, mais toujours après les faits :

---

<sup>106</sup> *Ibid.*, p.48.

*« Cette méthode s'efforçait de saisir l'immédiateté de notre expérience non réflexive et tentait de lui donner une voix dans la réflexion consciente. Mais étant précisément une activité théorique postérieure aux faits, elle ne pouvait retrouver la richesse de l'expérience ; elle ne pouvait être qu'un discours à propos de cette expérience. »<sup>107</sup>*

Cette tâche sans fin du phénoménologue, comme celle du clinicien et du chercheur en psychanalyse, est riche d'enseignement. Si la phénoménologie peut être considérée comme une philosophie de l'expérience, elle est aussi une philosophie de pure réflexion cherchant la vérité à travers le raisonnement théorique. La critique de Merleau-Ponty à l'égard des sciences (et même de la phénoménologie) les considérant comme des activités théoriques venant « après la bataille » de l'expérience et des faits peut tout à fait s'étendre à l'ambition de ma thèse.

Il suffit je crois d'accepter cette critique, comment d'ailleurs pourrait-on faire autrement ? La bataille est déjà livrée lorsque j'écris, mes démonstrations linguistiques et de pensée seront postérieures et insuffisantes à rendre compte des expériences des patients. La bataille est d'ailleurs déjà livrée lorsque nos patients viennent en séance.

Cela ne disqualifie évidemment pas l'importance et la qualité du travail thérapeutique qui peut être fait avec eux, pas plus que cette entreprise de théorisation, mais conduit à une modestie du propos. La clinique a toujours raison sur la théorisation, l'expérience ne peut être expliquée par une science qui la précéderait. Une entreprise de théorisation de cette clinique qui rendrait trop compte de cette expérience, qui l'expliquerait trop, se l'approprierait trop, serait douteuse.

Pas plus que la raison pour les philosophes, la méthode psychanalytique ne doit être avancée comme « explicative » ou précédant l'expérience, au risque de faire du psychologue un astrologue ou de l'expérience du patient un oracle.

J'ai déjà montré en quoi l'inscription des expériences traumatiques dans la langue pouvait les appauvrir, ne pas rendre compte de leur complexité. Leur inscription dans une entreprise linguistique de théorisation les appauvrit encore plus. Mon travail sera d'essayer de

---

<sup>107</sup> *Ibid.*, p.49.

les restituer le mieux possible, cette fidélité à la clinique étant primordiale pour éviter un délire théorisant.

Je n'ai pas trouvé d'autre façon que d'illustrer le plus souvent possible mon propos par des exemples cliniques. Cette formulation très maladroite souligne d'ailleurs ce qu'il ne faudrait pas faire : la clinique ne peut servir d'illustration, elle ne vient pas souligner ou vérifier la théorie, c'est tout l'inverse.

En étant tout à la fois dedans et dehors, chercheur et clinicien, j'essaierai simplement de rendre compte de la complexité de ces expériences traumatiques. J'ai parfois été plus qu'étonné, à la lecture de grands textes psychanalytiques, de voir à quel point la théorisation de certains auteurs reflétait la clinique à laquelle j'étais confronté.

Comme tous sans doute, j'ai parfois cru que certains de mes patients avaient lu Winnicott et sa crainte de l'effondrement. Certains peut-être l'avaient fait, il est sans doute très probable que c'est plutôt Winnicott qui avait écouté ses patients avec la plus grande finesse. C'est donc bien la clinique, l'expérience, la réalité psychique qui est première, certainement pas la théorisation.

D.Stern<sup>108</sup> montre bien que tous les domaines du lien interpersonnel sont impliqués dans les pathologies. L'un d'entre eux est cependant quelquefois présenté avec plus d'insistance et de souffrance. L'approche plus empathique (comme le propose plutôt la psychologie du Soi) et l'approche plus interprétative (plus traditionnellement psychanalytique) se disputent parfois leur efficacité notamment en ce qui concerne le traitement des situations limites.

Pour reprendre la terminologie de D.Stern, une approche plus empathique se confrontera avant tout aux aléas du domaine du lien interpersonnel intersubjectif. En découvrant deux psychologues présents et acceptant d'essayer de savoir ce qu'il ressent de son expérience traumatique, le patient met en œuvre « [...] de nouvelles possibilités interpersonnelles presque sans commune mesure avec le contenu particulier du matériel qui a été discuté. »<sup>109</sup> L'empathie soulage le patient. Un traitement plus « interprétatif » en revanche s'intéressera d'abord au contenu du matériel existant dans le domaine du lien interpersonnel verbal.

---

<sup>108</sup> Stern (D.), *Le monde interpersonnel du nourrisson*.

<sup>109</sup> *Ibid.*, p. 335.

Ces approches peuvent être différenciées mais il me semble qu'elles sont subsumées par le partage de l'expérience et l'implication du psychologue tels que je les entends. Le transfert et le contre-transfert sont l'interface, le lien entre ces approches. En usant d'empathie, le psychologue trouvera un matériel clinique qu'il devra obligatoirement reprendre et élaborer secondairement dans un travail interprétatif. Inversement, tout travail interprétatif ne peut être fondé que sur un vécu commun avec le patient, une sincérité des échanges (sinon le psychologue interprète sauvagement). Plus encore, le travail d'attention, d'observation et de contenance proposé est la réponse à cette discussion entre partisans de l'empathie ou de l'interprétation : il les précède et les contient à la fois.

Il est une autre façon, plus dynamique, de décliner l'empathie : le partage d'affect. A.Ciccone et A.Ferrant décrivent cette expérience et ce modèle de l'expérience subjective comme un « paradigme » du soin.<sup>110</sup> Ils décrivent sans emphase une notion clinique essentielle et qui ne me semble pas aussi admise que cela :

*« L'idée est somme toute banale : il ne peut en effet y avoir de soin sans un minimum de partage d'expérience. Tout patient utilise l'espace thérapeutique et le lien avec le patient pour projeter, partager, faire transiter plusieurs aspects de son monde interne, de sa réalité psychique. On ne peut aider un patient que si l'on est touché par ce qu'il communique et si l'on est affecté par ce qui l'affecte. Le soin psychique commence et n'est possible qu'à partir d'un point de contact, du point où l'on est touché par l'autre. »<sup>111</sup>*

Cette remarque porte assez loin la question du soin psychique. On comprend bien que, dans cet esprit, la projection et l'interprétation sont quelque peu décentrées, occupent une place différente de celle qui leur était habituellement réservée. Le point nodal est le partage d'affect ; il n'y a pas de thérapie qui ne passerait pas par ce « point de contact ». Evidemment, ce lieu de nouage suppose une grande sincérité, ce point ne peut pas être calculé, anticipé ; il peut surprendre, déstabiliser.

J'ai souligné dans le chapitre précédent à quel point l'attention, telle que définie par Bion, pouvait intéresser mon propos. La « réalité ultime », la « chose-en-soi » qui n'entre que

---

<sup>110</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*.

<sup>111</sup> *Ibid.*, p.108.



très rarement dans le domaine de la connaissance, qui ne peut qu'être approchée, ne peut sans doute l'être que dans les moments de rencontres authentiques. Parler de cette « divinité » ne peut se faire que dans un mouvement intersubjectif. On est très loin ici d'un paradigme thérapeutique purement interprétatif où le psychanalyste, par un travail élaboratif et théorique, proposerait une sorte de « déduction » au patient. L'interprétation n'appartient pas plus au psychologue que le transfert, elle naît et s'interprète dans la rencontre.

Ces moments de rencontre<sup>112</sup> sont cliniquement repérables par leur intensité et, concernant l'expérience traumatique, ils semblent à chaque fois marquer et un temps de cristallisation du trauma et un moment de relance, participer à des sortes de « synthèse-relance » dans le déploiement de l'expérience traumatique.

On comprendra vite en quoi cette conception du soin est particulièrement pertinente dans l'approche de la clinique du traumatisme.<sup>113</sup> Il ne suffit pas d'en souligner les avantages, encore faut-il, comme le font A.Ciccone et A.Ferrant, en dégager aussi les risques : celui d'un processus thérapeutique pouvant être perverti, celui d'une aliénation narcissique possible. L'extrême difficulté enfin, dans ce partage, à différencier la part de l'un et de l'autre.

Je reviendrai sur ces risques dans la suite de ma thèse, notamment lors de l'analyse historique (avec la position de S.Ferenczi et ses déviations par exemple) et de l'étude des limites du dispositif proposé (en double écoute).

Peut-être convient-il enfin de rappeler que ce partage est la condition sine qua non du commencement du processus thérapeutique et de sa relance, qu'il ne s'agit pas d'une « fusion » constante des affects du patient et du psychologue.

Le transfert est une expérience de partage d'affects. Comme le remarque A.Green<sup>114</sup>, les psychanalystes reconnaissent de plus en plus leur implication dans la thérapie, le matériel apporté par le patient ne leur est plus aussi extérieur, ils font évidemment « partie intégrante » du transfert, ils mettent en forme la communication du matériel du patient : « Et l'analyste ne peut éviter de faire autrement dans son effort de communication que de montrer ce qu'il

---

<sup>112</sup> Moments dont A.Ciccone et A.Ferrant soulignent la parenté avec les « moments de rencontre » et « moments présents » dont parle D.Stern, moments pouvant en quelque sorte remanier, réorganiser l'intersubjectivité.

<sup>113</sup> Ces auteurs soulignent la double filiation de ce paradigme thérapeutique avec les théories centrées sur l'intersubjectivité et les pratiques issues de l'approche psychanalytique des psychoses, des états limites et des enfants ; cette voie était ouverte assez tôt par S.Freud (1895) avec les notions de « personne bien au courant » et d'« autre semblable ». Les travaux d'A.Alvarez autour d'« Une présence bien vivante » vont aussi il me semble dans ce sens.

<sup>114</sup> Green (A.), « L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique ».

entend, à travers son expérience subjective, de l'effet produit sur lui par le discours de son patient sans pouvoir prétendre à l'objectivité absolue de son écoute. »<sup>115</sup>

J'ai déjà abordé la question de l'expérience traumatique dans sa valeur dynamique et communicationnelle, dans l'idée qu'elle portait le plus souvent un appel à se déployer. Il est évident que le paradigme du partage d'affects conçoit le processus thérapeutique comme un moyen de

*« (...) trouver un espace dans lequel la vie émotionnelle troublée, perturbée peut être reçue, contenue et transformée. [...] On peut dire que l'analyste –le soignant au sens large- héberge et pense les pensées, les expériences, que le patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut pas contenir et penser tout seul. »<sup>116</sup>*

On voit ici en quoi ces considérations rejoignent mon propos sur la nécessité de contenir l'expérience traumatique (et plus encore de la laisser se déployer, presque d'encourager son déploiement). On comprend bien aussi comment les expériences traumatiques peuvent tout particulièrement encourager dans le socius des positionnements plus ou moins idéologiques uniquement axés sur un des modèles du soin psychanalytique : en général celui du soin conçu comme décharge ou dévoilement, beaucoup plus rarement comme contenance.<sup>117</sup> Ces positionnements, dans leur désir d'évacuer très rapidement le traumatisme par la parole, cherchent à amputer le sujet d'une partie de son expérience, re-traumatise le sujet.

Je rappelai dès mon introduction la critique de S.Freud à l'égard d'O.Rank dont la volonté de « liquider le traumatisme » naissait de son époque, de la tentative d'ajuster le tempo analytique à la précipitation de la vie américaine. On peut s'interroger aujourd'hui, avec au moins autant d'acuité et de perplexité sur les thérapies brèves, comportementalistes, faites d'urgence et de protocoles qui fleurissent concernant la prise en considération du traumatisme. Ces thérapies se disent parfois d'inspiration psychanalytique mais il est difficile pourtant d'y reconnaître quoi que ce soit de ce qui fonde la méthode psychanalytique quant aux aspects transféro-contre-transférentiels et donc quant au partage d'affects.

---

<sup>115</sup> *Ibid.*, p.228.

<sup>116</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.109.

<sup>117</sup> A.Ciccone et A.Ferrant rappellent la description de ces trois modèles par D.Houzel, *Ibid.*, p.109.

Comme le signalent A.Ciccone et A.Ferrant, les différents modèles du soin peuvent s'articuler, s'emboîter. Mais ne faire porter l'accent que sur les aspects de décharge ou de dévoilement, qui plus est dans des conditions de protocole plus que d'expérience commune, ne me semble pas satisfaire aux exigences de la méthode psychanalytique.

Ces approches « thérapeutiques » ont je crois en commun l'insistance sur la notion de victime (à noter le développement des instituts de victimologie, cette dernière se souhaitant « science » à part entière, ce qui interroge quant à la position de victime dans l'inconscient de la métapsychologie freudienne), celle de protocole ou de standardisation (les étapes de la « symbolisation » sont fixées par avance et indépendantes de l'histoire de la personne) et celle d'urgence (les fameuses « cellules d'urgence » et le débriefing).

Elles appuient enfin leur « traitement » sur des « outils », des techniques d'apparence scientifique (à en juger par des appellations en général faites d'anglicisme et de mots savants quelquefois issus de la biologie ou des neurosciences).

Ces conceptions des expériences traumatiques font à mon sens la plupart du temps totalement l'impasse sur l'intersubjectivité, le transfert, les aspects dynamiques du traumatisme (puisqu'il doit être liquidé) et surtout sur la complexité du temps, des étapes de la subjectivation et de la symbolisation. Elles ne sont pas je crois compatibles avec l'épistémologie et la méthode psychanalytiques.

Prendre comme objet du travail du soin psychique la vie émotionnelle et affective, constamment chercher le contact avec ce qui la blesse et entrave est sans doute un projet plus ambitieux et difficile. A.Ciccone et A.Ferrant rappellent la place occupée chez S.Freud par cette question dès 1925 (avec l'affect d'angoisse dans *Inhibition, symptôme et angoisse*).

Avec le modèle du partage d'affect c'est aussi bien sûr celui de l'intersubjectivité qui est rappelé, qui fonde la méthode psychanalytique :

« Le partage d'expériences, d'émotions, d'affects, est à la fois l'une des figures ou l'une des scènes de l'intersubjectivité et l'une des conditions de sa constitution. [...] L'intersubjectivité est simultanément ce qui fait tenir ensemble et ce qui conflictualise les espaces psychiques des sujets en lien. »<sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> *Ibid.*, p.111.

L'intersubjectivité est d'autant plus incontournable que le dispositif que j'étudierai (en double écoute) la déploie plus encore, la présence de deux psychologues complexifiant encore plus la rencontre thérapeutique.

J'ai souligné peu avant l'intérêt de certaines approches philosophiques (notamment la phénoménologie) pour nourrir la réflexion méthodologique de cette recherche. A.Ciccone et A.Ferrant rappellent aussi que le modèle de l'intersubjectivité est présent en philosophie, notamment dans les approches de l'herméneutique et de la phénoménologie existentielle où la compréhension basée sur un certain partage dépasse l'explication par des principes de causalité simple.<sup>119</sup>

J'ai précédemment montré un certain rapprochement entre les problématiques limites et les expériences traumatiques. Dans les deux cas le sujet a tendance à se retirer de son expérience sans en avoir réellement conscience. A. Green a bien étudié cette négativation de la perception des processus de pensée et comment le psychanalyste pouvait engager un processus de transformation de ce négatif en pensées latentes. Il insiste sur une écoute de l'analyste très attentive à tout « embryon » de fantasme, ce dernier valant moins par son contenu que comme un début de processus d'appropriation subjective potentiellement adressé à l'autre :

*« La fonction de l'analyste serait d'éviter le renforcement du transfert de défenses, d'attendre que le transfert donne des indices suffisants de sa proximité, d'accepter une plus grande ouverture à des modes de pensée inhabituels. Ici l'empathie serait largement convoquée. »<sup>120</sup>*

On retrouve ici une certaine position « paradoxale » du soignant que j'ai déjà abordée : dans le contexte des expériences traumatiques les modalités d'écoute et d'intervention du thérapeute peuvent renseigner sur la nature et les effets du traumatisme.

Un usage un peu dogmatique, parfois idéologique de la méthode psychanalytique impose dans la thérapie (et dans la théorie) de faire l'impasse sur ce que G.Rosolato appelle la

---

<sup>119</sup> Ils font référence à un courant psychanalytique herméneutique intersubjectiviste américain (Benjamin, 1988 ; Mitchell, 1993, 1997 ; Ogden, 1994, 2005...) : « Ils montrent, par exemple, comment la répétition est toujours co-déterminée à la fois par des principes immuables du patient qui conditionnent le transfert, et par l'attitude du soignant, de l'analyste, qui conduit à une re-traumatisation répétée du patient. » Ibid., p.111.

<sup>120</sup> Fine (A.), Conférence Vulpian, mai 2002 : « Fixation au trauma ; résurgence, élaboration. » Conférences en ligne de la S.P.P.

« communication analogique »<sup>121</sup> (la communication non verbale –les mimiques, les intonations, la prosodie, les émotions- qui viennent accompagner la parole digitale et parfois entrer en contradiction avec elle).

G.Rosolato précise que cet usage peut cependant recueillir les informations, les manifestations, faire l'observation en quelque sorte. Pourtant, afin de ne pas « forcer » le matériel clinique et l'interprétation, traquer le signifiant, faire régresser le patient au lieu d'utiliser le langage, ce « courant » dogmatique n'utilise pas ces éléments recueillis dans l'interprétation.

J'ai montré en quoi ces éléments pouvaient être non seulement les traces de l'expérience traumatique mais aussi la façon de la rejouer dans le transfert et de l'organiser. Il paraît impossible, du point de vue méthodologique, clinique et théorique, de les négliger y compris dans l'interprétation (on retrouve là le lien entre attention et interprétation).

Ignorer ou négliger le poids de cette communication analogique, privilégier l'un ou l'autre des signifiants (analogiques ou digitaux) conduit forcément à des impasses thérapeutiques. G.Rosolato souligne avec pertinence et ironie l'intrication de ces deux champs et la nécessité de tenir compte de cette « autre » communication :

*« Pourtant le comportement, les émotions, l'aspect physique et le vêtement, le son et le ton de la voix sont également signifiants. Et, sans en faire le seul recours interprétatif, il y a intérêt à ne pas les exclure d'une réception verbalisable, d'autant que le désaccord entre les communications analogique et digitale, dans la séance, peut reproduire des attitudes subies autrefois et maintenant imposées à l'analyste. Bien entendu, la part sera faite au court-circuit, lorsque l'analogique sert de barrage à la verbalisation digitale, soit comme repli narcissique sur le plan intime, le for intérieur et son expression, soit comme preuve divinatoire et conviction de pouvoir communiquer sans parole avec l'analyste (y compris dans les tendances délirantes jusqu'à la « lecture dans les pensées », issues d'une croyance infantile), soit comme demande d'amour pour franchir cet obstacle. [...]*

*La première attitude, fort courante en France, est celle de la « docte ignorance », qui donne lieu aux courants analytiques que l'on peut décrire comme « psychanalyse au négatif », perçant aussi dans la psychanalyse logodynamique et dans la psychanalyse idéaloducte. L'ouverture aux potentiels du signifiant, à la vérité propre de l'analysant, devant s'élaborer par elle-même, en lui-même, entretient le risque soit d'une impuissance masochiste à penser de l'analyste, soit d'un optimiste rassurant (du type : pile je gagne, face tu perds) où l'analysant est considéré comme toujours progressant au mieux*

---

<sup>121</sup> Rosolato (G.), *Eléments de l'interprétation*.

*de ses ressources, même et surtout dans le marasme rédempteur, toute intervention n'étant que projection à son désavantage ; enfin cet extrême respect de la vérité naissante en l'autre et toujours à venir, ce « noli me tangere » accepté des deux côtés, peut aller de pair avec une position idéaloducte du psychanalyste qui a trouvé sa vérité intangible : de n'être qu'un miroir où se reflètent finalement ses propres théories, principalement celle de ne pas en avoir. Une telle attitude prend facilement une hauteur paranoïaque où devient dérisoire toute intervention verbale compréhensible, même l'écoute de l'analyste à son propre inconscient, aux réactions sensibles et aux pensées qu'il inspire, étant ainsi disqualifiée.*

*On a pu même observer un retournement paradoxal : certains analystes, par ailleurs défenseurs de la parole et du langage dans la cure, en étaient venus à s'en abstraire au point que les analysants se rabattaient, pour peu que les y portaient des tendances interprétatives et projectives, au demeurant suscitées, sur le sens qu'ils trouvaient, surtout génial, dans les moindres gestes de leur « thérapeute » ».<sup>122</sup>*

Cette communication et la façon d'en tenir compte est tout à fait « phénoménologique », comme le sont les travaux de G.Haag ou S.Resnik. Le « moment pathique » décrit par H.Maldiney est bien ce premier temps de la rencontre à un niveau infra-verbal avec une sensorialité complexe, parfois dominante (avec l'odorat, la vision ou la kinesthésie par exemple) qui marque l'impression que nous fait un patient. Les phénoménologues soutiennent que le contact avec le vivant précède celui avec l'humain (on retrouve là une des données de la psychopathologie).

La « rencontre » est aussi un concept issu des théories phénoménologiques, définissant les temps forts de la première communication, les premiers éléments de contact. Moment pathique et temps de la rencontre supposent l'« époché » (Husserl) clinique, la réduction phénoménologique, la suspension de la question du savoir et du jugement pour retrouver, un temps, la situation concrète avec sa complexité et son épaisseur sensorielles.

C'est bien la dimension implicative du psychologue, l'être-là (Da sein) qui est en jeu.

---

<sup>122</sup> *Ibid.*, p.45-46.

## 1-5-4 Le paradoxe du traitement de l'informe

J'ai pris soin de définir quelques particularités de la clinique du traumatisme recueillies dans les chapitres précédents. Il ne s'agit évidemment pas de me lancer dans une entreprise nosographique ou structurelle pour déterminer les profils des sujets ayant vécu des expériences traumatiques. Je souhaitais seulement souligner la récurrence, dans cette clinique, de pathologies de souffrance identitaire narcissique où, comme l'énonce fort bien R.Roussillon<sup>123</sup>, c'est bien la notion d'appropriation subjective de moments de soi qui est en question.

Ma recherche essaiera de montrer comment ces patients peuvent, dans le dispositif des entretiens en double écoute, déployer la forme détériorée ou non constituée de leur expérience traumatique pour « auto-symboliser » ces moments, « auto-affecter » leur expérience psychique.

Dans cette recherche j'avance l'idée que les expériences traumatiques engagent plus que d'autres encore la question des contenants et du caractère informe appelant à être contenu et même circonscrits. La relation d'inconnu telle qu'exposée par G.Rosolato, le « formlessness » décrit par D.Winnicott (état éprouvé de ce qui n'a pas de forme), l'informité que je décris, un des premiers éprouvés précédant et préconditionnant l'expérience elle-même, posent d'emblée un problème méthodologique d'ampleur.

Ce problème est celui de toute observation clinique mais il est ici amplifié par la particularité des ces patients : le traumatisme tend à distordre, déformer, rendre insaisissable et irréprésentable l'expérience. Quand on la trouve, elle est informe. L'expérience traumatique n'est pas plus saisissable directement que ne l'est la réalité psychique. L'informité à laquelle je m'intéresse ne pourrait-elle pas disparaître au fur et à mesure que ma recherche s'y intéressera, s'en saisira ?

S'intéresser à l'informe, tenter de le représenter dans une entreprise théorique, c'est déjà lui donner une forme, l'organiser dans une observation et une recherche verticalisées par

---

<sup>123</sup> Roussillon (R.), « Le transitionnel et l'indéterminé », p.61-80.

une problématique, des hypothèses, des référents théoriques. L'objet de ma recherche pourrait ainsi disparaître en même temps que je le penserai :

*« L'exigence, on ne peut plus légitime, de connaissance, appliquée à l'informe, met d'emblée le chercheur devant un paradoxe qui, pour avoir été repéré, n'en demeure pas moins embarrassant : penser l'informe, mais déjà projeter de l'observer et de le décrire, c'est inévitablement et a priori lui conférer une forme. L'objet de pensée ou d'expérience va donc aussitôt se volatiliser ! ».<sup>124</sup>*

Cette critique méthodologique de la déformation de l'objet de recherche, a fortiori lorsque celui-ci concerne l'informe, ne peut être réfutée entièrement. J'y apporterai cependant quelques nuances :

- C'est bien le rapport intersubjectif, autrement dit les aspects transféro-contre-transférentiels, qui m'ont permis de repérer l'informité se jouant au sein des séances. Les distorsions traumatiques ne sont donc pas en effet observables en elles-mêmes, hors de la relation intersubjective. Dans l'exemple de Madame Korschov, c'est je crois à partir de l'effet d'étrangeté et de récurrence des variations du signifiant formel « Une brèche s'ouvre » que j'arrive à repérer la forme béante de l'expérience traumatique de la patiente. L'informité se lit dans le rapport à sa propre expérience et dans le rapport à l'autre plus que dans le rapport à l'événementiel.

Autrement dit, ce n'est pas la forme fissurée, l'informité que j'observe mais la façon dont cette informité et cette déformation spatiale se déploient dans l'espace transférentiel. Contre-transfert et signifiant formel sont des révélateurs de ce déploiement, ils ne sont pas le déploiement en lui-même.

Il me paraît donc important de nuancer les résultats de ma recherche comme son objet en énonçant dès maintenant que je ne peux modestement m'intéresser qu'aux manifestations de l'informité telles qu'elles peuvent être révélées au sein de ce dispositif particulier des entretiens en double écoute par l'intermédiaire d'un rapport intersubjectif lui-même observé, révélé par des signifiants particuliers (formels ou de démarcation par exemple), des processus essentiellement infra-verbaux (comme l'identification projective par exemple) et bien évidemment le contre-transfert.

---

<sup>124</sup> David (C.), « Profil de l'informe », p.46.



- Dans Jeu et réalité, D.Winnicott propose une sorte d'accordage à l'informe « dans un état qui ne se donne pas de but », comme un « repos », sans chercher à organiser le chaos ou former l'informe.

Cela supposerait par exemple que, bien que pensant les expériences traumatiques en termes d'effondrement de contenant, je ne théorise pas les patients comme appelant forcément à être contenus mais plutôt que j'éprouve leur état de non-contenance. Cela est d'ailleurs tout à fait concordant avec mon insistance sur les vécus contre-transférentiels pénibles.

Cela ouvre aussi sur un paradoxe du traitement psychanalytique, qui suppose une capacité du psychologue à contenir une expérience traumatique qui parfois s'éprouve comme ne pouvant ni ne désirant être contenue.

Il reste que l'informité à laquelle je m'intéresse est bien une forme non fixée, non délimitée de l'expérience traumatique. Il me semble maintenant pouvoir en élaborer une définition. Je reviendrai bien entendu de façon beaucoup plus approfondie dans la suite de ma recherche sur ce concept mais il me paraît tellement central qu'il me semble préférable d'en livrer maintenant le contenu :

***L'informité* telle que je la définis est une fragilité de configuration<sup>125</sup> de l'expérience traumatique. Les formes de cette expérience sont alors incertaines, proches de la décomposition et éphémères. Elles ne se réduisent à aucune figure, aucun objet, aucun affect précis mais sont repérables par les déformations produites, notamment les distorsions spatiales. L'informité est vécue dans le contre-transfert et renseigne sur la nature et la forme de l'expérience traumatique sans être toutefois jamais pleinement saisissable.**

**L'informité est donc immatérielle, faite de transformations, de distorsions, d'un mélange d'expériences sensorielles repérables ou pas dans le transfert. Mais transfert et informité ne se superposent pas, l'informité est parfois constituée de petites choses ou d'éléments massifs, elle apparaît en tout cas le plus souvent lorsque disparaissent les représentations visuelles scénarisées, la production de fantasmes, les mots mêmes**

---

<sup>125</sup> Cette fragilité est également décrite par Roland Lazarovici dans « Matière de l'informe », in *Penser/rêver, L'informe*, p.56-67.

quelquefois. Ces effets sont le plus souvent en lien avec la récurrence de vécus corporels, de perceptions et de sensations accompagnés d'un sentiment d'étrangeté. L'informité est faite d'éléments fragmentaires donnant pourtant très fréquemment une impression de grande ampleur.

L'informité n'est pas l'inconnu ni l'inconnaissable, elle n'arrête pas la pensée tout en restant inaccessible. Elle concerne moins l'excès et le défaut que les processus de transformations ou de distorsions. Elle est aussi la possibilité de relancer le processus d'élaboration de l'expérience traumatique. L'informité n'est pas le chaos mais une tentative de l'organiser, elle tient autant du trouble psychopathologique que de ses potentialités de résolution.

L'informité, enfin, n'épargne rien, touche tous les domaines, y compris la perception et le langage. Elle peut déformer la perception, l'espace comme les mots du patient. Elle trouble les lignes, efface les visages, mélange les syllabes et les mots.

## **1-5-5 Le risque du voyeurisme, l'illusion d'observer le traumatisme.**

Cela semble évident mais il faut pourtant rappeler qu'il serait assez naïf de penser que ce qui advient en thérapie est une reproduction à l'identique de l'expérience traumatique, pas plus que la régression psychotique ne revient ad integrum à une fixation

Lorsqu'oeuvrent, comme dans l'économie traumatique, la destructivité et la désorganisation, le travail thérapeutique se détruit et se déforme, déforme aussi en même

temps qu'il explore (le processus d'identification projective est particulièrement pertinent pour rendre compte de ce mouvement d'exploration/déformation). Peut-être devrais-je dire que j'observerai un processus d'exploration de l'expérience traumatique plutôt que l'expérience traumatique elle-même.

Certains éléments du dispositif prennent en considération cette prétention à observer le trauma (être deux pour contenir plus qu'enquêter, informer les patients qu'on ne leur demande pas de « raconter » leur agression par exemple) mais le risque, passionnel, est bien là :

*« L'illusion archaïque pourrait bien être soutenue par une passion voyeuriste qui satisfait un fantasme très puissant : celui d'assister à travers autrui aux origines de la vie psychique, auquel l'analyste, supposé moins régressé, n'a plus accès. Ce fantasme des origines –où l'analyste occupe toujours la place de la mère- n'est pas sans relations avec un autre de sens contraire : celui de traverser la frontière de la mort dans les deux sens après certains accidents très graves, ou certaines tentatives de suicide fort près de réussir. Au « grand jeu » avec l'au-delà, il faut accoler la spéculation de l'en deçà, l'archaïque remontant le temps vers l'immémorial. »<sup>126</sup>*

A.Green souligne d'ailleurs fort bien comment cette prétention d'avoir accès à l'archaïque, parfois insupportable chez certains psychologues ou psychanalystes (comme s'ils avaient accès à l'essentiel de la vie psychique) peut s'apparenter à une recherche de causalité. La pulsion épistémophilique s'épuise et se pervertit alors dans l'exploration des abysses psychiques, croyant entrer dans l'œuf. L'explication devient alors souvent univoque, simpliste, ramenant à une même étiologie, un même mal au mépris de la réaliste psychique, de sa diversité et de sa complexité.

Plutôt que d'entrer dans l'œuf, l'attention très poussée aux avatars du transfert me permettra sans doute une observation plus fine des processus traumatiques. Je n'aurai je l'espère jamais la prétention d'observer ce qu'il y a dans l'œuf, ni même la poule qui l'a précédé. En revanche, l'attention portée aux processus transféro-contre-transférentiels me permettra sans doute de mettre mes hypothèses à l'épreuve de la clinique.

Il est évident que cet écueil méthodologique fondamental, qui finalement s'organise autour d'un fantasme de scène primitive, est redoublé par la clinique à laquelle je m'intéresse. La séduction/fascination pour cette clinique risquerait d'engendrer une recherche

---

<sup>126</sup> Green (A.), *La folie privée*, p.263-264.

monstrueuse : croire assister à sa propre création en supposant observer les avatars traumatiques, monstrueux de cette dernière. Traumatisme, traumatisme sexuel et traumatique du sexuel serviraient alors de support pour alimenter le fantasme pervers du chercheur d'auto-engendrement, voire d'auto-désengendrement. En créant l'illusion d'observer le traumatisme dans l'œuf, le chercheur croirait assister aux mystères de la création, peut-être de la sienne.

Seuls la primauté de la clinique, l'aide d'autres chercheurs et théoriciens et le respect scrupuleux d'une méthodologie insistant sur la modestie des éléments recueillis garantiront l'honnêteté de cette recherche.

L'illusion d'observer le traumatisme et la jouissance même à chercher à le découvrir rencontreraient un autre écueil méthodologique. Croire observer le traumatisme, c'est sans doute croire en une causalité simpliste.

J'ai déjà longuement insisté sur la nécessité de se référer à l'irréductibilité de la réalité psychique, croire observer le traumatisme prétendrait l'isoler du reste de la vie psychique, en trouver la cause (ou l'événement initiateur, ce qui revient au même). Mon insistance sur le déploiement de l'expérience traumatique, les aspects processuels et la modélisation même que je proposerai iront à l'encontre de cette idée.

J'ai précédemment avancé l'hypothèse qu'« un trauma seul, ça n'existe pas ». Le modèle dynamique et topique que j'essaierai de construire montrera à quel point **le traumatisme ne peut se comprendre qu'au sein d'un réseau hypercomplexe et finalement insaisissable de zones plus ou moins activées simultanément, appartenant à différents temps, différents lieux psychiques. La valeur processuelle et dynamique de ce réseau sera d'ailleurs prépondérante, dépassant très largement les aspects structuraux et a fortiori de causalité.**

Les traumatismes dont je parlerai sont par essence insaisissables, ce qui ne signifie nullement qu'ils ne peuvent être approchés scientifiquement. La question de l'étiologie peut être approchée sans se limiter à l'événementiel ou à une théorisation du « défaut » psychique.

La méthode comme la pratique psychanalytique ne peut être positiviste :

*« Les pratiques psychologiques, psychanalytiques, en tant qu'elles utilisent l'observation, la perception, et en tant qu'elles concernent un objet (le psychisme, la subjectivité), ne peuvent qu'adhérer aux épistémologies constructivistes (...). Le constructivisme (...) postule que le réel n'existe pas en soi, indépendamment du sujet qui déclare le percevoir et l'observer ; il n'y a pas réalité*

*du réel mais représentation de l'expérience du réel ; la connaissance n'est pas la découverte des évidences mais l'actualisation des possibles. L'objectivité n'est qu'une intersubjectivité généralisée, selon la conception d'Husserl. »<sup>127</sup>*

Il est en effet bon de rappeler que la réalité, qui plus est psychique, n'est pas observable : « (...) c'est une réalité qui se dérobe en permanence et qui attracte de manière radicale les projections et la subjectivité du sujet supposé détenir un savoir la concernant. »<sup>128</sup>

A.Ciccone rappelle d'ailleurs la présentation fréquente du contre-transfert (par ailleurs tout à fait respectable) comme alibi, preuve « scientifique » de la connaissance de l'inconscient de l'autre, ne tenant pas compte des spéculations projectives. On sait aussi aujourd'hui, notamment grâce aux apports de la physique quantique que ce n'est pas le phénomène lui-même qui est observé mais ce phénomène modifié par l'observation (des remarques identiques sont faites en biologie où l'on vient de comprendre par exemple que le chromosome X n'est fragile que lorsqu'il est observé...).

Je rappellerai souvent cet « emboîtement » d'observations, très important dans la pratique des entretiens en double écoute. Lorsque j'étudierai les limites de ce dispositif, je montrerai ainsi comment l'un des risques reste, pour chaque psychologue, d'observer l'autre (ou l'autre en train de l'observer) plutôt que le patient :

*« (...) on n'observe jamais la réalité psychique, mais toujours la réalité psychique perturbée par le fait qu'on l'observe (et perturbée par le fait qu'on s'identifie à celui qu'on observe, et qu'on est soi-même perturbé par le fait que celui qu'on observe nous observe aussi en train de l'observer, etc.). »<sup>129</sup>*

Il faut évidemment ajouter à cet emboîtement celui de la rédaction de cette thèse.

---

<sup>127</sup> Ciccone (A.), « Violence du soin psychique », Intervention au colloque Santé Mentale et Communautés, p.5-6.

<sup>128</sup> *Ibid.*, p.6.

<sup>129</sup> *Ibid.*

## **1-5-6 La nécessaire construction d'un modèle ?**

Toute confrontation à la clinique engage un rapport particulier en fonction des problématiques accueillies. Théoriser, modéliser le traumatisme sexuel n'est évidemment pas une confrontation des plus neutres. Il peut y avoir chez le chercheur une sorte de contamination de son sujet d'étude.

Les questions des fantasmes originaires, de la pulsion épistémophilique et de l'inceste notamment sont particulièrement engagées, mises en abîme. Le rattachement du chercheur à son savoir, ses théories, est questionné doublement ; d'abord parce que toute recherche met en œuvre ces questions, ensuite parce que son sujet de recherche –le traumatisme sexuel- met lui-même en mouvement ces questions.

Il convient donc de questionner la recherche en cours, de sans cesse observer le risque d'une recherche incestueuse, se nourrissant d'elle-même, élaborant ses propres théories sexuelles infantiles indépendamment de la clinique sur laquelle elle doit se fonder.

C'est bien dans une triangulation (oedipienne) entre mes patients, la théorie et moi-même que devrait s'élaborer cette thèse. Tout clivage entre l'un et l'autre serait méthodologiquement reprochable. La rencontre des trois ne doit pas être verrouillée par la pensée d'une scène sexuelle insupportable (J.-L. Donnet et A.Green supposent aussi ce risque de l'investigateur dans leur étude de Z dans L'enfant de ça). Rien ne doit être détruit : la modélisation ne doit pas absenter les patients, les patients ne doivent pas trop séduire le chercheur et avoir raison de la théorie, le chercheur doit penser en même temps ces éléments de la scène (et sans s'en absenter non plus).

Dans leur célèbre exposé du cas Z, A.Green et J.-L. Donnet interrogent le sens de la publication de cette clinique et de la méthodologie employée pour son recueil (les enregistrements notamment). Cette rencontre entre Z, signifiant de l'inceste, et les psychanalystes, porteurs eux d'une théorie de l'inceste, interroge et le clinicien et le chercheur.

La résistance de la clinique à la théorie, son exploitation à des fins conceptuelles, la façon dont la théorie peut s'en nourrir sans la tronquer ni l'épuiser sont autant de questions méthodologiques très complexes. Il ne suffit pas de dire que la clinique a toujours raison, qu'elle ne doit pas seulement servir à illustrer une conceptualisation, la vérifier. Tout cela est vrai mais insuffisant pour comprendre la tentative de théorisation de la clinique (et donc ses écueils possibles, en tout cas ses limites).

L'ambition universitaire de la rédaction d'une thèse n'est-elle qu'une tentative très scientifique de faire partager à d'autres cliniciens, d'autres chercheurs, des rencontres avec des patients dont je crois pouvoir communiquer quelque chose ? Est-elle encore, comme je l'avais dès mon introduction, une tentative de me soigner de ces rencontres ? N'est-elle pas encore, et ce ne serait pas là le moindre de ses biais, moyen d'user de représailles contre ces patients si pénibles ? Dans ma tentative de conceptualiser les souffrances rencontrées, de les modéliser, n'y aurait-il pas une rétorsion ? Punir enfin ces patients des longues heures passées à les écouter, épuiser « leur » clinique comme ils m'ont épuisé, assouvir l'entreprise perverse de tout savoir d'eux comme ils ont essayé de « squatter » mon espace mental, les tuer une bonne fois pour toute finalement : « Notre maîtrise enferme alors Z dans une logique inexorable qui rend sa maladie nécessaire, en rend compte de part en part ; c'est comme s'il s'agissait d'avoir le dernier mot, d'« achever » Z, si même il n'est pas déjà question d'en piétiner le cadavre. Voici *la théorie comme représaille*. »<sup>130</sup>

Je me suis en effet beaucoup interrogé sur l'importance des notes prises dans l'après-coup des séances, mon avidité à partager cette clinique en supervision, la rédaction même de cette thèse qui comprend de longs exposés cliniques dès son introduction, ma difficulté à ne pas tout dire de cette clinique, à renoncer.

Contre cette possible entreprise de réification, plusieurs points sont à soulever :

- Les auteurs de *L'enfant de ça* remarquent qu'aux représailles peut succéder une entreprise de réparation par la théorie, naissant de la culpabilité éprouvée à l'exposé du cas et de ses impasses. La théorie peut aussi relancer, dynamiser le sens et la subjectivité si elle n'est pas utilisée à des fins trop défensives. Elle origine un nouveau

---

<sup>130</sup> Green (A.) et Donnet (J.-L.), *L'enfant de ça*, p.201.

questionnement, initie une nouvelle rencontre, questionne à nouveau l'énigme humaine. A sa façon une bonne théorisation peut être très « clinique ».

- On peut aussi théoriser la théorisation, interpréter l'interprétation sans faire de cela un emboîtement sans fin, une théorisation incestueuse, un questionnement purement philosophique ou exponentiel, une pensée à vide ne s'alimentant que d'elle-même.
- En livrant mes étapes de recherche, mes hypothèses en même temps que ma clinique, j'essaie d'accompagner le lecteur. Je le laisse également m'accompagner, repérer les failles, les impasses, les faiblesses de ma construction. Je l'attends questionnant mes tentatives de compréhension. Cela suppose donc que cet écrit ne masque pas ses failles, les résistances de la clinique, qu'il ne soit pas trop lisse, aseptisé. J'ai ainsi conscience (en partie tout au moins) de l'insuffisance du modèle topique que je proposerai pour la compréhension du traumatisme. Cette modélisation peut paraître prétentieuse mais n'a d'autre intérêt que de figurer par un modèle l'avancée de ma réflexion. Il m'a fallu dessiner à un moment.

Je ne pense pas qu'il faille chercher dans cette tentative de modélisation topique de l'expérience traumatique une défense, un écho à la béance ouverte par le traumatisme dans la clinique comme dans la recherche. La tentative de figuration dont il est question dans cette thèse est d'un autre ordre : elle n'a pas pour souci de maintenir la vie psychique supportable, de lutter pour la survie comme le font les patients dont je parle. Je l'espère d'un autre ordre, plus symboligène.

- Les exemples cliniques apportés, souvent relatés assez longuement et le plus complètement possible, sont certes liés à la tentative de théorisation en cours. Pour autant, et si j'ai tenu à les exposer assez complètement, c'est aussi pour qu'ils ne soient pas seulement illustratifs, qu'ils aient une valeur en eux-mêmes, que le lecteur puisse y lire autre chose que ce que j'ai bien voulu mettre en évidence.
- Ils visent aussi à ne pas trop ordonner les entretiens et les malaises qui en ressortent parfois. En secondarisant trop, en liant trop des représentations, je pourrais ainsi ne pas assez rendre compte de ce que je qualifie parfois du « chaos de l'entretien ». Pas



plus qu'un débriefing ne peut liquider l'affect lié au traumatisme, un écrit (fût-il universitaire) ne doit trop tenter de l'aseptiser. En faire part avec mesure et recul ne signifie nullement le trahir ou le dénaturer.

- Pour être scientifique une théorie doit pouvoir fournir avec son propos les conditions de sa réfutabilité (argument de Popper), elle est d'autant plus pertinente que sa réfutation ne se produit pas malgré les moyens mis à disposition, aucun énoncé scientifique ne pouvant cependant être totalement vrai.

Produire les conditions de réfutabilité de ce qu'on avance, c'est aussi bien entendu confronter sa recherche à d'autres théories, d'autres épistémologies qui auraient pu s'y appliquer, faire intervenir des sciences ou théories rivales pour les discuter. J'essaierai de mettre en œuvre ce dialogue.

On a beaucoup reproché à la psychanalyse de ne pas être assez « réfutable », il faut pourtant admettre son caractère de *représentation* du monde qui, contenant une part de vérité, ne l'épuise cependant pas.<sup>131</sup> Toujours pour la question du traumatisme, certaines données d'observation ont toutefois pu être contestées, comme la présence d'un traumatisme sexuel infantile sous la forme d'un fait réel accidentel dont le sujet aurait souvenir.<sup>132</sup>

Pour cela, ma méthodologie impose de tout questionner, même les évidences. Il est maintenant admis que les axiomes eux-mêmes, permettant depuis Euclide de démontrer des théorèmes géométriques en utilisant seulement la logique de l'esprit et des axiomes de base, ne sont pas aussi « évidents ».

Aucune construction intellectuelle ne doit se satisfaire d'elle-même, en tout cas lorsqu'elle se veut scientifique. La logique implacable de la déduction, le côté « inévitablement vrai » ne pourront servir de méthodologie dans ma recherche. C'est encore une fois à cette fin que de nombreuses vignettes cliniques viendront étayer et parfois surprendre ou contredire mon propos.

La psychologie clinique ne peut pas être axiomatisée. On sait qu'au début du précédent siècle le mathématicien David Hilbert a proposé un programme de

---

<sup>131</sup> D. Widlöcher rappelle cela dans son article « Histoire de cas ».

<sup>132</sup> On pourra se référer au livre de M. Edelson, *Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis* (1984) pour l'étude plus précise des critiques de Popper et Grünbaum. Cit. in Widlöcher (D.), « Histoire de cas », p.290.

recherche pour formaliser les mathématiques, utiliser des termes non ambigus et ne faisant jamais appel à l'intuition. Un de ses buts était d'obtenir des théories formelles en mathématiques, soit un ensemble de règles pour écrire les formules, un ensemble d'axiomes (formules de base représentant ce qu'on juge vrai) écrits dans le système formel et un ensemble de règles de transformation permettant de passer d'une formule à une autre (et donc de déduire un nouveau théorème).

Ces règles devaient donc être suffisamment précises et univoques pour être applicables mécaniquement par une machine, un ordinateur pouvant par exemple lister toutes les déductions possibles à partir des axiomes, tous les théorèmes de la théorie formelle. Des théories formelles ont donc été développées à partir du 19<sup>ème</sup> siècle dans de nombreuses branches des mathématiques, avant même le programme de Hilbert. Mais c'est bien D.Hilbert qui voulut en faire un programme scientifique, concevant un monde implacablement mécanique.

Il a fallu attendre la réponse de Kurt Gödel, mathématicien austro-hongrois, publiée en allemand en 1931 avec un article intitulé « Über formal unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und verwandter Systeme » (Sur les propositions formellement indécidables des Principia Mathematica et des systèmes apparentés) pour démontrer qu'il était impossible de prouver la consistance (le fait qu'on ne puisse pas démontrer une chose et son contraire) d'un certain nombre de théories formelles (dont l'arithmétique) en utilisant ces théories, contrairement à ce que croyait Hilbert. Ce premier résultat, alors surprenant, a été suivi d'un second énonçant que la plupart des théories formelles, si elles sont consistantes, sont incomplètes (l'incomplétude signifiant qu'il existe des résultats effectivement vrais qui ne peuvent pas être prouvés dans cette théorie).<sup>133</sup>

On pourrait résumer ainsi (trop simplement sans doute) le théorème d'incomplétude : « Dans toute branche des mathématiques suffisamment complexe (par exemple l'arithmétique), il existe une infinité de faits vrais qu'il est impossible de prouver en utilisant la branche des mathématiques en question. Dans certains cas il se peut qu'on puisse démontrer une chose et son contraire (inconsistance) ; il existe aussi des vérités mathématiques qu'il est impossible de démontrer (incomplétude). »

---

<sup>133</sup> Je suis bien conscient de satisfaire ainsi à la « gödelite » décrite par J.Y.Girard, c'est-à-dire la propension des chercheurs à mentionner ce théorème dans leur thèse pour se donner « bonne conscience ». J'espère cependant montrer en quoi cela semble important d'un point de vue méthodologique.

Je ne reviendrai pas sur les fondements mathématiques de cette démonstration qui, très simplement, peut consister à décrire le paradoxe du menteur (Tous les crétois sont des menteurs, c'est un crétois qui le dit...). Gödel a en tout cas réussi à construire une formule de l'arithmétique affirmant d'elle-même qu'elle est indémontrable. Le système formel utilisé par Gödel, voisin de celui des Principia Mathematica de Whitehead et Russel, est bien entendu complexe mais la preuve d'incomplétude qu'il apporte est importante : Gödel a réussi à élaborer une formule arithmétique vraie et qui ne peut pas être démontrée en utilisant un système formel consistant. Il répond au problème de Hilbert en soulignant qu'il est impossible de démontrer dans le système formel que l'arithmétique est consistante.

La démonstration de Gödel est particulièrement intéressante d'un point de vue méthodologique, évidemment également hors du champ des mathématiques. Elle encourage à beaucoup de précaution et de modestie : il se peut que, dans certains cas, on puisse démontrer une chose et son contraire (c'est l'inconsistance) ; il existe aussi des vérités qu'il est impossible de démontrer (c'est l'incomplétude).

Ces deux théorèmes sur l'inconsistance et l'incomplétude ont eu d'importantes répercussions sur la pensée philosophique et la science moderne : une chose prouvable n'est pas forcément vraie et une chose vraie n'est pas toujours prouvable, la vérité ne peut pas être exprimée en termes de démonstration, elle n'est pas la somme des choses démontrables. De même, la réalité reste toujours plus importante que l'ensemble des connaissances possibles.

Ce modèle scientifique qui apporte nuance et modestie à toute méthodologie et qui doit tempérer toute entreprise d'objectivation totale est très pertinent pour toute épistémologie, toute science.

Sans renoncer, même modestement, à faire œuvre de science, ma recherche n'essaiera pas de démontrer mais tentera plutôt de faire usage d'une raison créative, parfois intuitive. Il faut savoir s'extraire de « son » système (et même probablement de son épistémologie de référence) pour y trouver des vérités ; l'inconscient lui-même n'est pas démontrable par la psychanalyse. A cette fin, il ne suffit pas d'ajouter des axiomes à un système mais plutôt de penser d'une autre façon, créer un modèle où l'ancienne vérité indémontrable le deviendra tout en fournissant dans le même temps les conditions de sa réfutabilité.

Il n'est pas étonnant que Gödel ait été ami d'Einstein, délaissant la théorie des ensembles pour étudier la relativité, qu'il ait démontré que le voyage vers le passé était possible dans le cadre des équations de la relativité générale d'Einstein. Comme beaucoup de grands penseurs, il a touché les limites de la folie, jusqu'à refuser de s'alimenter et mourir en 1978 par peur d'être empoisonné.

Il existe donc des choses dont je ne pourrai rien dire dans le cadre de la théorie. Il existe une réalité qui disparaît au moment où on s'en approche le plus. Je trouve intéressant que Gödel utilise une terminologie assez proche de celle utilisée par Bion pour qualifier O : la réalité ultime, la vérité absolue<sup>134</sup>. Il est aussi assez étonnant que cette réalité dont parle Gödel, la « chose-en-soi » selon Bion, soit jugée par ces deux théoriciens (l'un méta-mathématicien, l'autre psychanalyste) comme en partie inaccessible, ne pouvant entièrement entrer dans le domaine K (Bion).

Se souvenir que la « réalité psychique » est fondamentalement inaccessible, que la « matière première » (Freud) de la psyché n'est pas vraiment saisissable, encore moins démontrable, est une précaution méthodologique importante. **Il ne faut pas pour autant renoncer à ce que mon propos puisse être exportable, l'ambition de pouvoir élargir mes observations concernant la clinique du traumatisme sexuel aux expériences traumatiques en général est réelle.** Les théorèmes de Gödel ne donnent pas de réponses mais permettent d'écarter celles qui sont trop simples, leurs limitations sont seulement relatives et insistent surtout sur le fait que la cohérence d'un discours ne peut être établie par ce discours lui-même, une autre façon de rappeler l'interdit de l'inceste.

Gödel lui-même n'exclut pas la possibilité d'une démonstration métamathématique de la consistance de l'arithmétique, il souligne les dangers de l'auto-référence, d'une pensée se nourrissant d'elle-même.

Notre « type de démonstration » ne se passera pas de vérification par l'expérience clinique. Mieux vaudrait dire que seule la clinique est vraie mais qu'elle résiste à tout

---

<sup>134</sup> *Supra*, chapitre 1-5-2 de cette thèse, p.96-98.

type de démonstration. Un système formel (je dirais une épistémologie) se contredit en se prouvant lui-même.

Le théorème de Gödel, finalement, ne fait que démontrer que l'humain n'est pas formalisable et que les hommes ne sont pas des machines. Il garantit enfin la question de la complexité, de l'irréductibilité de tout phénomène à un quelconque axiome. J'ai rappelé cela dès mon introduction.

- De la même façon que ma modélisation ne se nourrira pas d'elle-même mais gardera la clinique dans sa construction, j'espère qu'elle aura une valeur heuristique, potentiellement exportable. Je rappelle l'ambition de cette thèse : à partir de l'étude de la forme traumatique et de ses distorsions dans les traumatismes sexuels, dégager un modèle de topique dynamique et un dispositif dont l'intérêt serait étendu aux expériences traumatiques en général.

Le « dessin » de cette topique a été complexe dans son élaboration. Pour le réaliser, j'ai dû chercher dans d'autres sciences, d'autres lieux. Le monde marin, celui des mathématiques, de la cybernétique et de la physique ont été explorés. Aucune rupture épistémologique dans cette réalisation je crois, dont le vertex est toujours resté la préoccupation de rendre compte le mieux possible de la clinique.

D.Stern essaie de penser l'interface qui superpose en certains points le nourrisson de l'observation et celui de la clinique, le passage des événements observables aux expériences subjectives, intrapsychiques. Cette interface est pour lui la condition sine qua non de la compréhension de la genèse de la psychopathologie.<sup>135</sup> Elle suppose de saisir au plus prêt la façon dont les événements concrets, observables deviennent des expériences subjectives, intrapsychiques.

Mes tentatives de compréhension et de modélisation essaieront de s'intéresser le mieux possible à ce passage, à cette transformation. C'est bien à la forme des expériences traumatiques des patients, à la forme qu'elles prennent dans le transfert également (leur « forme communicationnelle ») que je m'intéresserai.

---

<sup>135</sup> Stern (D.), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, p.32.

Selon l'une de mes hypothèses, cette forme est l'interface nécessaire à l'élaboration de l'expérience traumatique. Je prends un exemple : il faut bien, pour que le traumatisme se représente quelque peu (et perde ainsi de sa valeur traumatique), qu'un passage puisse se faire pour Madame Korschov entre « Mon oncle m'a violée, je devais m'accrocher aux murs pour ne pas le rejoindre » (l'observation de son expérience en quelque sorte) et « J'ai fait l'expérience de mon oncle comme d'un homme qui m'attirait malgré tout ». Evidemment, la secondarisation de ces idées en fait perdre l'essentiel, mais il me semble que la description clinique de ce cas a permis de montrer que ce passage de l'expérience observée à l'expérience intrapsychique, subjectivée s'est fait par l'interface de la forme de l'expérience traumatique.

C'est en cela que j'attends un modèle topique « dynamique » rendant compte de ce temps de passage, de la valeur communicationnelle de l'interface de la forme. Un modèle critiquable évidemment et qui offre les conditions de sa propre critique.

## **1-5-7 La séduction, encore.**

J'ai déjà plusieurs fois abordé la question de la séduction, je le ferai plus encore dans l'étude du dispositif en double écoute.

En ouvrant cette thèse par le cas de Madame Korschov, je me suis interrogé sur trois points : pourquoi l'exposé d'un cas clinique aussi précocement dans l'écrit, pourquoi aussi longuement et pourquoi Madame Korschov ? Je pense avoir répondu dans les pages précédentes aux deux premières questions. Reste la troisième. La réponse réside sans doute en partie dans le lien pouvant exister entre traumatisme et séduction.

Si le cas clinique de Madame Korschov a séduit le chercheur et le clinicien que je suis, Madame Korschov (et non son « cas ») a aussi été très traumatique pour moi. Madame

Korschov est traumatisme et, comme tout traumatisme, elle a débordé mes capacités de représentation. Il n'y a qu'à juger de l'impact contre-transférentiel de l'avant dernière séance (et de ce que même son écriture des années plus tard n'a pas réussi à « liquider ») pour le vérifier.

Et je crois que l'écriture se doit de rendre compte de ce traumatisme comme de ses tentatives d'élaboration tout en ne trahissant pas cette patiente. Il ne faudrait pas, bien sûr, que ma pensée ou mes affects l'emportent, que « ma » clinique prédomine. Il faut simplement qu'ils ne s'en absentent pas, tout au moins raisonnablement.

Certes, mon désir de communiquer ce traumatisme au lecteur (et non pas de le traumatiser, c'est bien là le travail de l'écriture et de la théorisation) signe aussi l'inachèvement de mon élaboration, la nécessité de le montrer au lecteur et même de lui demander de l'aide. Je ne peux pas évoquer une psychanalyse transitionnelle, insister sur les particularités de cette clinique et n'en rendre compte qu'intellectuellement. Il faut bien qu'il y en ait une trace, à sa juste place et aussi honnête que possible, adressée au lecteur.

Cette juste place est difficile à trouver et ce sont bien je crois ma problématique et mes hypothèses qui vont faciliter la mise en tension de la clinique avec l'entreprise de modélisation.

Je reviens un instant sur les très pertinents auteurs de *L'enfant de ça* à propos de Z :

*« Le moment de l'écriture fonctionnait pour moi comme révélation : il me révélait que prétendre exposer Z en s'absentant de cette présentation était contradictoire en soi : comment présenter Z sans élucider, au moins partiellement, pour le lecteur, comment et pourquoi Z, en s'exposant à nous, nous avait « traumatiquement séduits » ? S'abstraire de la présentation, c'était se débarrasser de Z en l'expédiant « de l'autre côté », celui du lecteur. Faudrait-il alors s'exposer soi-même à la place de Z ? Ou seulement tenter de dire en quoi Z fonctionne comme séduction traumatique pour un psychanalyste, à la limite pour la psychanalyse ? »<sup>136</sup>*

---

<sup>136</sup> Donnet (J.-L.) et Green (A.), *L'enfant de ça.*, p.205.

La séduction se vit aussi dans la façon dont ces patients peuvent nourrir le propos psychanalytique. Parce qu'ils amènent durant les entretiens un questionnement autour de la sexualité et du traumatisme, ces patients convoquent très vite le savoir psychanalytique. Plus encore, comme leur expérience est d'une telle densité, que les manifestations en sont parfois si désastreuses, le discours psychanalytique pourrait être tenté de dire « Vous voyez, nous avons bien raison, tout revient à un traumatisme et à la sexualité ! ». Plus rien de la clinique (dans l'esprit du chercheur) ne résisterait alors à son explication, le cas viendrait vérifier un savoir déjà constitué.

La théorie, finalement, n'est que de peu d'utilité dans la rencontre clinique ; l'écart est toujours suffisant pour que l'autre échappe :

*« L'inconscient de la clinique échappe toujours, impensé, irréprésenté, insymbolisé. On ne rencontre en pratique la question de l'inconscient que comme un point énigmatique.*

*Les opérations qui construisent une théorie ne sont pas les mêmes, son mode de construction n'est pas du même ordre que le mode de rencontre avec l'autre. »<sup>137</sup>*

L'épistémologie est en effet différente : à la distanciation objectivante de la théorie s'oppose l'implication subjectivante de la pratique. Là où la théorie essaie de conceptualiser ce qui échappe de l'inconscient, la pratique implique le psychologue plus encore sur la scène transférentielle pour essayer de l'approcher.

Je reviendrai sur cette approche de l'humain qui suppose la mise en suspens de la théorie, voire de la mémoire, du désir (Lacan, Bion).

J'ai souvent remarqué à quel point ces problématiques saturent d'emblée la pensée du psychologue, parfois en l'empêchant réellement de penser, parfois aussi en lui apportant de telles manifestations que le clinicien croit les comprendre d'emblée : « Le champ de l'écoute est menacé d'invasion par un savoir théorique *entrant en collusion avec une réalité « suffisante »*. »<sup>138</sup>

J'observe aussi fréquemment l'écart existant entre les difficultés du psychologue au prise avec la souffrance du patient traumatisé pendant les entretiens et son aisance, parfois même son arrogance après la séance. Cette suffisance se rencontre quelquefois dans les

---

<sup>137</sup> Roussillon (R.), cours de D.E.A : « Pour une théorie de la pratique », Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2, 21-01-2002.

<sup>138</sup> *Ibid.*, p.206.



interprétations abusives, très séduisantes qu'il produit (de lui à lui mais aussi avec ses cothérapeutes, son superviseur, son lecteur). Tout se passe (quelquefois) comme si au traumatisme de la rencontre, à l'Hilflosigkeit éprouvée dans la rencontre pouvait succéder un discours savant, une interprétation venant obturer le déploiement de la pensée tout en satisfaisant en surface le narcissisme du clinicien et du chercheur croyant enrichir le savoir de sa discipline.

C'est dans cet écart que résident les tentatives encore inélaborées de réparation et/ou de rétorsion. J'aurai l'occasion de revenir sur cette question lorsque j'aborderai plus précisément celle du contre-transfert avec laquelle elle est fondamentalement liée.

De nombreux exemples cliniques viendraient étayer ces considérations. J'ai montré dans une vignette précédente comment vouloir diagnostiquer un patient (Astrid schizophrène) pouvait faire l'économie de le penser. La séduction du patient, du cas clinique comme de la pensée psychanalytique, a souvent à voir avec l'urgence. C'est dans une économie de sauvegarde du psychisme du psychologue malmené par son patient traumatisé que la séduction se loge le plus facilement. Elle trouve là une place de choix, venant combler son désarroi et le renverser en son contraire, potentiellement exhibé. A la honte du psychologue se sentant livré en pâture à son patient et n'y pouvant pas répondre dans l'immédiat répondrait son interprétation théorisante, cherchant à séduire. L'écriture de cette thèse doit tenir compte de cet écueil. Il faudra prendre garde à ne pas confondre par exemple l'expérience traumatique du patient avec la théorie du traumatisme.

J'ai parlé dans le chapitre précédent des risques de réification du sujet de recherche. Les velléités de théorisation du chercheur pourraient tenter d'objectiver les patients pour les faire entrer dans la modélisation proposée. La relation du sujet (le patient et son expérience traumatique) avec mon objet de recherche (la forme de l'expérience traumatique) est d'une rare complexité. Si l'un s'absente, l'autre en meurt. Plus précisément, si le sujet se laisse dévorer par la théorie, la relation du chercheur et du clinicien à cette théorie devient incestueuse et même mortifère. Si le sujet ne laisse aucune place à la théorie, elle manque. C'est entre traumatisme et séduction que se joue la recherche. Il ne lui reste qu'à élaborer ses propres limites :

« On voit comment Z, par sa situation et sa structure particulière, met crucialement en lumière la manière dont la théorie analytique aborde le problème du sujet et de l'objet, et, en un sens, tend à l'éviter. A un premier niveau, Z montre que le malaise et le trop d'aise du fonctionnement théorique sont équivalents, puisque la théorie manque aussi bien dans le traumatisme que dans la séduction : absente, elle manque au psychanalyste ; présente, elle paraît ne manquer de rien, ce qui effondre son projet. Le fonctionnement de la théorie semble donc impliquer le manque. Mais la théorie fonctionne entre deux manques qui ne sont pas équivalents : le premier est celui par lequel elle accède à ses propres limites, et tente de les élaborer en un processus indéfini ; on pourrait dire que la théorie connaît par elle-même la problématique de la castration, elle s'assume partielle, mais affirme sa différence, son originalité ; le deuxième manque est celui par lequel la théorie paraît ne manquer de rien. Elle est pleine, a réponse à tout, prédit et édicte, même le manque. Ignorant la castration, elle se fait système ; manquant de manque, elle rejoint la psychose, se fait paranoïaque. »<sup>139</sup>

## **1-5-8 Cas traumatiques ou cas de traumatismes ?**

La clinique relatée dans cette thèse s'appuiera sur une dizaine de cas. Huit d'entre eux sont issus d'une pratique (en double écoute) exercée au sein du service de soins d'une association recevant des sujets ayant connu des traumatismes sexuels, les deux autres appartenant à une pratique exercée en cabinet libéral.

Je ne reviendrai pas sur le nombre de cas étudiés, il me semble que psychologie clinique et psychanalyse ont déjà démontré qu'une cohorte de sujets, qu'une expérimentation sur un panel, qu'une standardisation quelconque n'était pas nécessaire à la pertinence de leur propos. Il convient cependant de questionner cette « sélection » de cas parmi tous ceux qui auraient pu convenir. Ai-je choisi les cas les plus illustratifs (de la théorie, de mon propos), ceux qui m'ont le plus marqué (dans les effets contre-transférentiels), ceux dont je pourrais penser qu'ils sont les plus « séduisants » pour le lecteur, ceux dont la clinique résiste le moins

---

<sup>139</sup>Donnet (J.-L.) et Green (A.), *L'enfant de ça.*, p.217.

ou le plus à mes hypothèses... ? Ceux qui m'ont le plus traumatisé ou ceux qui vont permettre d'explorer l'expérience traumatique des patients dans son déploiement le plus complet ?

Il est bien sûr impossible de répondre avec certitude à de telles questions, à moins d'avoir l'illusion de la plus parfaite maîtrise sur son objet de recherche et sur soi-même.

Plusieurs arguments peuvent cependant être avancés pour justifier le choix de ces cas :

- Je ne crois pas avoir choisi les cas les plus illustratifs de mon propos mais plutôt ceux qui ont contribué à l'élaboration de ma problématique et de mes hypothèses. D'un point de vue méthodologique, il me semble ainsi que le premier mouvement de recherche s'est bien tourné vers la clinique, de celle-ci est née une énigme que mes hypothèses ont essayé de mettre en tension.

Le cas inaugural de Madame Korschov en est un exemple. Il illustre parfaitement la nature du choix effectué : c'est son impact contre-transférentiel et surtout l'énigme née de cet impact qui l'ont imposé dans cette recherche. La surprise et l'étrangeté, donc, comme premier critère, l'inconnu de la clinique avant la potentielle et illusoire maîtrise de la théorie.

- J'ai aussi choisi de conserver des cas cliniques assez « étoffés » correspondant à des suivis thérapeutiques assez longs. Ainsi, excepté le cas de Madame Korschov (le suivi le plus court, soit sept mois d'entretiens bihebdomadaires), tous les cas présentés ici engagent des thérapies de plusieurs années (de 2 à 11 ans). Il m'a semblé que ce choix méthodologique était quasi imposé par ma problématique et mes hypothèses qui interrogent le déploiement de l'expérience traumatique, déploiement certes dans l'espace des entretiens comme dans celui de la psyché du patient et des thérapeutes, mais aussi déploiement temporel, dans la dynamique du transfert.
- En accord avec la méthode psychanalytique et l'approche psychodynamique, je me suis tout particulièrement intéressé aux thérapies où était peut-être plus lisible le développement des aspects dynamiques de l'expérience traumatique. Il se peut donc que soit quelque peu moins illustrés, dans cette thèse, les aspects évidemment les plus répétitifs, mortifères et pathologiques du traumatisme. Je ne les sous-estime pas

puisque'ils définissent l'expérience traumatique elle-même, l'accent de ma recherche sera seulement mis sur ce qui, dans le traumatisme, tente de s'organiser, de se communiquer, de s'adresser.

Comme le remarque D.Widlöcher<sup>140</sup>, la publication de *L'homme aux loups* par S. Freud était une tentative encore plus ambitieuse que les précédentes de fonder une loi générale sur un cas singulier. Description minutieuse d'une cure, du développement d'une personnalité, cette volonté de relater aussi complètement que possible une biographie mais aussi une vie psychique voulait également rechercher des rapports de quasi causalité entre des symptômes et fantasmes d'un adulte et les événements réels de l'histoire de ce patient.

En clinique psychanalytique, il n'y a guère d'autre façon de relier l'expérience et la science. Bien qu'il existe évidemment d'autres moyens pour le psychanalyste de s'informer de la réalité psychique, y compris en allant chercher d'autres méthodologies ou épistémologies, l'écriture de cas est incontournable. Elle l'est d'autant plus ici que ma recherche vise à explorer non pas un concept ou l'histoire d'un mouvement d'idées mais **un processus psychique de déploiement de l'expérience**. L'étude de ce processus ne peut se faire sans l'appui d'une clinique conséquente et donc ne se dispersant pas trop.

Un cas ne prouve rien, il n'est pas non plus fait pour convaincre. Mon propos n'est pas d'administrer la preuve de mes hypothèses cliniques par la description la plus exhaustive possible de thérapies. D.Widlöcher rappelle que la description de cas, y compris uniques, est issue de la tradition médicale du 19<sup>ème</sup> siècle. Une part importante de la nosologie et de la sémiologie est assise sur ce type d'observations, Freud lui-même a été très influencé par ces présentations cliniques (celles de Meynert et Charcot par exemple). Psychologie pathologique et médecine se rejoignent en leurs débuts sur cette méthodologie.

Mais psychologie et psychanalyse ne se satisfont pas de décrire, elles garantissent la question du sens, cherchent à expliquer. Le cas n'est plus seulement alors un modèle, une « démonstration d'estrade », il devient le lieu d'exploration des variations du normal et du pathologique, de la mise en tension de ces valeurs en fonction du contexte.

---

<sup>140</sup> Widlöcher (D.), « Le cas au singulier ».

Parce que la psychologie (et avec elle la psychanalyse) ne disposait pas de l'arme de la médecine expérimentale et de l'anatomo-pathologie qui pouvaient permettre à la médecine de faire l'impasse sur une part de la clinique, de ne pas risquer de compromettre sa scientificité, la qualité de ses descriptions par des explications insuffisantes, elle a du prendre le risque de chercher du sens, des explications en tenant compte le plus possible du contexte.

La qualité et la valeur de la démonstration en psychologie clinique viennent en partie de ce que A.Grünbaum (1984) appelle le « tally argument » : la description clinique a une valeur explicative lorsqu'elle peut confirmer l'hypothèse par un effet thérapeutique. Remarquons que cette méthodologie s'est appliquée très tôt pour la médecine et la psychanalyse concernant la question du traumatisme : Charcot provoquant l'apparition d'un symptôme hystérique par la suggestion hypnotique puis sa disparition en forçant le sujet à se remémorer le traumatisme.

J'ajouterai que, même lorsqu'il n'y a pas d'effets thérapeutiques observés, le cas clinique peut faire œuvre de science, la clinique enseigne aussi dans ses résistances et échecs.

Mon ambition dans les exposés de ces cas cliniques est seulement de préciser et souligner le déploiement de la valeur dynamique du traumatisme, peut-être encore insuffisamment pris en compte. Il est aussi, bien entendu sur un versant plus pathologique, de souligner les atteintes traumatiques.

On trouvera bien dans cette thèse des étayages sur d'autres épistémologies ou sur des aspects plus théoriques mais ma méthodologie se rassemblera autour de ces cas cliniques qui tendront à isoler un processus fondamental de la vie psychique: le déploiement de l'infirmité traumatique, processus dont je soutiens l'hypothèse qu'il est commun à la vie psychique malgré la diversité clinique.

Il est paradoxal pour une science de ne pas chercher à éliminer la part d'incertitude, à neutraliser les variations, à chercher l'instrument de mesure idéal. Une des grandes avancées freudiennes et de la clinique psychanalytique est sans doute de reconnaître l'énigme de la psyché, voire d'y faire la part belle... La multiplication des mesures, leur répétition, leur application au plus grand nombre ne remplaceront jamais la complexité engagée dans l'approche de la clinique psychanalytique.

Je peux évidemment admettre que mes observations ne sont pas répétables dans de bonnes conditions de fidélité, c'est même là leur qualité première. L'entreprise de modélisation dont je ferai part n'aura pas pour objectif une généralisation globale de mes données d'observation. Mais ma clinique, fondée sur une dizaine de cas, a cependant des prétentions de vraie démarche scientifique. La particularité des éléments recueillis, leur singularité, leur caractère « incomparable » ne les rend pas moins importants ni moins exploitables ou explicables que des éléments de grande fréquence.

L'abord est tout à fait différent mais non moins scientifique :

*« L'étude de cas individuels favorise la découverte, alors que les méthodes extensives se préoccupent d'apporter des preuves. Elle se situe donc en amont dans les stratégies de recherche. Elle demeure irremplaçable dans les domaines où l'expérimentation a un champ d'application limité et où l'observation se heurte à la rareté des faits observés. »<sup>141</sup>*

L'étude de cas participe souvent à la construction de modèles, trouvant ainsi une place légitime au sein des sciences. Le cas singulier s'appuie sur le caractère unique du sujet observé et met aussi l'hypothèse à l'épreuve de cette unique observation.

Comment ne pas penser que dix années passées, comme dans le cas d'Astrid, à rencontrer une patiente toutes les semaines ne puissent pas satisfaire aux exigences d'une observation appuyée sur des éléments suffisamment précis et nombreux ? Dès le début de cette thèse j'ai souhaité dégager les particularités de la clinique recueillie, c'était aussi je crois dans un souci de scientificité : en soulignant la surprise et les paradoxes de cette clinique j'ai ainsi voulu inscrire cette recherche dans la place qu'elle peut laisser à l'inattendu, l'exceptionnel, voire l'inexplicable. C'est aussi une précaution méthodologique que de construire une recherche qui puisse laisser place à la découverte, qui ne maîtrise pas totalement son objet, qui laisse advenir.

La complexité de l'humain est souvent suffisante pour asseoir une modélisation. Cela est également vrai dans les disciplines médicales : la découverte de la vaccination antirabique par Pasteur s'est faite à partir d'un seul cas clinique, Broca a pu démontrer avec un seul cas le lien entre l'aphasie et l'aire frontale, l'action de la streptomycine sur la méningite tuberculeuse et la granulie pulmonaire n'a pas engagé une méthode extensive...<sup>142</sup>

---

<sup>141</sup> *Ibid.*, p.293.

<sup>142</sup> *Ibid.*, p.296. Ces exemples sont cités par D.Widlöcher

L'étude de cas satisfait enfin à une des exigences majeures que je signalai dès mon introduction : la garantie de la complexité de l'humain, la nécessité du lien entre tous les éléments pris en considération.

Les cas choisis, enfin, laisseront la place à un démenti, au moins partiel, de la théorie. C'est sans doute à la « résistance » de cette clinique qu'on jugera la pertinence de sa présentation. S'ils venaient à confirmer entièrement ou seulement illustrer les idées avancées dans cette thèse, cela laisserait penser que l'articulation entre la recherche et la clinique n'est pas bonne.

Ces cas sont l'occasion de créer un écart théorico-pratique, l'occasion aussi de suspendre la théorie dans l'écoute du patient. Ces cas seront des cas traumatiques s'ils empêchent cet écart, s'ils gênent la pensée et la créativité du chercheur comme de ses lecteurs, ils seront des cas de traumatismes s'ils viennent s'intégrer dans mon propos de façon cohérente mais pas toujours parfaitement illustrative. Une clinique sans énigme, une clinique épuisée par la théorie n'est plus une clinique.

## **1-5-9 résumé du chapitre**

A partir du cas inaugural de Madame Korschov, patiente victime d'agressions sexuelles, j'ai souhaité explorer dans ce premier chapitre les particularités de la clinique du traumatisme sexuel en insistant sur les aspects soulignant une dynamique et un déploiement potentiel.

J'ai d'abord dégagé ce qui fait de l'expérience traumatique une expérience à la limite de l'analysable et du supportable. Clinique de l'extrême, chaotique et tragique, elle se présente dans des modalités transférentielles hyper-condensant la question de la survie et de la sauvegarde de l'activité psychique, notamment celle de la figuration.

L'expérience traumatique se saisit donc ainsi dans ses effets contre-transférentiels. La confrontation aux éprouvés traumatiques des patients « chauffe à blanc » le transfert et interroge la capacité du dispositif à s'y adapter.

Cette clinique inscrit aussi le sujet dans une économie où règnent les paradoxes. Elle rend les éléments psychiques permutable, potentiellement interchangeable (ma proposition topique en rend d'ailleurs compte). Destructivité et logique paradoxale s'attaquent aux progrès même de la thérapie, les solutions adoptées par les patients sont aussi vitales que coûteuses.

Le patient traumatisé déploie les paradoxes en même temps que son expérience : « Guérissez-moi de cette souffrance insupportable qui me tuera si je m'en sépare », « Nous nous comprenons sans rien dire, cette fusion t'empêche de me saisir », « Représentez l'irreprésentable et vous m'anéantirez ! », « J'ai besoin que tu sois là pour te détruire et que tu ne le sois pas »...

C'est aussi dans la constante intrication de ses scènes traumatiques que se définit l'expérience. J'ai montré dans ce chapitre qu'un trauma seul n'existe pas et fait l'hypothèse que la forme même de l'expérience permet de lire cliniquement et relier ces différentes scènes traumatiques, cette forme étant toujours présente et se répétant. Dans le cas de Madame Korschov on comprend à quel point le dispositif peut attirer, condenser et précipiter le déploiement de la forme traumatique.

On trouve une première approche des signifiants formels (D. Anzieu) comme permettant de lire la trame formelle, l'informativité de l'expérience au sein de l'intrication complexe de l'histoire traumatique du sujet.

Devant l'intensité des aspects transféro-contre-transférentiels, l'impact non verbal de ce type d'expériences, il est nécessaire de repenser l'implication du psychologue dans le lien thérapeutique. Le contre-transfert le conduit en effet quelquefois à revivre les situations de détresse les plus archaïques dans lesquelles il doit endurer des zones non-investies se manifestant souvent dans la négativité, rarement facilement dans le langage puisque les mots ne suffisent pas à rassurer le patient sur son existence.

Dans cette économie, le thérapeute doit encore plus qu'ailleurs entendre l'inconscient sous toutes ses formes et manifestations.

En étudiant la parenté des situations traumatiques avec les situations, états et processus limites, j'ai trouvé d'importantes similitudes dans les hésitations du sujet à statuer sur son



expérience, la nature des angoisses, les défenses engagées ou encore la difficulté à délimiter cette expérience.

La question du recours à l'acte plutôt qu'au fantasme, l'attaque de la pensée mais aussi de véritables carences dans l'auto-représentation coexistant chez les sujets traumatisés avec de réelles capacités de symbolisation permettent entre autres de penser le fonctionnement complexe des situations limites et traumatiques.

L'expérience traumatique est aussi lente à se déployer qu'elle engage toujours l'urgence et la terreur du sujet à la figurer. L'appareil psychique, acculé, ne fonctionnant presque plus, se fige alors et rappelle le véritable danger : perdre la capacité de représentation plutôt que perdre l'objet lui-même. Le sujet est alors dans l'obligation d'aller explorer, voire squatter les univers mentaux à sa disposition, y compris celui de son thérapeute.

Il est alors nécessaire de penser l'adaptation des dispositifs de soins et même les éventuelles modifications techniques concernant l'implication du psychologue ou l'interaction avec le patient par exemple.

L'analyse transitionnelle (R. Kaës en 1976 puis D. Anzieu) offre un exemple de la façon dont le dispositif thérapeutique pense la rencontre avec des patients souvent intolérants à certains aspects du cadre psychanalytique (le silence, l'interprétation oedipienne, le face-à-face, la neutralité ressentie comme de l'indifférence...), aspects les renvoyant à leurs propres faillites dans la symbolisation (R. Roussillon).

En m'intéressant à l'hypothèse d'une fragilité de configuration de l'expérience traumatique, une infirmité, j'ai proposé l'idée que la forme tiendrait l'expérience et j'ai souhaité articuler les atteintes traumatiques, leur jeu dans le dispositif en double écoute et leur inscription topique. Cela m'a amené à formuler une problématique contenant cette articulation.

Le déploiement traumatique, porteur d'un véritable effort du sujet, ultime tentative pour organiser et sauvegarder la psyché, est aussi un véritable appel à former l'expérience.

Supposant un déploiement dynamique de la forme dans un processus suspendu aux limites du psychique, j'avance l'idée que l'infirmité traumatique s'articulerait progressivement à l'ensemble de la vie psychique dans un rapport intersubjectif avec le psychologue.

La forme renseignerait alors aussi sur les zones impactées, la nature et l'impact du dommage, trois hypothèses étant posées pour explorer cette proposition.

La première questionne les effets particuliers du traumatisme sexuel, touchant les aspects formels et spatiaux de l'expérience et obligeant à penser une topique rendant compte du déploiement dynamique de zones s'activant en totalité ou en partie.

La seconde hypothèse étudie le jeu des effets traumatiques dans le dispositif, son articulation à l'ensemble de la psyché : les entretiens en double écoute attireraient les effets traumatiques comme leur tentative de figuration selon des modalités particulières facilitant leur présentation dans le transfert (par diffraction ou psychodramatisation par exemple).

Une troisième hypothèse enfin s'intéresse aux fonctions et limites de ce dispositif. Permettant une meilleure contenance, des effets de dramatisation, facilitant la spatialisation et la décondensation, attractant également les imagos parentales, il contiendrait aussi certaines limites tenant notamment à l'ampleur du regard proposé.

D'un point de vue méthodologique sont aussi exposées dans ce chapitre les caractéristiques du dispositif en double écoute, les principes de la méthode psychanalytique, les moyens d'observation et l'objet de ma recherche. J'insiste particulièrement sur les qualités d'attention et d'observation face aux pathologies du traumatisme où tout défaut en ce domaine est ressenti avec une terrible intensité.

Partage de l'expérience et implication du psychologue sont étudiés dans leur rapport au processus thérapeutique, ainsi que l'apparente paradoxalité d'une recherche souhaitant, dans sa rédaction, donner forme à l'informe. Après avoir défini l'informité, j'ai interrogé dans ce chapitre les raisons de la construction d'un modèle de compréhension de l'expérience traumatique, notamment sur le plan topique. J'y ai aussi exploré les intérêts et limites des situations cliniques étudiées, la façon dont je les ai choisies et présentées.

## Résumé de thèse

Cette thèse s'attache à dégager les effets spécifiques des expériences traumatiques de nature sexuelle, et plus largement à modéliser le déploiement de tout traumatisme. *L'infirmité traumatique* y est particulièrement mise en évidence dans la façon dont l'expérience est atteinte au-delà de son contenu dans sa substance, ses contours et sa forme.

Devant cette clinique de l'extrême où le patient se débat dans une économie le plus souvent paradoxale, le clinicien doit faire face à l'enchevêtrement des scènes traumatiques de l'histoire de son patient, d'un sujet n'abandonnant jamais véritablement le projet de configurer son expérience et de la situer topiquement.

On y trouve d'abord l'exposé des modèles et des issues les plus dynamiques pensés par la pensée psychanalytique, de son commencement aux propositions plus contemporaines.

Y sont ensuite envisagés, au milieu de l'errance des éléments de son trauma, les efforts du sujet pour figurer, circonscrire et situer une expérience ayant très largement dépassé ses capacités de représentation, efforts qui renseignent aussi sur les zones psychiques impactées. Sans négliger l'aspect destructeur de ce type d'expériences, la manière dont elles peuvent atomiser la vie psychique, cette thèse soutient l'idée d'un déploiement et d'une dynamique de l'économie traumatique, dynamique potentiellement organisatrice et de grande ampleur, oeuvrant le plus souvent en deça du langage.

Pour rendre compte à la fois des effets du traumatisme et de son appel à former l'expérience, il convient de penser une topique au sein de laquelle peuvent se jouer et l'errance des éléments psychiques et la façon dont ils sont attractés pour arriver à configurer l'expérience, la symboliser. Cette topique est représentable par un cylindre développable en rubans de Möbius, cylindre contenant l'identité du sujet et dans lequel des zones de plis figurent les points où la matière psychique se forme et se spatialise.

Ce cylindre où se joue l'expérience traumatique organisée en couple d'opposés, où se lisent également les efforts du sujet pour la circonscrire, n'est pensable que dans un modèle intersubjectif. Dans cette optique, et parce que l'économie traumatique impose plus que d'autres une réflexion sur le dispositif de soins et l'implication du thérapeute, on saisit mieux l'intérêt d'une double écoute (par deux psychologues cliniciens).

Une part importante de ce travail de recherche concerne l'étude de la congruence de cette « copensée » avec la nouvelle modélisation du traumatisme. A cette fin, les enjeux du regard, de la psychodramatisation et de la spatialisation de l'expérience comme bien entendu des capacités de contenance du dispositif en double écoute y sont particulièrement analysés, sans en sous-estimer les limites (d'une trop grande séduction par exemple).

Ce travail de recherche laisse une large place à la clinique par l'exposé de longues vignettes retraçant le récit d'expériences traumatiques de patients, en replaçant ce déploiement (parfois sur plus de dix ans) dans l'épaisseur des séances, des échanges et des interactions entre les deux psychologues et leur patient. Evidemment, les enjeux transféro-contre-transférentiels occupent une place importante dans cette dynamique.

En liant les aspects métapsychologiques et techniques de la modélisation de l'expérience traumatique proposée, on comprend par exemple à quel point la construction (et plus seulement l'interprétation) est utile, comment les signifiants formels (D. Anzieu) sont d'une grande pertinence pour lire le déploiement de l'expérience, comment les clivages fonctionnels (G. Bayle) facilitent la « communication traumatique ».

Dans une économie au climat rarement tempéré, les psychologues sont souvent malmenés et l'identification projective devient paradigme de l'échange traumatique. Véritables « attracteurs humains » de la forme en errance du trauma, les thérapeutes se trouvent souvent confrontés à des places et fonctions à la limite de leur position clinique.

Penser les traces de telles expériences oblige bien sûr à considérer la façon dont l'appareil psychique garde ou pas la mémoire de rencontres aussi peu subjectivées. En insistant toutefois sur les processus par lesquels la psyché conserve, transforme, déforme et réactive les traces des expériences traumatiques, on arrive aussi à comprendre comment la méthodologie psychanalytique parvient à garantir la question de l'humain et de son potentiel de transformation, cela même dans les expériences les plus désastreuses.

De même que le sujet ne peut se réduire à une victime, son expérience traumatique ne peut être traitée indépendamment de l'ensemble de la psyché, elle ne peut être « débriefée » ni évacuée aussi facilement que le socius pousse quelquefois à le faire. Bien au contraire, il est ici plutôt question de laisser se déployer les atteintes traumatiques en même temps que leur potentiel de mise en forme.

Université Lumière Lyon 2  
Ecole Doctorale 485 E.P.I.C  
(Education – Psychologie- Information et Communication)  
Institut de Psychologie  
Département : Psychologie et Psychopathologie Clinique  
Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique EA 653

# **L'informité du traumatisme**

*Plaidoyer pour une clinique et une  
topique dynamiques du traumatisme  
sexuel*

Tome 2

Thèse de Doctorat en Psychologie

Mention Psychopathologie et Psychologie Clinique

Par Eric CALAMOTE

**Sous la direction du Professeur Albert Ciccone**

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2011

Devant un jury composé de  
**Albert CICCONE**, Professeur des Universités, Université Lyon 2  
**Alberto KONICHEKIS**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**François MARTY**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**René ROUSSILLON**, Professeur des Universités, Université Lyon 2

# **2- Vers un projet de modélisation de l'expérience traumatique**

## **2-1 Les sept grands pôles de théorisation**

Le projet de visiter la façon dont les théories psychanalytiques ont pensé le traumatisme est plutôt ambitieux. L'exhaustivité est impossible tant ce concept est central dans les différentes modélisations, cela depuis les premières approches freudiennes.

La clinique que j'ai relevée auprès de sujets victimes d'agressions sexuelles met aussi en question la spécificité de ce traumatisme comme de chaque traumatisme d'ailleurs : parle-t-on d'expériences identiques lorsqu'on aborde l'angoisse de castration ou s'il est question d'un inceste répété ? Un traumatisme intentionnel a-t-il la même incidence qu'un accident ? Le vocable « traumatisme » peut-il rassembler des expériences d'apparences aussi dissemblables ?

A priori, les expériences traumatiques au centre de mon étude mettent souvent en œuvre une « agression humaine » qui semblerait assez peu en lien avec les expériences traumatiques structurantes nécessaires au développement psychique. Je soutiendrai l'idée d'une spécificité de ce type d'expériences, notamment dans le travail de destruction de la forme qu'elles supposent, comme dans leur déploiement sur différentes strates temporelles et

topiques : « Dans les situations traumatiques graves, il y a une différence de degré qui devient une différence de nature. »<sup>143</sup>

L'idée serait de visiter l'histoire du traumatisme en suivant les transformations du modèle, en insistant également sur les théories explorant les aspects dynamiques et qualitatifs du trauma. Dans ce « panorama » des théorisations du traumatisme je ne sous-estimerai pas celles qui privilégient par exemple les aspects débordants des excitations, j'essaierai seulement de tisser des liens avec ma propre recherche. Malgré leur diversité, les théories du traumatisme se rassemblent souvent autour de grands pôles : F. Marty considère par exemple l'idée d'excès, le moment de rupture, le « temps hors-temps » du traumatisme ou encore « (...) cette présence en soi, présence pourtant étrangère à soi (...) » comme des idées communes à toutes les modélisations.<sup>144</sup>

Certaines modélisations, très éloignées de mon projet (je pense à celles qui soutiennent les thérapies cognitivo-comportementales, le débriefing, l'E.M.D.R., l'E.S.P.T.), seront également abordées ; leur importance dans le socius reflète une des façons actuelles de penser et traiter le traumatisme bien qu'elles soient très éloignées de la méthode psychanalytique.

Mon projet est d'essayer d'organiser et de mettre en tension ces théories. A cette fin, j'ai cru pouvoir trouver sept grands champs de recherche dans les différentes modélisations. Je précise que, si ces pôles suivent parfois le flux historique, ils en sont aussi indépendants.

Ainsi, on pourra retrouver dans le premier pôle (insistant sur les aspects quantitatifs) aussi bien les premières approches de S.Freud que des conceptions beaucoup plus récentes. De même, le caractère d'indécidabilité et d'ambiguïté est visible chez Freud (après 1920 avec la métaphore du bloc-notes magique notamment) comme auprès d'auteurs contemporains (C.Janin, B.Duez par exemple).

Plus encore, on ne s'étonnera pas de trouver une même modélisation dans différents pôles. Cela est plutôt rare, chaque théorie se rassemblant en général autour d'une « conception » du traumatisme, mais certaines modélisations sont tellement riches et variées (je pense bien sûr aux travaux de Freud, extrêmement fructueux sur le sujet et qui ont beaucoup évolué tout au long de son œuvre) qu'elles contiennent plusieurs aspects pouvant

---

<sup>143</sup> Korff-Sausse (S.), « Le trauma : de la sidération à la création », *in* Figures et traitements du traumatisme, p. 205.

<sup>144</sup> Marty (F.), « Traumatisme, une clinique renouvelée », *in* Figures et traitements du gtraumatisme, p. 2.

appartenir à des champs différents. Ainsi, la question du pare-excitations abordée très tôt chez Freud puis plus tard celle des destins du traumatique évoquée dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* sont bien des pensées du même auteur, parfaitement intégrées dans l'évolution de sa théorisation, mais recouvrant selon moi des aspects tout de même fort différents.

L'organisation des sept champs de recherche est donc plus synthétique qu'historique. J'essaierai de problématiser les théories principales, d'en montrer autant que possible certaines limites et évidemment les intérêts.

On trouvera dans le déroulement cette fois chronologique de la description de ces pôles une progression vers des recherches nourrissant la mienne. Il est évident que les problématiques de la contenance, la question du négatif ou de la complexité topique sont aussi celles qui correspondent de près à mon approche de l'expérience traumatique.

Je tiens également à rappeler que la présentation de mon modèle topique et dynamique vient après ce chapitre, elle sera néanmoins « préparée » par ce dernier. A chaque fois que j'aborderai une modélisation j'insisterai sur les aspects pouvant être mis en lien avec ma proposition et synthétiserai les apports ayant permis la construction de mon modèle.

J'espère enfin montrer à quel point ces apports ne s'excluent pas (à quelques exceptions près, je pense notamment à certaines conceptions très marquées idéologiquement) mais peuvent s'emboîter, se superposer autant du point de vue de la théorie que de la pratique clinique.

S'intéresser à un traumatisme conçu comme un effondrement du contenant (comme le fait par exemple C.Garland<sup>145</sup>) n'empêche pas de penser l'excès d'excitations qu'il peut produire. C'est pour cela que j'ai souhaité donner toute leur place aux modélisations approchant la complexité de l'inscription traumatique, notamment topique.

Enfin, sans abuser de l'« illustration clinique », je montrerai par quelques vignettes comment les patients eux-mêmes viennent parler de ces théories en exposant très souvent leur théorisation de ce qui pourrait les soigner ou de leur fonctionnement psychique.

---

<sup>145</sup> Garland (C.), *Pour comprendre le traumatisme*.

## **2-1-1 L'insistance sur l'aspect quantitatif et débordant des excitations**

Du point de vue de l'expérience traumatique et de sa thérapeutique, on peut penser qu'il est plus facile de régler la question traumatique (du point de vue clinique comme du point de vue théorique) par la modélisation d'un excès.

Il semble en effet plus facile d'expulser l'excès, d'exorciser là où le vide paraît cependant être souvent bien inquiétant. Si Freud a d'abord compris l'expérience traumatique sur ce modèle avant de le complexifier considérablement, d'autres modélisations en sont restées à une conception mécaniste.

C'est P. Janet qui, dans une thèse intitulée *L'automatisme psychologique* et soutenue en 1889, a le premier évoqué « scientifiquement » le traumatisme psychique comme résultant d'excitations effractant le psychisme et le pénétrant comme un « corps étranger » provoquant ainsi une *dissociation de la conscience* entre une *idée fixe* (le souvenir brut fait de sensations et d'images) tenue isolée de la conscience et provoquant des symptômes (cauchemars, hallucinations, actes automatiques, sursauts...) et le reste du psychisme continuant une adaptation relative au monde. L'hypnose est alors conseillée pour faire revenir l'événement traumatisant, induire cette fois une issue heureuse et inciter le sujet à constituer (avec les mots) un souvenir de cette expérience.

C'est Freud qui reprendra cette idée dans une théorisation et avec la complexité qu'on lui connaît. Cela commence quatre ans plus tard, en 1893, dans sa *Communication préliminaire*.



## 2-1-1 a) Freud et le traumatisme, le vertex du quantitatif

Pour Freud, et cela dès le temps premier des Etudes sur l'hystérie, le trauma explique la névrose, le souvenir agissant comme « corps étranger », « Temps béni puisque la « catharsis », en assurant l' « abréaction du trauma », promettait la guérison : l'accident repéré, il suffisait de purger le mal. »<sup>146</sup> On voit bien dans le champ lexical et les métaphores mobilisées par C.Janin dans ce commentaire l'accent mis sur la quantité et l'idée d'extraction du trauma : c'est le modèle de la purge, celui de l'exorcisme. On comprend bien que, dans ce premier modèle du traumatisme et du soin qui lui serait approprié, l'expérience traumatique est *le mal* ; il est alors logique dans cette conception qu'on ne puisse penser que cette expérience, débordée par les excitations, soit aussi l'occasion de servir de support à un travail thérapeutique.

Comme le remarque R. Roussillon, la cure d'Anna O. par J. Breuer constitue une véritable mutation :

*« (...) l'auto-représentation de la scène qui a produit la fixation, le coinçage énergétique, a pour effet de remettre en circulation les énergies fixées. Retrouver l'origine-cause de la fixation, c'est re-venir sur celle-ci pour en changer l'issue, abréagir ce qui s'y était coincé. »<sup>147</sup>*

Si l'on peut aujourd'hui nuancer la notion d'abréaction (et Freud le fera lui-même), il faut reconnaître les avancées considérables opérées à ce moment en ce qui concerne la question traumatique, notamment avec l'idée d'une prise de conscience, d'une remémoration thérapeutique. On est alors sorti de l'idée d'exorciser le sujet, de le « déposséder ».

C'est avec la notion de traumatisme, de l'effraction, de l'organisation en traumatisme sexuel et surtout de l'abord de sa causalité que naît l'idée d'une cause historique et la première « neurotica », première théorisation du traumatisme.

La première théorie du traumatisme unit en effet l'étiologie et la thérapeutique, la cause du traumatisme légitime la cure. La question du traumatisme se lie à celle de la

---

<sup>146</sup> Janin (C.), *Figures et destins du traumatisme*, préface.

<sup>147</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.75.

temporalité, le « baquet » (celui de Mesmer) devient « baquet d'histoires » dit R. Roussillon. Et cette histoire évoluera peu à peu des états hypnoïdes antérieurs à celles des effractions, des « traumatismes » du sujet.

T. Bokanowski<sup>148</sup> distingue trois grandes périodes dans la théorisation freudienne du traumatisme :

- De 1895 à 1920 : Freud réfère essentiellement le traumatisme au sexuel et donc à la *théorie de la séduction*. Deux temps séparent cette première période.

Jusqu'en 1900-1905 Freud établit le modèle en deux temps du traumatisme, l'après-coup ; c'est aussi le moment du renoncement à la *neurotica* (1897) où le fantasme devient le facteur traumatique principal et organisateur de la névrose ;

De 1905 à 1920 il lie les situations traumatiques paradigmatiques aux fantasmes originaires et à leurs angoisses afférentes (séduction, castration, scène primitive, complexe d'Œdipe)

- Dès 1920 le traumatisme prend une valeur beaucoup plus importante dans l'économie psychique et est conçu comme une « effraction du pare-excitation » ; c'est l'*Hilflosigkeit* (détresse du nourrisson) qui est à la source de l'angoisse par débordement quand le signal d'angoisse est inopérant et ne permet pas au moi de se protéger de l'effraction quantitative externe ou interne.

Freud fait aussi un lien à ce moment entre traumatisme et perte d'objet et ajoute la notion de *traumatique* au terme de traumatisme.

- Dans la fin de sa vie vient *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1939), Freud y donne une définition du traumatisme, soulignant le lien avec les blessures narcissiques et distinguant les effets positifs et négatifs du traumatisme.

A partir de cette théorisation freudienne, T. Bokanowski propose de distinguer dans la terminologie le traumatisme, le traumatique et le trauma.

---

<sup>148</sup> Bokanowski (T.), « Traumatisme, traumatique, trauma ».

*Le traumatisme* serait la conception générique du trauma ; il désignerait même « (...) les effets représentables, figurables et symbolisables de l'effet traumatique de l'organisation fantasmatique du sujet (...) ainsi que du poids du sexuel sur celle-ci (...) dans la cure ». <sup>149</sup> Les fantasmes originaires sont particulièrement concernés mais cette définition recouvre l'ensemble de ce que l'on voit apparaître dans les « névroses de transfert ».

*Le traumatique* définirait l'aspect économique du traumatisme (comme le défaut du pare-excitation).

*Le trauma* désignerait l'action positive mais surtout négative du traumatisme sur la psyché (les « atteintes précoces du Moi » ou les « blessures narcissiques » décrites par Freud par exemple). Il concerne l'empreinte de l'objet, y compris avant l'apparition du langage et peut organiser des « zones psychiques mortes » en raison de l'absence de représentation, de figuration et de symbolisation. On s'intéresse donc ici aux catégories du primaire et de l'originaire (mais en les articulant avec les catégories oedipiennes).

Pour ma part, je souhaiterais distinguer *le traumatique en tant que potentialité de l'appareil psychique* (potentialité organisatrice et/ou désorganisatrice) du *traumatisme en tant que processus*. *Le trauma concernait plutôt*, dans ma terminologie, *les effets* (positifs ou négatifs) *du traumatisme*.

En simplifiant, je dirai que **le traumatique concerne le potentiel de l'appareil psychique, le traumatisme le processus et le trauma les effets.**

Dès 1895 dans *L'esquisse d'une psychologie scientifique* Freud envisage une lutte contre le *déferlement externe* d'excitations massives, l'économique est sous l'angle du seul quantitatif. L'urgence est de bloquer l'excès d'excitations avant même de les évacuer. La première question sera donc ensuite de trouver le moyen d'évacuer. Freud ne pose cependant pas seulement le problème de la décharge mais aussi celle du maintien d'un niveau interne constant. Il s'interroge également sur les traces gardées de ce mouvement entre le dedans et le dehors.

---

<sup>149</sup> *Ibid.*, p.747.

En 1894 Freud parlait de « psychose par débordement », traduisant une psychose par seul accroissement quantitatif, le moi étant accablé, débordé par le phénomène purement économique d'une augmentation trop importante des excitations. Il donne très rapidement une définition précise et énergétique du trauma :

« Nous nommons ainsi un événement qui apporte à la vie psychique en un court laps de temps une augmentation d'excitation si puissante que l'élimination ou l'élaboration de celle-ci de la façon normale et habituelle échoue, d'où doivent résulter de durables perturbations de l'activité d'énergie. »<sup>150</sup>

Le trauma est donc clairement un événement (Erlebnis) et la conception est clairement énergétique ; l'intersubjectivité de la rencontre se concentre sur le choc.

Lorsqu'il publie ses *Etudes sur l'hystérie* (1895), comme dans les manuscrits adressés à Fliess et dans *L'Esquisse*, l'inventeur de la psychanalyse montre comment les patientes dont il parle, traumatisées et jadis séduites, souffrent de réminiscences, des effets de l'après-coup de traumatismes plus anciens. Ces exposés vont de pair avec une conceptualisation plus globalisée d'un appareil psychique fermé, excitable, traversé par de l'énergie et cherchant la stabilité, le niveau le plus bas possible d'excitation.

Toute excitation « de trop » déstabilise, dérange le système qui vise à l'inertie. Le traitement de ce « trop » est la décharge ou, si celle-ci ne fonctionne pas, le développement de défenses (dont le refoulement). Dès 1895, donc, la névrose est clairement mise en lien avec le risque d'un débordement traumatique par un excès d'excitations ou de défenses. Le traitement des névroses est bien dans le transfert, mais dans un transfert conçu en grande partie comme un transfert d'énergie.

C'est bien le modèle de l'abréaction qui domine. D'ailleurs, ce modèle ne domine pas seulement dans la théorisation freudienne mais aussi très souvent dans les théories du soin avancées par les patients. Dans la clinique du traumatisme sexuel tout particulièrement, nombreux sont les sujets qui viennent (ou ne viennent pas d'ailleurs pour la même raison) avec l'idée qu'il faudrait révéler le secret de l'inceste le plus rapidement possible, « lever » l'agression, raconter le traumatisme comme ils l'ont parfois fait au commissariat ou lors du procès. L'« idéologie » du débriefing ou du procès verbal les habite souvent.

---

<sup>150</sup> Freud (S.), *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, XVIII<sup>ème</sup>, p.284.

Les patients de Freud aussi venaient parfois avec cette théorie de l'abréaction. *L'Homme aux loups* avait bien fait le voyage jusqu'à Vienne en ayant eu connaissance de cette nouvelle thérapie, soin où les traumatismes infantiles étaient retrouvés, abrégés afin de permettre la guérison des symptômes :

*« C'est ainsi que Drosnes m'avait présenté les choses à Odessa : il y a quelque chose qu'on appelle la psychanalyse, et il y a un certain Pr Freud, qui a inventé une méthode nouvelle, une méthode grandiose. Cela touche au miracle ce qu'il a inventé. A son avis, c'est un événement quelconque de l'enfance, un traumatisme, qui est la cause de la maladie. Et quand on se souvient de cet événement on est guéri. Donc en cinq minutes. Cela me plaisait bien entendu, énormément, de tout ramener à un traumatisme. »<sup>151</sup>*

Bien sur, de la même façon que l'on peut penser que Freud et Ferenczi n'ont peut-être pas rencontré les mêmes patients, les mêmes traumatismes, on pourrait distinguer les patients qui viennent en avançant un traumatisme « plein », scénarisé, qui souhaitent évacuer un souvenir, une idée ou une culpabilité déjà en partie connus de ceux qui présentent un traumatisme « en creux », perdu, hors de portée psychique.

Mais dans un cas comme dans l'autre l'abréaction peut être proposée par le thérapeute ou le patient comme modèle thérapeutique ; je ne suis pas certain que, dans ces économies traumatiques souvent régies par la paradoxalité (cf. le chapitre 1 de cette thèse), l'abréaction ne soit pas encore plus avancée comme défense devant le vide et la désobjectalisation.

Il n'est pas certain que la clinique du vide, celle d'un trauma par défaut plus que par excès, ne puisse également se prêter, dans les théories du soin (celle du patient et celle du thérapeute), à l'abréaction : « Il faut absolument que je vous raconte ce que je n'ai jamais vécu » dirait le patient, « Plus je n'en dirai rien, mieux je me porterai ».

Cela n'est évidemment pas sans rapport avec le propos de R.Roussillon selon lequel les patients peuvent proposer leur propre *neurotica* à leur thérapeute, leur propre théorie de ce qui va les soigner, de l'étiologie, leur théorie sexuelle infantile du traumatisme. Il va de soi que si cette *neurotica* nous renseigne sur le rapport entretenu par le sujet avec sa propre histoire traumatique et n'est donc certainement pas à disqualifier, le travail thérapeutique vise à un remaniement, une réorganisation :

---

<sup>151</sup> Obholzer (K.), *Entretiens avec l'Homme aux loups*, Gallimard, 1981, cit. in Rabain (J.F.) « La mise en scène du trauma », p.1578.

« (...) la cure propose un engendrement progressif du psychisme, à partir d'un traumatisme originaire. Elle est une logique de l'engendrement, organisée par le trauma et son dépassement ».<sup>152</sup>

Plus de deux décennies après, il continue à penser cette question en abordant le traumatisme dans *Au-delà du principe de plaisir* comme

« (...) une expérience d'absence de secours dans les parties du Moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitations, qu'elle soit d'origine externe ou interne (...). »<sup>153</sup>

Le souci reste économique et, lorsque le pare-excitation ne suffit pas à arrêter les excitations traumatiques, si l'appareil psychique tente bien de lier les sommes d'excitations, c'est encore pour les amener à la liquidation.

Concernant cette liaison possible des excitations, elle est évidemment rendue plus difficile lorsque le système n'a pas été préparé :

« Pour l'issue d'un grand nombre de traumatismes, le facteur décisif serait la différence entre les systèmes non préparés et les systèmes préparés par le surinvestissement ; à partir d'une certaine force du traumatisme, ce facteur cesse, il est vrai, de compter. »<sup>154</sup>

Dans le cas où l'excitation est trop massive comme dans celui où elle provient de l'intérieur, les défenses ne sont pas efficaces et les liaisons empêchées. Freud souligne la similarité des effets entre perturbations internes et externes, le défaut de pare-excitation contre ce qui prend l'appareil psychique à revers entraînant

« (...) des perturbations économiques comparables aux névroses traumatiques. Les sources les plus abondantes d'une telle excitation interne sont ce qu'on appelle les pulsions. »<sup>155</sup>

Ainsi, même dans son débat autour de l'origine exogène ou endogène du traumatisme, débat persistant dans toute son œuvre, Freud continue de garder essentiellement un point de vue économique sur la question du traumatisme. Cela même lorsqu'il aborde de façon très pointue la question de la permanence des traces, de leur double inscription, d'une similarité entre les « dégâts » occasionnés par une excitation interne ou externe, question mettant en

---

<sup>152</sup> Roussillon (R.), *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, n°12. Cité in Rabain (J.F.), « La mise en scène du trauma », p.1577.

<sup>153</sup> Freud (S.), *Au-delà du principe de plaisir*, p. 70.

<sup>154</sup> *Ibid.*, p.74.

<sup>155</sup> *Ibid.*, p.77.

mouvement la différenciation topique. Même dans le basculement qui lui fait passer d'un accent sur le monde des excitations externes (et sur la réalité des traumatismes des névrosés) à l'idée que le fantasme, que les motions pulsionnelles sont traumatiques, même avec le cas d'Emma où facteurs endogènes et exogènes sont intimement liés, c'est l'aspect quantitatif qui « tient » la question du traumatique.

Même enfin lorsqu'il utilise la fiction d'un appareil primitif<sup>156</sup> pouvant fonctionner de façon réflexe entre le Charybde de l'investissement hallucinatoire et le Scylla de l'expérience externe d'effroi, le point de vue économique est prépondérant. Entre *la satisfaction par voie hallucinatoire* qui ne peut faire taire le besoin et risque même de tuer et sa contrepartie, *l'expérience externe d'effroi* qui, face à un objet trop longtemps absent, met la psyché démunie face à une douleur intense, c'est encore la question économique qui organise le traumatique.<sup>157</sup>

Il conclura dans *Analyse terminée, analyse interminable* en 1937 :

« Le véritable effet de la thérapie analytique serait donc de corriger après coup le processus primitif de refoulement, mettant un terme à l'excès de puissance du facteur quantitatif. »<sup>158</sup>

Dans la deuxième partie de L'Abrégé, Freud marquera à nouveau son attachement à tous ces facteurs quantitatifs. Lorsqu'il y évoque le fait que le psychanalyste puisse un temps réincarner un personnage du passé infantile et traumatique du patient, Freud ne sous-estime pas l'impact des projections transférentielles ; il montre à quel point le thérapeute doit accepter cette « lutte » en encourageant le patient qui défend « ce qui lui reste ». Il conclut encore sur l'aspect quantitatif de cette lutte :

« Nous sommes ainsi amenés à conclure que le résultat final de la lutte engagée dépend de rapports quantitatifs, de la somme d'énergie que nous mobilisons chez le patient, à notre profit, par rapport à la quantité d'énergie dont disposent les forces qui agissent contre nous. »<sup>159</sup>

---

<sup>156</sup> Freud (S.), *L'interprétation des rêves*.

<sup>157</sup> On trouvera une analyse de cette question dans l'article de C.Couvreur « Le trauma : les trois temps d'une valse. », p.1443-1444.

<sup>158</sup> Freud (S.), *Analyse terminée, analyse interminable*, p.268.

<sup>159</sup> Freud (S.), *L'Abrégé* (le travail pratique, deuxième partie).

L'expérience traumatique engage donc un contexte guerrier dans lequel il est encore plus question de compter le nombre de soldats et leurs forces que la stratégie (l'usage de l'agir par le patient est ainsi clairement déclaré comme « nullement souhaitable » par Freud).

J'insiste donc sur le fait que Freud a toujours tenu l'aspect quantitatif comme cause et traitement du traumatisme. Il serait toutefois très injuste, mais je crois l'avoir bien signalé, de croire qu'il n'a tenu compte que de cela. Encore une fois, dans ces derniers textes notamment, la qualification de l'expérience, sa nature sont évoquées. S'il continue de penser qu'une expérience précoce ne devient traumatique que par un facteur quantitatif, les aspects qualitatifs (je dirais volontiers « ceux qui qualifient l'expérience », notamment dans ses propriétés de forme en ce qui concerne ma recherche) trouvent peu à peu leur place. Les influences de la Civilisation, l'importance des fantasmes originaires, l'analyse fine du temps de l'Œdipe apparaissent.

En envisageant que des expériences ne seraient pas intrinsèquement traumatiques mais le deviendraient ou pas, et de façon différente, selon chaque sujet (en raison par exemple de la faiblesse de son Moi), Freud admet donc que le seul aspect quantitatif ne suffit pas à définir le trauma (bien qu'il conclue encore que c'est parce que le Moi de certains sujets ne supporte pas des processus pulsionnels trop intenses que ceux-ci sont traumatisés, ici n'est pratiquement jamais évoqué le fait que leur Moi pourrait se distordre, se déformer indépendamment d'un excès d'excitations).

Si mon propos a été ici de rappeler la prépondérance des aspects quantitatifs dans la théorisation freudienne du traumatisme, il convient de souligner toutes les nuances apportées par Freud lui-même.

Dans sa théorie comme dans sa pratique, il a aussi constamment essayé de réduire les excès de ce que lui-même appelait « le facteur quantitatif » dont il continuera cependant à affirmer la primauté. L'ensemble métapsychologique élaboré jusqu'en 1937 est donc évidemment extraordinairement complexe, incluant tous les renouvellements topiques. La modélisation du traumatisme l'est tout autant. Pourrait-on néanmoins penser qu'il puisse y avoir un « reste » et que ce « reste » aurait un rapport avec ce que Ferenczi a reproché à Freud ? : « Ce reste, c'est ce que Ferenczi désignait à Freud en lui reprochant de ne pas avoir



analysé son transfert négatif, d'avoir induit sa rechute et de l'avoir laissé démuné, déçu, interrompu, *in seiner hilflosigkeit.* »<sup>160</sup>

Il me semble néanmoins très important de ne pas tomber dans la caricature de la notion de quantitatif chez Freud. On reprend souvent l'idée de « quantum » évoquée par Freud, le passage d'une charge énergétique d'une représentation à l'autre. Il n'est pas question de rejeter l'idée d'intensité qu'elle suppose, il est évident par exemple que les affects sont d'intensité variable, débordent plus ou moins le moi.

Mais il serait un peu rapide de rabattre trop vite cette question sur une conception trop fermée du quantitatif chez Freud qui a toujours pris la précaution de ne pas verrouiller tous ses concepts dans des conceptions économiques trop circonscrites.

Considérant la nature de la pulsion, C. et S. Botella proposent de considérer le quantitatif selon trois points :

- Celui d'une quantité, d'une charge pouvant se déplacer de représentation en représentation (conception la plus fréquente)
- Comme force liant les représentations entre elles : « (...) ici, le quantitatif est de l'ordre du lien psychique que l'on pourrait rapprocher de la notion de force dans la conception de la gravitation chez Newton où la force gravitationnelle naît de la structure interne de deux corps mis en relation. »<sup>161</sup> On sort ici totalement du biologique pour envisager une notion très psychique cherchant une cohésion entre les représentations.
- C'est le troisième point de vue sur l'aspect économique qui intéresse au plus près ma recherche, aussi bien en ce qu'il concerne très directement le traumatisme que le modèle topique et dynamique que je propose :

**« (...) à la limite de la dynamique et de la topique, le quantitatif est à la fois le lien et la discontinuité entre les lieux topiques et leur évolution dynamique dans le temps. Autant dire qu'il est de l'ordre d'une**

---

<sup>160</sup> Cournut (J.), « Séduction, castration, conviction », p.55.

<sup>161</sup> Botella (C. et S.), « trauma et topique », p.1466.

étendue ou d'**un espace psychique absolu**, représentant une cohérence à l'œuvre d'une façon silencieuse, mais avec **une extraordinaire potentialité** qui ne se manifeste qu'en cas de rupture de cette cohérence, dont la forme clinique la plus bruyante est la décharge hallucinatoire du traumatisme. Autrement, les voies les plus directes du quantitatif sont la décharge motrice et la répétition ; l'orgasme et le rythme en étant des modalités.

Une telle approche du quantitatif va nous permettre d'aborder différemment le trauma. **Plutôt que par l'événement représenté et par l'effraction, le trauma serait à comprendre dans une négativité** : une brusque et violente absence de la topique et de la dynamique avec une mise hors circuit des processus primaires et secondaires ; la rupture de la cohérence psychique fait que le **quantitatif se déploie alors sur lui-même**, imposant l'ouverture du pôle perceptivo-moteur et la compulsion répétitive de la solution hallucinatoire et motrice se développe. **C'est dans le caractère « négativant », dans la perte par le Moi de ses moyens, ressentie comme effrayante, et non dans la nature de l'événement ou celle du procédé que nous comprenons la qualité traumatique de la névrose traumatique.**»<sup>162 163</sup>

Cette définition du quantitatif par C. et S. Botella permet de mieux saisir ma proposition de modèle topique et dynamique concernant l'expérience traumatique. Repenser la question du traumatique suppose aussi d'en repenser les aspects quantitatifs et topiques.

En ce sens, le modèle que je propose est bien un modèle quantitatif si on l'entend comme ces auteurs, à la limite entre la dynamique et la topique. **Il est un schéma tentant de rendre compte du « lien et de la discontinuité entre les lieux topiques » mais aussi de leur évolution dynamique dans le temps. C'est à cette fin que j'ai choisi un modèle « en bifaces » développable. Il met en contact différentes inscriptions topiques de l'expérience traumatique et développe potentiellement ce contact sur des strates temporelles.**

Je rejoins également le propos de C. et S. Botella en disant que ce modèle rend compte d'une expérience traumatique plutôt conçue dans l'approche d'un négatif que d'un excès : il est évident qu'une expérience non traumatique, plus habituelle, peut s'inscrire tranquillement dans une topique et des lieux topiques bien repérés, structurés. L'expérience, bien saisie par la psyché, peut être symbolisée et rangée auprès des expériences antérieures : elle est clairement dans le moi ou le non moi, inscrite dans le registre de l'actif ou du passif (ou des deux ensembles, mais sans confusion), du dehors ou du dedans, de l'agréable ou du désagréable, du

---

<sup>162</sup> *Ibid.*, p.1466.

<sup>163</sup> C'est moi qui mets en caractères gras.

conscient ou de l'inconscient... Une économie assez névrotique peut bien s'arranger de la topique habituelle.

**Mais les économies psychiques auxquelles je me suis intéressé ont besoin d'une plus grande étendue psychique et d'un espace (absolu) pouvant rendre compte de leurs potentialités d'expansion et de rétractation, de désorganisation mais aussi de mise en relation des éléments de la psyché.**

**Plutôt en effet que dans l'événement ou l'effraction, c'est dans la mise en œuvre de ces dimensions que je reconnais le traumatisme.** Simplement, à la « brusque et violente absence de la topique et de la dynamique » **je préfèrerai l'idée d'un déploiement certes complexe et insaisissable dans la topique habituelle, mais un déploiement remarquable par ses potentialités, avant tout désorganisatrices, mais mettant aussi en œuvre des processus potentiellement symbolisants.**

## 2-1-1 b) La blessure de mémoire

C'est dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1939) que S.Freud explorera encore plus précisément la question du traumatisme dont il donnera une définition très claire : « 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. »<sup>164</sup>

Pour Freud, le traumatisme est une « blessure de mémoire », une expérience survenue puis oubliée, mais il insiste encore sur le facteur quantitatif (le terme même de traumatisme n'a pour lui qu'un sens économique). Ces expériences traumatiques, situées dans la période de l'amnésie infantile, « (...) se rattachent à des impressions de nature sexuelle et agressive, certainement aussi à des atteintes précoces au moi (blessures narcissiques). »<sup>165</sup> A travers ces

---

<sup>164</sup> Freud (S.), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, p.158.

<sup>165</sup> *Ibid.*, p.161.

dernières considérations pointe la question de la complexité de l'inscription topique du trauma, mais le point de vue économique est encore prépondérant.

Il est intéressant de noter que ce n'est qu'à la fin de sa vie que Freud ajoute cette remarque fondamentale (qu'il présente de façon un peu anecdotique) concernant des traumatismes précoces et narcissiques.

### 2-1-1 c) L'abandon de la *neurotica*

Septembre 1897 est considéré comme un changement radical dans la théorisation freudienne du traumatisme. Peut-être faudrait-il nuancer un peu cela. Freud ne renonce pas alors à l'idée de toute séduction traumatique, Freud n'a jamais nié l'importance de la scène du trauma, il a plutôt rejeté celle de la séduction incestuelle obligée de l'enfant par l'adulte, séduction considérée comme cause de la névrose hystérique.

Elle devient donc après 1897 non pas un acte traumatique réel mais une catégorie appartenant à la réalité psychique, une représentation inconsciente n'excluant cependant pas la potentialité traumatique de la sexualité infantile et même des rencontres de l'enfant avec son entourage.

Dans ses tentatives d'auto-analyse et ses échanges avec Fliess, Freud raconte ses rêves à ce dernier tout en lui révélant son renoncement à sa *neurotica*<sup>166</sup>. La séduction ne se serait plus produite dans la réalité mais dans les fantasmes. Peu importe, dirais-je, que ce soit fantasme ou réalité en ce qui concerne l'aspect quantitatif, énergétique et économique. Si la séduction effective disparaît en tant qu'étiologie et devient fantasmée, elle ne doit toujours sa valeur fantasmée qu'à l'excès d'excitation déclenchée et à la mise en œuvre de défenses pour le liquider.

Un mois après cet « abandon » Freud confie à Fliess dans une lettre du 3 octobre 1897 que son père n'a joué aucun rôle et que c'est sa vieille nourrice (son « professeur de

---

<sup>166</sup> Lettre du 21 septembre 1897, in Lettres à Wilhelm Fliess

sexualité ») qui fut « sa première génératrice » de névrose, associant sur un souvenir de petite enfance où, partageant la chambre de sa mère au cours d'un voyage, il l'aurait aperçue nue : « Ma libido s'était éveillée et tournée vers *matrem nudam* »<sup>167</sup>. Première et seconde séduction sont donc évoquées dans la même lettre, un mois après l'abandon de sa neurotica.

Freud a bien souligné les sources externe et interne du traumatisme, elles sont produites par une « attaque » extérieure comme par un fantasme, événements réels et psychiques (les affects douloureux tels la honte, la peur) peuvent être source de ce « choc psychologique » (1893).

Il n'a souvent été retenu que le doute de Freud devant le fait que la plupart des cas d'analyses d'hystériques ramenaient à une séduction (perverse) de leur père pour expliquer son abandon de la neurotica. Ce serait oublier l'influence des échecs thérapeutiques constatés. Il ne faudrait pas trop penser que ce sont des positions à valeur idéologique ou seulement en lien avec l'influence de la propre histoire de Freud ou de son lien avec la société qu'il cotoyait qui expliqueraient entièrement ni même principalement cet abandon.

La clinique a rappelé à Freud l'insuffisance de l'étiologie avancée et a engagé la question de la subjectivation de l'expérience traumatique, c'est-à-dire celle de la participation et de l'implication du sujet dans sa propre pathologie, dans son propre traumatisme. Cet apport est essentiel si l'on veut situer le traumatisme, et c'est bien là je crois l'intérêt de la méthode psychanalytique, bien au-delà du champ de la victimologie.

Freud a toujours tenté de synthétiser ses apports dans la construction d'une théorie du traumatisme, comme il le fait dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* en 1939. De ses *Etudes sur l'hystérie avec la théorie du traumatisme en deux temps à l'Introduction à la psychanalyse* (1915/1917) où la question du fantasme est mieux explorée jusqu'au célèbre *Au-delà du principe de plaisir* où la fonction pare-excitation de la vésicule vivante est exposée, il engage l'intégration progressive de ses apports.

Il continue d'ailleurs avec ses *Notes sur le bloc magique* (1925) en avançant la très utile double inscription de l'expérience et la fonction filtre du pare-excitation. L'exploration de l'angoisse comme indice adressé par le moi devant le débordement apparaît clairement en 1925/1927 dans *Inhibition, symptôme et angoisse*. Dans des textes plus tardifs mais

---

<sup>167</sup> Lettre à Fliess, N°70, in *Naissance de la Psychanalyse*, p.194. Cit. in Bokanowski (T.) : « Entre Freud et Ferenczi : le traumatisme », p.1261.

fondamentaux rédigés entre 1937 et 1939 (*Analyse avec fin et analyse sans fin, Constructions dans l'analyse, L'homme Moïse et la religion monothéiste*) il rappelle l'importance des facteurs quantitatifs et l'idée qu'un travail thérapeutique peut rendre la réalité historique à l'événement traumatique ; sa théorie du traumatisme en deux temps est reprise mais le facteur traumatique est étendu aux dimensions narcissiques.

L'ensemble ainsi constitué est d'une remarquable complexité. Peu d'auteurs ont eu une telle continuité dans l'approche d'une conceptualisation. J'ai beaucoup insisté, et c'est l'objet même de ce chapitre, sur la cohérence de cette théorisation qui tiendrait sur un vertex quantitatif mais il ne faudrait pas en oublier les implications topiques.

## 2-1-1 d) Anna Freud et le traumatisme

R. Gumaraes<sup>168</sup> remarque avec justesse une certaine réticence d'Anna Freud à utiliser le terme de traumatisme, parfois au prix de certaines périphrases. Il est ainsi question de sujets « déçus par le monde objectal » ou qui ont fait « l'expérience des plus sévères privations ». Il n'y aurait pas, venant d'elle, de véritable enrichissement des théories existantes, Anna Freud ne souhaitant pas réellement modifier la modélisation de 1926.

Dans une conférence de 1964<sup>169</sup> sur « Le traumatisme psychique », elle envisage clairement l'expérience traumatique à partir de la définition freudienne de 1926 : des excitations internes ou externes effractent le bouclier et mettent le Moi en détresse. Tout vrai traumatisme suppose cette faiblesse du Moi, les symptômes en sont décrits. A. Freud part de la conception d'un Moi déjà constitué, cela lui permettant de citer deux conditions allant de pair avec le traumatisme : sa soudaineté/son caractère imprévisible et ses effets observables dans les perturbations du Moi.

---

<sup>168</sup> Gumaraes (R.), *Ibid.*, p.250.

<sup>169</sup> Freud (A.), « Le traumatisme psychique » in *L'enfant dans la psychanalyse*, Editions Gallimard, 1976, p. 204-219. Cit. in Gumaraes (R.), *Ibid.*, p.254.

La vision est encore quelque peu mécaniste (avec des abaissements ou rehaussements de seuils) et le « traumatisme interne » est assez peu évoqué. Certaines positions, un peu radicales, sont aussi avancées : ainsi par exemple, si un enfant est capable de mettre en scène (et même de façon très répétitive) le traumatisme dans ses jeux, s'il garde actifs quelques mécanismes de son Moi, Anna Freud ne reconnaît alors pas le caractère traumatique de l'expérience...

Si je pourrais facilement être d'accord avec l'idée qu'un sujet peut vivre une expérience très difficile sans pour autant être traumatisé, il me semble qu'Anna Freud « force » parfois quelque peu la clinique pour que la théorisation existante puisse l'interpréter. Plusieurs des cas cliniques évoqués par cet auteur concluent en effet sur l'impossibilité de faire la part entre l'événement traumatique initial et ses effets dans le Moi. Cette volonté d'isoler l'événement de ses effets est énigmatique (Anna Freud dispose en effet d'une modélisation permettant de lier l'ensemble), comme si la fille de Freud refusait souvent de prendre position sur le caractère traumatique (et cela y compris dans certaines situations extrêmes de carence).

Lorsque Anna Freud, comme en 1964, reconnaît par exemple que les carences infantiles décrites par Phyllis Greenacre sont bien traumatiques, elle nuance immédiatement son propos, le restreint en se demandant s'il est bien judicieux d'élargir le concept de trauma à ce type de situations...

Elle rappelle fréquemment vouloir restreindre le plus possible l'utilisation du terme de trauma alors qu'elle l'utilise déjà extrêmement peu : une situation n'est traumatique que si le sujet est confronté à un événement pathogène changeant le cours du développement ultérieur et causant une dislocation interne, court-circuitant le Moi.

## 2-1-1 e) Otto Rank, l'univoque du traumatisme : liquider l'expérience à sa source.

Dans le débat entre Freud et Ferenczi sur la question du traumatisme, Otto Rank avait une place particulière. A partir de 1923, date de la parution du *Traumatisme de la naissance*

de Rank et de *Perspectives de la Psychanalyse*, écrit commun de Rank et Ferenczi, le mouvement psychanalytique de l'époque et Freud lui-même prennent position sur le sujet.

La controverse suivant la publication du livre de Rank et de sa dissidence occultera un temps l'effet scandaleux des travaux de Ferenczi.

Jones observera d'ailleurs que les idées de Rank et Ferenczi couvaient dans des écrits précédents la fameuse rupture entre Freud et Ferenczi, idées tendant à vouloir précipiter le temps analytique : le traumatisme de la naissance et les « techniques actives » de Ferenczi concourant tous deux à « abrégé l'analyse ».

C'est en effet aussi parce qu'il a été confronté par Rank dès 1923 à de nouveaux aspects du traumatisme que Freud a très rapidement et de plus en plus cherché à articuler cette question à l'ensemble d'une métapsychologie. La distinction faite entre l'angoisse automatique et le signal d'angoisse est née à ce moment : pour ne pas être débordé par l'irruption de l'angoisse automatique, situation de détresse laissant le Moi sans recours, le Moi déclenche le signal d'angoisse. C'est alors que l'*Hilflosigkeit* du nourrisson devient le prototype de l'expérience traumatique. Face au danger de perte ou de séparation, le signal d'angoisse attend et répète de façon amortie le traumatisme (S. Freud, 1926).

En relisant l'essai de Freud *Analyse terminée et analyse interminable*, T. Bokanowsky remarque que l'inventeur de la psychanalyse l'ouvre avec une référence au *traumatisme de la naissance* de Rank en reconnaissant d'ailleurs un questionnement « audacieux et ingénieux ».

Freud rappelle que la stratégie de Rank est bien de soigner le traumatisme originaire de la naissance par « liquidation » ; ce traumatisme originaire ainsi liquidé, source de la névrose et créant une fixation, Rank supposait dans le même temps soigner la névrose.

J'ai cité dès mon introduction la position de Freud quant à la théorisation de Rank, je rappelle ici comment il l'a lui aussi « liquidée » :

« On n'a pas eu beaucoup d'écho de ce qu'a fait pour des cas pathologiques la réalisation d'un projet rankien. Vraisemblablement pas plus que ce que feraient les pompiers si, en cas d'incendie d'une maison provoqué par une lampe à pétrole renversée, ils se contentaient d'enlever la lampe de la pièce où le feu s'est déclaré. Nul doute que de la sorte on pourrait obtenir un abrègement important de l'acte



d'extinction. Théorie et pratique de la tentative rankienne appartiennent aujourd'hui au passé –tout comme la « prosperity » américaine elle-même. »<sup>170</sup>

Freud rappelle ainsi l'importance du long processus thérapeutique et l'inefficacité d'un sauvetage trop rapide. Il semble cependant reconnaître dans le même temps l'origine de l'incendie, la lampe renversée, fixation originariaire à la mère ?

Freud a bien remarqué que, quel que soit la provenance du danger (du dehors ou du dedans), il y a une valeur traumatique si la situation met le sujet à la fois devant l'impossibilité de s'en écarter comme celle de rester en sa présence. Le vécu alors ressenti (la *Hilflosigkeit*, l'impuissance, ou la dérégulation) pourrait bien remonter à la condition originariaire d'un nouveau-né auquel on n'apporterait aucun secours.

Freud a affirmé que le danger objectif de la naissance ne supportait « aucun contenu psychique » mais il tisse pourtant un parallèle évident, une analogie entre la situation traumatique et « l'expérience vécue de la naissance » ; il souligne même la perturbation économique commune devant le quantum d'excitations non liquidées, ainsi que la réaction d'angoisse survenant alors.

Mais Rank a fait de la naissance un trauma initial, le « substrat biologique ultime » de la vie psychique. Il a pensé trouver dans la venue au monde une « loi psychobiologique normale », la première et seule à portée universelle. Dans cet esprit, cette loi expliquait la fixation à la mère observée dans le transfert, en même temps que le refoulement originariaire du souvenir de ce traumatisme devenait « la cause de la mémoire en général » (O. Rank, 1924). La visée pan-traumatique de sa théorisation devenait alors évidente, O. Rank élargissant son propos à l'ontogenèse comme à la phylogenèse.

Il est aisé de saisir pourquoi Freud n'a pu suivre cette conception du trauma jusqu'au bout, cette dernière atomisait en effet les aléas du développement psycho-sexuel et même l'ensemble de la psychogenèse. Il gardera cependant une certaine déférence envers son audacieux disciple qui aura eu le mérite de souligner l'importance de l'acte de naissance.

---

<sup>170</sup> Freud (S.), *L'analyse sans fin et l'analyse avec fin*, *Ibid.*, p.232.

Dans sa théorisation de l'angoisse, Freud fera d'ailleurs référence à O. Rank, notant qu'elle se forme « d'après le prototype de la naissance » ; mais l'événement n'a pour lui qu'une valeur paradigmatique économique, conçu comme étant le premier faisant surgir un excès d'excitations ne pouvant être évacuées ni maîtrisées par une décharge adaptée. Il ne sera là que pour rappeler la prévalence du principe économique dans les expériences traumatiques, sorte de moule de base, de contenant neurophysiologique.

Comme le rappelle B. Golse<sup>171</sup> citant D. Houzel, le traumatisme de la naissance reprend une certaine « vigueur » dans la pensée clinique contemporaine, notamment pour les auteurs post-kleinien (W.R. Bion, D. Meltzer, F. Tustin et J. Begoin par exemple). La référence au traumatisme devient alors plus structurale qu'étiologique, la naissance étant perçue comme un paradigme plutôt que comme un événement.

*Inhibition, Symptôme et angoisse* (1926) est donc une sorte de réponse à O. Rank sur son livre *Le traumatisme de la naissance*, paru deux ans avant. Freud repense alors et sa théorie de l'angoisse et la question du traumatisme.

En développant les concepts d'angoisse automatique et d'angoisse-signal, il avance l'état de détresse (*Hilflosigkeit*) de l'enfant lié à son immaturité. C'est bien cette détresse qui constitue l'expérience traumatique prototypique, que l'absence de la mère peut réactualiser. En même temps qu'il aborde cet état traumatique, Freud énonce aussi ses possibilités de résolution à travers la symbolisation progressive, sorte de processus anti-traumatique.

Mais la vraie critique de Freud à l'égard d'O. Rank se lit dans *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937). Reprenant le propos de son disciple et de cette fixation originaire à la mère parfois non surmontée et persistant comme « refoulement originaire », Freud réduit avec ironie le travail d'O. Rank au rang d'un « mini débriefing » :

« Grâce à la liquidation analytique après coup de ce traumatisme originaire, Rank espérait éliminer la névrose entière, de sorte que ce petit morceau d'analyse fasse l'économie de tout le travail analytique restant. Quelques petits mois devaient suffire pour cette opération. [...] La tentative de Rank était du reste née de son époque et élaborée sous l'impression du contraste entre la misère européenne de

---

<sup>171</sup> Golse (B.), *Du corps à la pensée*, p. 103.

*l'après-guerre et la « prosperity » américaine, et destinée à aligner le tempo de la thérapie analytique sur la précipitation de la vie américaine. »<sup>172</sup>*

## 2-1-1 f) Les théories « pratiques », l'évacuation traumatique du traumatisme ou comment court-circuiter la symbolisation et le transfert: E.S.P.T., E.M.D.R....

Il est un fait indéniable : les spécialistes en victimologie sont de plus en plus nombreux. Il est difficile de ne pas mettre en relation ce constat avec l'observation critique de Freud à l'encontre d'Otto Rank. Ces critiques, formulées en 1937, reprochaient à Otto Rank et une certaine psychanalyse de vouloir « liquider » rapidement le traumatisme en alignant le tempo de la thérapie analytique sur la précipitation de la vie (américaine en l'occurrence).

Il est en effet tentant, à coup de protocoles, d'espérer débarrasser le sujet de son expérience traumatique le plus rapidement possible (afin peut-être de le rendre efficace et adapté au plus vite). Le souci, c'est que la psychanalyse nous a montré tout l'inverse : ce n'est pas en amputant le sujet de son expérience que l'on pourra l'aider mais au contraire en l'encourageant à s'approprier son traumatisme, le subjectiver.

Le temps de la symbolisation ne peut être court-circuité au risque de ne rien symboliser du tout et même d'entrer en collusion avec le traumatisme, d'en créer un nouveau. N'oublions pas que la plupart des protocoles issus de ces théories « pratiques » s'originent dans le souci de l'état ou des institutions (l'armée, l'entreprise) de « remettre le sujet au travail » (dans le sens du marché, pas celui du travail psychanalytique). On se rappellera par

---

<sup>172</sup> Freud (S.), *L'analyse sans fin et l'analyse avec fin*, p.232.

exemple à quel point l'influence de la guerre du Vietnam sur ce type de « procédures » fut importante.

**L'écart est clair entre ceux qui parlent de « victimologie » et ceux qui parlent de « subjectivation ».** Il est des effets très pervers à vouloir trop considérer le sujet comme une victime, à le départir de sa part de subjectivation, à le rendre aussi passif qu'à pu le faire l'expérience traumatique.

Des positions militantes, l'exacerbation médiatique des témoignages, la volonté juridique et sociétal de reconnaître le préjudice (et d'en espérer d'importants dédommagements) ont envahi le champ du traitement du traumatisme.

Les partisans de ce genre de traitement reprocheront à la méthode psychanalytique deux choses essentielles : la longueur du soin proposé (et donc son coût) et peut-être aussi le fait qu'elle semble négliger, déconsidérer la réalité du traumatisme. Ainsi, les psychanalystes ne seraient pas sur les quais de gare au moment où les trains déraillent, au pied des volcans en éruption ou devant la boutique de l'orfèvre dévalisé.

Je pense que les psychologues et psychanalystes peuvent tout à fait y être, ils y sont le plus souvent, il n'y a qu'à voir à quel point nos patients nous font vivre les scènes traumatiques auxquelles ils ont été confrontés pour s'en rendre compte. Mais le transfert ne se filme pas, heureusement d'ailleurs. Si les psychologues font vite, trop vite, ils font à leur tour traumatisme. Le temps qu'ils se donnent ne néglige en rien l'impact de la réalité (événementielle et psychique) de l'événement, il ne néglige pas non plus le temps nécessaire pour la symbolisation.

De nombreux auteurs ont souligné ces aspects. Je montrerai par la suite comment l'on peut se référer à la méthode psychanalytique sans négliger le poids de l'événement (avec les travaux de la Tavistock Clinic par exemple), comment l'on peut aussi travailler avec le sentiment de culpabilité sans vouloir en délester au plus vite le sujet au risque d'un effondrement (A. Ciccone et A. Ferrant). Il est une façon de penser la symbolisation de l'expérience qui ne passe ni par la victimisation du sujet ni par le refus de penser le poids de l'événement traumatique extérieur ou intentionnel.

Avant d'aborder très rapidement ces théorisations plutôt basées sur une hypothétique efficacité que sur de véritables fondements théoriques, cliniques, métapsychologiques et a

fortiori éthiques, je tenais à souligner qu'une grande partie de la psychanalyse contemporaine s'attache à une très grande prudence face à la chasse aux souvenirs, aux images (sensorielles, oniriques) dans l'analyse du traumatisme.

L'on est aujourd'hui sans doute plus conscient de la complexité des systèmes de traces et de mémoire, comme du processus de subjectivation (on se référera au chapitre 3 de cette thèse pour plus de détails sur ce sujet). Les neurosciences elles-mêmes apportent chaque jour des preuves de cette hyper-complexité.

Nous en savons en tout cas suffisamment pour éviter de trop miser sur la précipitation du souvenir conscient et du bénéfice qui lui serait attaché. Nous en savons trop pour croire que précipiter le destin de la mémoire et idéaliser la décharge sans laisser au sujet le temps d'élaborer suffisamment les couches profondes où s'inscrivent ces traces pourrait aider le sujet.

Le débriefing, appelé aussi déchoquage, détraumatisation ou bilan psychologique d'événement est une proposition d'aide psychologique pour les victimes d'événements catastrophiques. Cette technique est issue d'observations de psychiatres militaires, notamment durant la guerre du Viet-Nam.

Ces derniers, face aux troubles psychiques constatés chez les soldats, ont essayé de limiter à la fois les « dégâts » psychiques et les erreurs d'appréciation, comme d'ailleurs le nombre de désertion. C'est en 1917 que Salomon, psychiatre militaire, dégage les grands principes de la psychiatrie de l'avant (par opposition à l'aide donnée à l'arrière des zones de combat) : proximité, immédiateté, espérance de guérison, simplicité et centralité. Il est évident que l'intérêt suscité alors par ses travaux se fonde pour une grande partie sur une récupération individuelle plus rapide (et donc un retour au combat précoce), une efficacité globale accrue (un meilleur « moral » observé dans les unités ayant bénéficié de cette procédure).

C'est en empruntant le terme au vocabulaire opérationnel de l'aviation que le mot de débriefing apparaîtra en 1975, pour être aussitôt appliqué aux victimes civiles puis clairement codifié, protocolisé. L'U.S. Navy créera le S.P.R.I.N.T. (Special Psychiatric Rapid Intervention Team) en 1977 pour intervenir auprès de victimes de prises d'otages.

Suivront ensuite différentes adaptations de ces techniques (comme celle de Sokol en 1986 avec un dispositif nommé Stress Management Team reprenant les principes de Salomon en y ajoutant la Brièveté ; notons que l'équipe ainsi constituée comprend deux psychiatres, un psychologue, deux assistants sociaux et ...un prêtre, tous les intervenants étant militaires).

Jeffrey Mitchell (1983), psychologue (et ancien pompier) développera le Critical Incident Stress Debriefing (devenant le Traumatic Event Debriefing en 1990) pouvant s'étendre à tous les événements traumatiques et à toutes les personnes concernées (pas seulement les équipes de secours). Ce dispositif, très appliqué en Amérique du Nord, se déroule selon sept étapes, très codifiées :

- introduction (présentation et intérêt du débriefing)
- étape des faits (recréer l'événement)
- étape des cognitions (ce que les participants ont pensé, les distorsions cognitives)
- étape des émotions (ce que les participants ont ressenti, les émotions partagées)
- étape des symptômes (manifestations corporelles et psychiques)
- étape de l'information (sur le stress et ses manifestations, la normalisation)
- conclusion (réassurance et encouragements, distribution des adresses utiles).

On comprendra facilement, sans qu'il soit besoin de plus expliciter, à quel point ces thérapeutiques à volonté anti-traumatique sont éloignées de mon propos. On y trouve en effet des aspects inconciliables et même opposés à la modélisation que j'entreprends :

- Un souhait de protocoliser et le soin et les propos du sujet traumatisé
- L'absence totale de référence aux aspects transféro-contre-transférentiels
- L'accent mis sur les symptômes et l'événementiel : le sujet doit très rapidement « raconter » son traumatisme
- L'incompatibilité de ce type de réflexion avec la conception d'une expérience traumatique pouvant être en partie ou totalement conçue comme non-advenue, non subjectivée, n'ayant pas été vécue par le sujet ; dans le débriefing il y a forcément l'idée d'abrégier, d'exorciser, d'expulser l'excès.
- Plus important et dans ses fondements même, l'idée d'un court-circuit des processus de symbolisation. S'il est vrai que nous pouvons nous accorder à penser que cela va mieux lorsque le sujet dit et partage son expérience traumatique, il est difficile de penser que ce temps puisse être déterminé par un protocole.

- La conception, enfin, d'une expérience traumatique pouvant se dérouler selon une chronologie linéaire. Le temps du débriefing est avant tout celui de l'urgence, il n'est pas celui d'un temps traumatique où l'expérience actuelle viendrait par exemple attirer les expériences antérieures pour les traiter, il est un temps écrasé, réduit à l'urgence, à l'événementiel.

Dans le débriefing, le temps de l'urgence est un temps linéaire et écrasé, il n'est pas concevable en strates, en aller-retour, en non encore advenu, en rythmes... Le temps du débriefing est réduit à l'étape.

Il faut cependant reconnaître qu'en France, et notamment sous l'influence de Louis Crocq (créant les Cellules d'Urgence Médico Psychologiques), des conceptions plus dynamiques des procédures de débriefing ont été pensées. Les étapes deviennent plutôt des objectifs et ce « débriefing à la française » appelé « bilan psychologique d'événement » (Louis Crocq) est plus un canevas qu'un protocole. On retrouve dix objectifs pour ce bilan effectué dans une phase post-immédiate (72 heures suivant l'événement) et concernant un groupe de 5 à 10 personnes ayant vécu la même expérience :

- ouvrir un sas pour replacer le sujet dans le temps, l'espace et les valeurs « normales »
- assurer les survivants de leur existence en facilitant la parole sur l'événement
- faciliter la verbalisation de l'expérience traumatisante
- informer les sujets sur les effets du stress et du traumatisme
- aider les rescapés à prendre conscience du caractère « commun » de leurs réactions (et non pas « normal »)
- atténuer les tensions du groupe
- atténuer les « sentiments néfastes » pour l'avenir
- anticiper le retour au monde normal
- repérer la fragilité de certains sujets pour lesquels il faudra proposer un soutien psychothérapique
- aider les sujets à « conclure » leur expérience.

Certains débriefings ont certes une perspective plus psychodynamique mêlée à des considérations cognitives, l'expérience francophone avec L. Crocq notamment (1999) a essayé d'assouplir les protocoles anglo-saxons entrepris avec des visées préventives et thérapeutiques. Mais, si l'on reprend les « dix principes de Crocq »<sup>173</sup>, certains me paraissent encore plus qu'énigmatiques...

Je citerai ainsi le deuxième principe : « Conforter les rescapés « dépersonnalisés » dans leur personne, **personne qui n'a pas été abandonnée**<sup>174</sup>, qui est entendue et soutenue, mais qui doit récupérer son autonomie ». Faire cela c'est refuser en bloc les conceptions winnicottienne ou férenczienne du traumatisme. Ou encore le dernier principe : « Aider les sujets à mettre un point final à leur aventure » (je rappelle qu'il s'agit d'une intervention immédiate ou post-immédiate !).

Bien que souhaitant aller au-delà du récit factuel pour favoriser la verbalisation de l'expérience vécue, les ambitions normatives de ces modes d'action me semblent qui plus est en totale contradiction avec la clinique relevée dans les expériences traumatiques.

Le risque le plus grand est sans doute de réduire le traumatisme **du sujet à l'événement venant de se produire et de rabattre la question du trauma sur l'événement.**

Les auteurs de ces techniques, parfois sensibles à ce type de critiques, cherchent quelquefois à améliorer ce type de proposition d'aide.<sup>175</sup>

Les interventions post-immédiates se résument en général en un débriefing individuel ou collectif qui s'effectue à partir de procédures narratives et cognitives codifiées ou reprenant très précisément les faits pour faciliter les émotions et réflexions qui y sont attachées. Au mieux, lorsqu'il y a entretien psychologique, il prend le plus souvent la forme d'un groupe de parole en proposant à plusieurs victimes d'un même événement de s'exprimer.

---

<sup>173</sup> Crocq (L.) *et al.*, *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, p.117.

<sup>174</sup> C'est moi qui mets en caractères gras.

<sup>175</sup> C'est dans cet esprit que se développe l'I.P.P.I. (Intervention Psychothérapique Post-Immédiate), distinguée des soins précoces ou immédiats délivrés le jour même de la catastrophe (Duchet *et al.*, 2004). L'I.P.P.I. est conçue comme l'amorce d'un processus thérapeutique avec un cadre strict mais un déroulé se souhaitant plus souple et centré sur le vécu subjectif de chaque participant du groupe afin avant tout d'atténuer les effets potentiellement traumatiques de l'événement.

Je remarque cependant que l'argument est toujours le même concernant la réponse des créateurs de ces actions brèves face aux traumatismes : ils se défendent des critiques en prétextant faciliter l'accès aux soins. On trouve cela tout particulièrement dans la conception de l'E.M.D.R.



On parle aussi de *defusing* (déchocage ou désamorçage en français) pour l'intervention médico-psychologique immédiate : effacer les symptômes de la réaction immédiate, soustraire le sujet au choc et enrayer le développement traumatique. Il s'agit alors de calmer et sécuriser, contenir en proposant au sujet de s'exprimer, le rassurer, l'informer sur les suites et aides possibles (cela y compris en remettant des fiches d'information), avec la volonté aussi de dépister les symptômes du trauma et de « trier » les sujets en fonction des aides à apporter.

Les risques de telles pratiques sont évidents : l'unique attention aux symptômes « bruyants », le harcèlement en place de la proposition thérapeutique, la surmédication, la sous-estimation de l'impact de l'événement (que l'on risque de dédramatiser), la déculpabilisation à tout prix...

Si l'on doit observer un réel effort de ce type de débriefing pour penser l'expérience du sujet et la proposition thérapeutique de façon un peu plus dynamique (et plus phénoménologique qu'économique), le lexique même utilisé est révélateur d'une conception du traitement de l'expérience traumatique très différente de celle proposée par la théorie psychanalytique.

Je ne reprendrai pas tous les points (y compris l'insistance sur la verbalisation de l'expérience), mais le fait même de privilégier le « rescapé » au sujet induit une relation d'objet partielle face au traumatisme ; il en est de même pour l'idée d'« événement » très réductrice face à une conception de l'expérience déployable sur différentes strates temporelles. Enfin, comment peut-on envisager qu'un sujet puisse « conclure » son expérience ? Que signifient les sentiments « néfastes » ? Pourquoi privilégier la « réintégration » dans la normalité au détriment d'une exploration approfondie de son expérience menée par le sujet lui-même ?

Ce type de proposition (et malgré les précautions prises par leurs auteurs<sup>176</sup>) reste selon moi marqué par le souci de l'urgence et d'un souhait plus réadaptatif ou rééducatif (pour ne pas dire normatif) que réellement thérapeutique.

Je reviens cependant sur quelques propositions françaises présentant les interventions post-immédiates ou le « débriefing psychodynamique » en référence à la théorie psychanalytique : « Le débriefing psychodynamique n'est ni informatif, ni cathartique, ni

---

<sup>176</sup> Beaucoup de psychologues utilisant ces techniques rappellent aussi la nécessité de résister à la pression sociale actuelle pour ne pas systématiser ce type d'aide.

normalisateur. »<sup>177</sup> Ces techniques sont utilisées par des psychologues cliniciens ou psychiatres formés à l'animation de groupes et à la psychopathologie, ayant les compétences pour affiner les indications

Le débriefing collectif par exemple, organisé deux à huit jours après l'événement, est effectué avec un groupe de cinq à dix personnes, l'animateur ne cherche pas à interpréter mais à faciliter la parole, favoriser un questionnement personnel à partir de l'expression des émotions et vécus corporels. Il n'est pas fondé sur un protocole déterminant l'ordre d'une investigation mais s'attache à reprendre avec chaque participant le vécu de l'expérience en essayant de la rattacher à des représentations, d'éviter les discours factuels. : « Cette construction est évolutive. Il ne s'agit pas d'obtenir un récit objectif, descriptif et détaillé de ce qui s'est produit mais plutôt un récit vivant, subjectif de ce qui a été vécu par chacun. »<sup>178</sup> Son action est avant tout préventive et doit donner suite à une thérapie plus approfondie pour les sujets les plus fragiles.

La conception même de la temporalité impliquée dans ces techniques me semble cependant difficilement compatible avec la complexité de la construction de l'expérience traumatique que j'ai plusieurs fois soulignée. Tout se passe comme si ces conceptions applatissaient, rabattaient le temps traumatique à un temps linéaire et même à un point temporel : j'ai nommé l'urgence.

Le temps est d'ailleurs tellement rabattu qu'il est souvent anticipé, les effets traumatiques étant paradoxalement quasiment prévus par ces protocoles ou « plans de pensée ». En accord avec les considérations de S. Korff-Sausse<sup>179</sup>, il me semble très important de maintenir la distinction entre l'E.S.P.T. et le traumatisme, le concept de « stress post traumatique » étant fondé sur une logique médicale ou psychiatrique incompatible avec l'approche psychanalytique.

Ferenczi, dans la rédaction de son *Journal clinique*, a bien montré comment la remémoration d'une scène traumatique, et même sa reviviscence dans la séance lors d'une « transe », ne suffisait pas à guérir le patient (les symptômes revenant assez rapidement).

---

<sup>177</sup> Damiani (C.), « Psychothérapie post-traumatique et réparation », in Marty (F.), *Figures et traitements du traumatisme*, p.103-134.

<sup>178</sup> *Ibid.*, p.117.

<sup>179</sup> Korff-Sausse (S.), « Le trauma : de la sidération à la création », in *Figures et traitements du traumatisme*, p.199-222.

Freud lui-même avait fait des observations similaires notamment dans la célèbre séance du 08 mai 1999 où Emma Eckstein jette des souvenirs traumatiques, « vomit » toutes les scènes traumatiques, la remémoration n'ayant alors aucun effet d'appropriation subjective mais gardant plutôt une valeur défensive.

Comme le remarque Rosa Gumaraes<sup>180</sup>, ce sont les psychiatres plus que les psychologues qui ont commencé à repenser la clinique du traumatisme. Depuis 1985 notamment, de nombreuses thèses de médecine portent sur ce sujet, relancées par l'introduction dans le D.S.M.-III<sup>181</sup> (1980) puis dans le D.S.M.-IV du Post-Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D.) –ou Etat de Stress Post Traumatique (E.S.P.T.). Ces modélisations, très descriptives et symptomatiques (jamais processuelles) se sont elles-mêmes développées avec les nouvelles guerres (Vietnam puis guerre du Golfe, des Balkans, terrorisme...).

On retrouve une très forte influence de ces conceptions thérapeutiques dans la conception symptomatologique et l'idée d'un syndrome spécifique tel qu'il apparaît dans le D.S.M.III puis dans le D.S.M.IV au chapitre *Troubles anxieux*. Dans les deux nosographies de ce chapitre, assez indifférenciées (les troubles phobiques ou névroses phobiques et les états anxieux ou névroses d'angoisse), l'Etat de Stress Post-Traumatique (E.S.P.T.) surgit dans ses formes aiguë ou chronique (différée).

Je ne reproduirai pas ici la description et les critères de diagnostic de ce Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux<sup>182</sup> mais me contenterai de rappeler qu'il s'agit uniquement de l'exposé des caractéristiques essentielles de symptômes typiques faisant suite à un événement traumatique : reviviscence de l'événement, émoussement de la réactivité, réduction du contact avec l'extérieur, symptômes neurovégétatifs, dysphoriques ou cognitifs...

Le modèle de construction de cette description étant purement nosographique et symptomatologique, on ne s'étonnera pas de n'y trouver aucune référence à une conception psychodynamique et intersubjective du sujet, pas plus qu'aux processus de symbolisation mis en jeu. Ce recueil diagnostique liste des éléments sans s'intéresser réellement à leur

---

<sup>180</sup> Gumaraes (R.), *Ibid.*

<sup>181</sup> *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders.*

<sup>182</sup> On pourra se référer au D.S.M.III ou D.S.M.IV.

déploiement, cherche à les quantifier (sur une échelle de sévérité des facteurs de stress codée de 1 à 6 dans le D.S.M.3.R.).

Globalement, ce manuel regroupe les critères selon quatre thématiques : l'accident, les modalités psychiques de répétition, la diminution de l'activité du sujet et les troubles cognitifs et affectifs. Dans cette tétrade, le D.S.M.III. identifie donc un syndrome typique, voire un noyau spécifique. L'assurance du lexique utilisé comme de la conception du « noyau dur » du traumatisme laissent perplexe... : il y aurait une relation bi-univoque avec l'accident, l'authenticité absolue du tableau clinique serait affirmée.

Il faut aussi noter que sont rejetés dans les « pathologies associées » les cas cliniques n'entrant pas dans les critères définis, bien qu'authentiquement traumatiques.

Le vocable de P.T.S.D. (Post-Traumatic Stress disorder) a même été adopté par la Classification Internationale des troubles mentaux dans sa dixième révision de 1992 (CIM-10) avec pour seul ajout concernant les cas sévères un diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (grossièrement le tableau d'une névrose traumatique). Remarquons avec L. Crocq que l'implantation du vocable anglais *stress* est le reflet d'une position biologisante et simplificatrice de la notion de névrose, clairement récusée par les auteurs du D.S.M. en raison de sa connotation psychanalytique.

Certains défenseurs de ce type d'entreprise nosographique et de dépistage reprennent les critiques des psychanalystes européens notamment en leur reprochant d'oublier que ce manuel ne vise pas au développement d'une psychiatrie clinique mais à l'instauration d'un guide diagnostique moderne et efficace préparant les cliniciens aux méthodologies informatiques. Mais c'est justement cela qui me semble être reprochable.

Cette conception de l'expérience traumatique est incompatible avec une grande part de la clinique que j'ai observée, elle ne permet en tout cas absolument pas d'en lire le versant dynamique. Elle se fonde sur un versant prétendument objectivable des troubles, sur l'événementialité de l'expérience en court-circuitant la complexité de sa saisie/ressaisie par le sujet.

Dans cette conception, ce n'est plus le noyau traumatique de l'expérience qui est évacué, c'est le sujet lui-même. Cela est évidemment dû à sa conception même, uniquement

descriptive et symptomatique, fondée sur la moyenne des réactions observées chez les sujets victimes de traumatismes.

Concernant cette fois les thérapies cognitivo-comportementales, leur principe de base est assez simple : raisonner en partant du comportement du patient pour comprendre le cas, fixer les objectifs thérapeutiques et les interventions, évaluer enfin les résultats. Les T.C.C. cherchent l'amélioration de la qualité de vie, l'adaptation avant tout, cela tenant à une modification comportementale.

Une des différences essentielles dans le traitement de l'expérience traumatique réside avant tout dans le fait de ne pas considérer la complexité du sujet, mais plutôt de « cibler » des actions pouvant être traitées successivement. Selon moi, en décortiquant (ou croyant le faire) l'expérience traumatique des patients, en isolant des secteurs, ces « thérapies » (qui travaillent évidemment uniquement sur l'axe symptomatique) ne font rien d'autre que mettre en œuvre une variante de la position phobique centrale, évitant toute mise en réseau des expériences potentiellement traumatiques.

Les techniques alors utilisées de gestion du stress, d'affirmation de soi ou de résolution de problèmes sont évidemment tout à fait opposées à la méthode psychanalytique et particulièrement au propos soutenu dans cette thèse.

Il suffit de lire les auteurs les plus autorisés de ces propositions thérapeutiques pour s'en rendre compte : le déroulement d'une TCC est très standardisé. Concernant particulièrement l'application de ces techniques au traitement du traumatisme, les méthodes sont suffisamment explicites en visant le noyau traumatique sur un modèle médicale de décontamination : technique d'exposition directe (DET), inoculation du stress (SIT), thérapie cognitive ciblée (trauma focused therapy ou TFT) ou éventuellement en n'abordant le trauma que par le handicap fonctionnel suscité (traiter une dépression, l'agoraphobie...). La base du traitement est bien sûr l'apprentissage conditionné et pas la symbolisation.

L'E.M.D.R. (Eye Movement Desensitization Reprocessing) enfin, méthode "thérapeutique" proposée par Francine Shapiro en 1989 prend en ce moment une ampleur considérable dans le traitement du traumatisme.

Elle revient à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la psyché (la conscience) des « affects pathologiques » (!). On la dit indiquée tout particulièrement pour l'E.S.P.T.<sup>183</sup>

C'est par hasard que F. Shapiro découvre cette méthode en se promenant dans un parc. En faisant des mouvements avec ses yeux, elle observe que, simultanément, ses pensées négatives s'élaborent et se transforment. Les contenus ne disparaissent pas, mais leur charge négative oui. Elle continua cette expérience en réactivant en mémoire de mauvais souvenirs tout en s'imposant des mouvements rapides des yeux (latéraux ou en diagonale).

En demandant aux sujets de se focaliser sur des traces mnésiques négatives, cette technique propose ensuite de systématiser cette démarche en mettant en évidence des effets de restructuration mnémomique.

Les supports théoriques de l'E.M.D.R. sont extrêmement fragiles, pour ne pas dire inexistant, revenant finalement à considérer que le sujet peut métaboliser ses vécus traumatiques... Ce modèle n'est en fait compréhensible par aucun modèle neurobiologique. Les seules références à des travaux scientifiques rappellent les mouvements oculaires rapides survenant au cours du sommeil paradoxal et des états de rêve, mais ne tissent aucun lien véritable entre ces travaux et la question du traitement thérapeutique. L'explication avancée ressemble fort selon moi à l'exposé d'un syllogisme : le travail du rêve élabore le traumatisme – il y a des mouvements oculaires pendant le travail onirique – une thérapie fondée sur des mouvements oculaires devrait permettre de traiter le traumatisme. On comprend pourquoi la première hypothèse de Shapiro et Forrest (1997) se fondait sur les travaux de Pavlov (1927), revenant à rétablir une sorte d'équilibre dans une pathologie neuronale.

Shapiro a avancé l'idée que le traumatisme surexcitait le système nerveux que les mouvements des yeux pouvaient inhiber, contrecarrer. :

*« C'est l'idée d'un traitement adaptatif de l'information conduisant l'organisme à une résolution adaptée –c'est-à-dire à des associations appropriées qui vont permettre au patient de faire quelque chose de ce qui lui est arrivé en transformant et en intégrant dans un nouveau schéma positif et constructif ses cognitions et ses émotions- qui guide toute la démarche EMDR (adaptative information processing model) »<sup>184</sup>*

---

<sup>183</sup> C. Tarquinio signale qu'il y a aujourd'hui aux U.S.A. plus de publications concernant l'E.M.D.R. que pour toute autres propositions thérapeutiques, y compris médicamenteuses. Tarquinio (C.), « EMDR et prise en charge du psychotraumatisme », in Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes., *Ibid.*, p.157.

<sup>184</sup> *Ibid.*, p.159.

Très pratiquement, il est demandé au patient pendant les séances de bouger les yeux de gauche à droite, à un rythme régulier, en pensant à des événements traumatiques parfois décomposés selon les éléments de stimulations associées. Le thérapeute aide alors le sujet à resserrer son attention sur une visualisation de la scène traumatique et à rechercher la représentation visuelle la plus proche de l'affect suscité. Le patient énonce alors une conviction (cognition) négative de lui-même (exemple : « je suis nul ! ») et l'affect relié à l'image en évaluant son intensité sur une échelle de 0 à 10 (le SUD, Subjective Unit of Distress). Simultanément, le thérapeute le soutient dans l'identification des sensations corporelles et l'accompagne d'images et d'affects.

Une direction « positive » est ensuite définie entre le thérapeute et le patient, une phrase qui doit contenir la maîtrise de la situation (une cognition positive cette fois), le patient évalue ensuite la force de cette conviction associée à la pensée positive, cette fois sur une échelle de 1 à 7 (le VOC, *Validity Of Cognition*). L'association des mesures sur les deux échelles permettra ensuite au thérapeute d'évaluer le degré atteint dans la résolution du trauma, comme la progression à maintenir vers des constructions de plus en plus adaptatives.

Suit une phase de désensibilisation avec des séries de mouvements latéraux de vingt secondes à quelques minutes (le patient suit des yeux le doigt du thérapeute) gérée selon le comportement émotionnel du patient, ses prises de conscience... le thérapeute interprète peu mais ramène sans cesse l'attention du patient sur le matériel révélé.

Le patient parle généralement au thérapeute entre les séries de mouvements oculaires, surtout pour décrire ce qui se passe.

D'autres phases suivent : « installation » (implanter la conviction positive, du type « Je peux reprendre goût à la vie »), « scanner du corps » (vérifier les réactions résiduelles)...

Il est donc avant tout question de comprendre l'expérience en termes de systèmes d'informations ou de traitement de l'information (jamais de symbolisation). L'E.M.D.R. est une thérapie fondée clairement sur un protocole, d'ailleurs très facile à enseigner (il est en effet beaucoup plus facile et rapide de devenir thérapeute en E.M.D.R. que psychanalyste). C'est pour cela aussi que j'ai choisi de l'inscrire dans les « théories pratiques » du traitement de l'expérience traumatique.

J'ai reçu une patiente adressée au service de soins dans lequel je travaille avec un mot ainsi rédigé du psychologue clinicien qui avait assuré son accompagnement dans le cadre d'une thérapie E.M.D.R. : « Je vous adresse cette patiente que j'ai guérie de son premier

inceste, je vous prie de bien vouloir prendre en charge l'abus sexuel commis à son adolescence. » Cela reflète assez bien je crois la conception du traumatisme supportée par cette technique.

J'aurais pu dans ce chapitre aborder d'autres techniques comme l'hypnose, qui fondent plutôt leurs propositions thérapeutiques sur des actions se voulant brèves et efficaces en ce qui concerne le traitement du traumatisme. Le lecteur aura compris je crois en quoi le champ dans lequel j'inscris mon propos est bien différent de ce type de techniques.

Sur toutes les propositions techniques visant à accélérer le temps de traitement du traumatisme et se fondant sur l'idée qu'« en dire le plus possible et le plus tôt possible » serait bénéfique au sujet, je laisse répondre Abraham et Torok :

« Du crime qui pèse du poids de la réalité, comment se défaire ? On pourrait penser que lorsque le secret devient trop lourd à porter il suffise d'accepter l'exquise défaite qui consisterait à s'en décharger. La tension devenue intenable, on se rendrait au commissariat et on se constituerait prisonnier. « Se mettre à table », quel doux repas ! le rêve de tout cryptophore. De fait, ne se rend-il pas, lui aussi, chez l'analyste dans le but de se dénoncer ? C'est une fois sur place que force lui sera de constater que même un tel soulagement en catastrophe lui est dénié. Dès la première tentative, son entreprise s'avère impraticable. Comment, en effet, mettre en mots l'innomable ? Le ferait-il, il en mourrait foudroyé, le monde entier serait englouti dans ce cataclysme, le commissariat et le divan de l'analyste y compris. S'il avait eu la tentation de parler, ce n'était certes pas pour détruire l'univers, mais pour mieux le sauvegarder, au risque même d'en faire une prison. Aussi, après quelques hésitations prendra-t-il une option différente, la seule possible : changer l'analyste-commissaire en analyste-complice et revivre avec lui, entre les mots, ce qui, dans les mots, n'a pas de place. On comprend dans ces conditions que la Réalité –en tant que crime commis- devra tôt ou tard faire son apparition au cours de l'analyse. Ce sera alors le commencement de la fin. En attendant le secret n'en pèse pas moins sur la cure, de sa présence occulte. La crypte est là avec sa belle serrure, mais où est la clé pour l'ouvrir ? »<sup>185</sup>

Dans ces différentes théorisations, que j'ai souhaité regrouper en raison de leur insistance sur les aspects économiques et quantitatifs à la source de l'expérience traumatique,

---

<sup>185</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.254.



certaines sont évidemment beaucoup plus nuancées que d'autres. On voit bien ainsi à quel point Freud a constamment modulé son propos en essayant de pondérer ce facteur quantitatif, en élargissant constamment sa définition du trauma.

On gardera à l'esprit cette nuance de taille, on comprend bien que les travaux freudiens ne peuvent être mis sur le même plan que les conceptions « pratiques » du traumatisme que j'ai évoquées (comme l'E.S.P.T. et l'idée de débriefing qui lui, contrairement à la technique analytique, court-circuite par exemple totalement le temps de la symbolisation et de la réflexivité, fait comme si l'expérience traumatique ne traversait pas l'appareil psychique et restait en surface, prête à être évacuée de la psyché à la moindre brèche).

La psychanalyse ne doit sans doute pas éviter la question de réduire la souffrance du sujet. Cette exigence, qui peut-être légitime pour F. Marty, l'est cependant

*« (...) si elle ne fait pas l'économie du Sujet, de la place de l'Etre au cœur de cette question, de la question même de l'Etre dans ce qu'il dit de et par sa souffrance. En d'autres termes, si elle ne fait pas l'économie de penser que l'apaisement de la souffrance (non pas sa disparition, mais son apaisement) aurait plutôt à voir, d'abord et essentiellement, avec une modification, pour le sujet, de son rapport à l'existence. »<sup>186</sup>*

On retrouve dans certaines théorisations l'idée d'une conception « pan-traumatique » de la psyché, où le traumatique serait constitutif de la psychogenèse et non plus seulement d'un développement pathologique.

L'amorce de ce type d'approche était présente chez Freud soutenant une définition du trauma coextensive à tout le champ des expériences infantiles provoquant de vastes mouvements d'investissements/contre-investissements/sur-investissements. Cela ne signifiait pas pour lui que toutes ces expériences étaient traumatiques, mais seulement qu'elles l'étaient potentiellement en fonction de chaque sujet.

---

<sup>186</sup> Marty (F.), Introduction à *Ce que souffrir veut dire*, p.16.

## 2-1-2 Les théories pan-traumatiques

Les courants psychanalytiques les plus contemporains semblent élargir le caractère traumatique à toute excitation. Tout appareil psychique suppose même alors parfois du « traumatisme à intégrer ».

L'extension du concept de traumatisme est en effet importante, au prix parfois d'une certaine confusion. L'existence même de l'objet supposerait alors un traumatisme. Pourrait-on alors parler d'objet traumatique ? Si tel est le cas, cela relèverait-il d'un pléonasma ? Sinon, l'objet traumatique serait-il une déclinaison des nuances de l'objet, de la même façon qu'il existe des objets autistiques, fétiches, transitionnels ou séparés ?

César et Sarah Botella (1995) avancent l'idée d'une potentialité traumatique : « Avec la deuxième topique, on ne peut plus concevoir le psychisme selon l'emprise de la réalisation du désir ; il a aussi la lourde tâche de gérer **une potentialité traumatique permanente le constituant.** »<sup>187</sup>

Freud avait bien l'idée d'une potentialité traumatique (dès 1898 notamment avec la notion de névrose actuelle et la difficulté du psychisme de représenter l'excès de libido sexuelle, mais aussi ensuite en 1900 dans *L'interprétation des rêves* avec la définition du désir, le mouvement de la détresse à l'hallucinoire supposant à sa source un état de trauma, un excédent économique). La « preuve » de cette potentialité traumatique se trouve d'ailleurs dans la tendance du psychisme à halluciner pour décharger, voire pour accomplir le désir sous une forme hallucinoire.

Les expériences de perte dès les premiers mois de la vie sont toutes plus ou moins traumatiques, selon les qualités d'amortissement de son environnement. Ces traumatismes sont inévitables et même nécessaires au déploiement des fantasmes originaires notamment, dans leur version structurante. Bien entendu, ces traumatismes ne sont organisateurs que si le seuil de l'excitation reste supportable par le sujet.

---

<sup>187</sup> Botella (C. et S.), « Sur le processus analytique : du perceptif aux causalités psychiques », p.355. C'est moi qui mets en caractères gras.

Dans cet esprit, Joyce Mac Dougall (1996) considère également toute confrontation à la différence des sexes comme traumatique, comme la confrontation à l'altérité et à la mort. Insistant, privilégiant même la représentation (plutôt que le principe de plaisir par exemple), ces auteurs remarquent en général qu'il est plus question de représenter, d'ordonner l'expérience traumatique plutôt que d'évacuer le déplaisir. On voit bien la différence avec les premières approches freudiennes du traumatisme.

Quelles peuvent être les conceptualisations rendant compte de situations traumatiques aussi différentes que des événements extérieurs violents (intentionnels ou non), des confrontations plus ou moins radicales à l'altérité, un afflux d'excitations externes ou internes ?

En tant que situation ouvrant au désordre et à la désorganisation, l'expérience traumatique peut être considérée comme prototypique de l'expérience humaine et de ses aléas. En cela, **toute recherche sur le traumatique peut et doit s'ouvrir à l'ensemble de la vie psychique :**

*« Le traumatisme peut aussi être considéré comme une situation paradigmatique à l'origine du développement psychique. Toute épreuve de séparation, d'altérité, de réalité, est une épreuve traumatique, ou microtraumatique, qui impose un travail psychique maturatif, et conduit à une croissance mentale. On peut ainsi considérer des variations de gradients du traumatisme sur une ligne qui va des situations les plus ordinaires de rencontre avec la réalité, avec le monde, nécessaires au développement psychique de tout sujet, jusqu'aux situations les plus toxiques, désorganisatrices, antagonistes avec toute croissance mentale. »<sup>188</sup>*

M. Fain a nommé « état traumatique » l'état d'un sujet lorsque survient une mise en réel ou un événement susceptible d'être interprété comme une mise en œuvre de la castration. Cet état se trouve bien sûr chez des sujets normalement névrosés quand la perception d'un manque peut reproduire l'effet de la perception de la castration.

Pour M. Fain, la *réification* de la castration veut dire que la menace de castration n'a pas pu être amortie, temporée par la tendresse des parents : « (...) le tendre « mais non ce n'est pas vrai » est devenu pour l'enfant « c'était donc vrai, la castration existe, la tendresse

---

<sup>188</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.33.

n'était que mensonge ». »<sup>189</sup> Il s'agit bien d'un état traumatique montrant l'impossibilité du travail du deuil et faisant sans cesse revenir à la mémoire l'état de détresse suivant la menace de castration, cet état est cependant transitoire.

Selon cet auteur, ces états surgissent plutôt chez les sujets « gâtés » par la vie, normalement organisés sur une structure oedipienne mais pour lesquels un événement brusque remet en question la négation de la réalité de la castration. Ces sujets, un peu plus fragiles que les « autres » névrosés, n'ont cependant pas été confrontés à des situations traumatiques précoces.

Ma recherche s'inscrit dans cet écart, ce paradoxe où j'aimerais à la fois considérer l'expérience traumatique comme paradigmatique de l'expérience humaine tout en conservant plus qu'une nuance entre les deux grands types d'expériences, organisatrices et désorganisatrices ; j'insiste à nouveau pour dire qu'il existe entre ces types d'expériences (pourtant situées sur un continuum de vie psychique) des différences de nature plus que de niveau. Elles engagent cependant bien toutes le rapport à l'humain, la question de l'organisation/désorganisation de la psyché .

## 2-1-2 a) La traumatophilie

En explorant une « dimension cachée de l'instinct de vie »<sup>190</sup> dans la clinique des adolescents et post-adolescents, Jean Guillaumin fait l'hypothèse d'« (...) une sorte d'appétence ou besoin traumatophilique, ou traumatotropique, impliquant une recherche des limites de l'excitation. »<sup>191</sup> J.Guillaumin précise que ce besoin pourrait bien être étendu à l'ensemble des sujets (l'adolescence étant seulement un temps où les mutations sont très observables).

---

<sup>189</sup> Janin (C.), « Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme », in *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation.* p.66.

<sup>190</sup> Du nom du sous-titre de son article « Besoin de traumatisme et adolescence », 1985.

<sup>191</sup> *Ibid.*, p.127.

Ce besoin (plus que désir) génère des déplacements de désirs d'objets et d'importants changements dans leurs modalités et finalités :

*« Il s'exprimerait par la recherche active de situations de rupture dans l'équilibre pulsionnel, pouvant ou non correspondre à la perte volontaire ou à la destruction douloureuse et systématique de certaines relations, pour des raisons en quelque manière vitales, orientées par l'accomplissement des tâches majeures de la vie, dont la première est de devenir soi. »<sup>192</sup>*

L'auteur poursuit en notant que ce besoin inhérent aux instincts de vie a été insuffisamment considéré par Freud, insistant sur *la face cachée plus dynamique du traumatisme qui serait en partie passée inaperçue*. Selon lui, les études se sont jusqu'alors (il écrit cet article en 1985) trop centrées sur les aspects pathogènes du traumatisme **« (...) improprement défini et presque toujours envisagé négativement, sous l'angle de son pouvoir désorganisateur ou déformant, malgré la logique interne de la pensée freudienne sur l'après-coup. »<sup>193</sup>**

J.Guillaumin donne de nombreux exemples obligeant à penser autrement la pratique psychanalytique, en tenant compte de ces formes de la négativité souvent négligées ou craintes par les psychanalystes.

Le risque serait en effet que le patient ou le thérapeute idéalise ces chocs spontanément utilisés par l'appareil psychique. Mais l'attention du thérapeute à ce type de violence est loin des « techniques actives » préconisées par Ferenczi, il s'agit d'accorder attention et sens à des agirs spontanés non manipulés ni provoqués dans la psyché.

Considérant la difficulté d'instaurer un travail psychanalytique avec les adolescents, J.Guillaumin remarque que les « acting out » apparents de ces sujets sont souvent des « acting to go out », une façon d'expulser le thérapeute pour qu'il soit partie prenante aux objets internes du sujet. On retrouve, d'une certaine façon, une manière de traumatiser le thérapeute pour organiser son propre traumatisme, ce court-circuit de la névrose de transfert pouvant aussi être conçu comme une nouvelle « naissance ». Le danger contre-transférentiel est alors réel avec la présence d'actes pouvant accompagner cette séparation.

---

<sup>192</sup> *Ibid.*, p.127.

<sup>193</sup> *Ibid.*, p.127-128. C'est moi qui mets en caractères gras.

Il est intéressant de remarquer avec J.Guillaumin le fait que le patient mette le psychologue devant un « à prendre ou à laisser », qu'il le force soit à le suivre dans une place désignée, soit à disparaître. Cela rejoint tout à fait les observations que j'ai pu faire précédemment concernant certains moments où le thérapeute doit accepter une certaine mise en situation de passivité, presque d'être manipulé. Je signalai également que cette zone là n'était jamais une zone d'échanges tempérés, à moins d'accepter un processus « faussement analytique » (J.Guillaumin) où l'on discuterait trop sagement.

Le problème est en effet double, concernant aussi bien l'issue thérapeutique (en forme de rupture possible) que la « métapsychologie » de cette issue, sachant qu'elle est souvent positive. Le paradoxe est en effet qu'un bénéfice thérapeutique est obtenu d'un rejet du travail de mise en lien. Plusieurs hypothèses peuvent être faites :

- Cela se produirait à un moment de « saturation traumatique » où le sujet craindrait une invasion ou une confusion topique insurmontable. Il faut toutefois noter que ce qui est rejeté concerne plutôt le lien transféro-contre-transférentiel et sa dynamique, les progrès réalisés précédemment dans la thérapie étant en général bien conservés.
- Il pourrait s'agir d'un travail de maturation autogène, le Moi grandissant indépendamment du thérapeute ; l'évacuation du lien avec le thérapeute permettrait alors une sorte de liquidation d'une pseudo-névrose de transfert dans laquelle le thérapeute n'aurait eu qu'un « petit » rôle.

Mais on retrouve plus tard des traces d'un véritable travail analytique et surtout, la liquidation est violente, urgente, il faut rejeter, changer les investissements au plus vite.

- D'un point de vue économique, on pourrait enfin penser qu'il s'agit d'une défense contre une « intoxication naturelle » semblable à l'incapacité physiologique d'une mère à contenir plus de neuf mois le fœtus. Les théories de Bion permettraient alors de lire ce phénomène comme celui d'un appareil psychique auto-détoxifiant encourageant à : « (...) la transformation du rapport transférentiel-contretransférentiel en activité parasite, dont l'expulsion se ferait à la manière de la mue des insectes ou des serpents,

se débarrassant de leur vieille peau devenue gênante et « morte », cela au prix d'un certain effort et d'un minimum, là-aussi, de violence. »<sup>194</sup>

Mais J.Guillaumin reconnaît lui-même que cette dernière hypothèse, trop développementale et mécanique, ne peut vraiment s'intégrer dans la métapsychologie psychanalytique. Elle sous-estime également la rapidité de la mutation possible de la relation patient-thérapeute, avec par exemple une rupture brusque et radicale ou un basculement vers une relation amicale voire pédagogique.

- C'est finalement la valeur de crise qui semble la plus évidente. L'issue urgente est un besoin vital engageant les pulsions du moi ou d'auto-conservation, le rapport d'étayage entre ces pulsions et les relations d'objets.

Le sujet change ce rapport en s'auto-amputant de la satisfaction du transfert (on retrouve là un lien avec les théories férencziennes du traumatisme et de l'autotomie), comme redoutant une dépendance érotisée et passive à une image maternelle. Cette réaction est assez proche de la réaction thérapeutique négative.

Ce qui intéresse au plus près ma recherche dans cette modélisation de J.Guillaumin, c'est **le véritable appel au traumatisme** qu'elle sous-entend. La « transmutation » des liens transféro-contretransférentiels est ainsi entendue, sorte d'« interférence traumatique » entre patient et thérapeute cherchant à éviter la dépendance érotisée.

Plus encore, c'est à « une médiation violente du réel », je dirai traumatique, que le sujet fait appel. Cette médiation est aussi une recherche du père qui risquerait d'être exclu dans cette « néo-relation maternelle archaïque » du transfert qui participe paradoxalement à une différenciation thérapeutique.

Cette conception dynamique du traumatique ou plutôt de l'« analysant-traumatisant » est selon moi intégrée dans une théorisation « pan-traumatique » dans le sens où J.Guillaumin l'élargit très clairement au-delà de la clinique adolescente et en retrouve le prototype (ici occasionné lors d'un mieux-être thérapeutique) dans le développement ultérieur et normal.

Pour les « antécédents », le traumatisme de la naissance pourrait aussi naître d'un *besoin de naître* pour ne pas rester dans le bien-être maternel et fuir en même temps

---

<sup>194</sup> *Ibid.*, p.132.

l'asphyxie potentielle. De nombreux exemples analogues peuvent être trouvés dans le développement du sujet dans cette façon de « (...) se porter « volontaire » au devant de sa propre souffrance afin d'exister. »<sup>195</sup>

Dans un souci métapsychologique et de filiation, J.Guillaumin retrouve chez Freud des éléments en accord avec son hypothèse : l'importance centrale du traumatisme, le rôle d'un après-coup devenant organisateur, l'intuition d'une fonction active du psychanalyste, les mutations traumatogènes des théories freudiennes à des moments douloureux de sa propre vie, la conception du cadre analytique avec des règles permettant d'intensifier et de contrôler l'excitation, faisant « (...) de l'analyse une *sorte* de traumatothérapie, qui ne réussit souvent, en après-coup, qu'à sa *limite* de rupture. »

La théorisation de J.Guillaumin de cet appel traumatique est extrêmement dynamique et permet d'envisager un traumatisme potentiellement organisateur (cherchant par exemple à organiser le signal d'angoisse), tant au niveau du développement individuel que de la thérapie. **La quête traumatotropique du réel est une véritable occasion pour la psyché d'affirmer le besoin d'exister.** Le risque serait de négliger cette fonction traumatotropique dans le lien transféro-contretransférentiel et de réduire au rang d'échec, de réaction thérapeutique négative<sup>196</sup> ou de simple acting **une fonction vitale bien que traumatisante**, un traumatisme qui veut constituer et réaliser le moi, rétablir ses frontières internes et externes.

D'autres chercheurs se sont rapprochés de cette conception en évoquant l'« idéalisation de la position délinquante » (Garland *et al.*, 1998) où des sujets vont produire le traumatisme en dédaignant par exemple l'annonce d'un danger, le narguant : l'adolescent par exemple, soucieux d'éviter l'humiliation, peut aller jusqu'à mépriser ce que les adultes craignent pour se créer l'illusion d'être puissant.

C. Janin a repris cette notion en reliant l'appétence au traumatisme ou la traumatophilie à la clinique du collapsus topique, en lien évidemment avec la répétition à l'œuvre dans la résolution traumatique. Son point de vue est original puisqu'il remarque que la répétition vise bien au-delà de la liaison des expériences et que, plus radicalement

---

<sup>195</sup> *Ibid.*, p.136.

<sup>196</sup> J.Guillaumin parle d'ailleurs de *réaction-thérapeutique-négativement-positive*.



« (...) il s'agit pour le sujet, au moyen d'un traumatisme, de tenter de reconstituer l'enveloppe effractée : ainsi, dans une situation habituelle, qui nous paraît en même temps psychiquement incroyable, une réaction banale est de dire à l'interlocuteur : « pince-moi, je rêve » ; je propose l'idée qu'il s'agit là d'un texte manifeste, paradigmatique d'une situation de collapsus topique et dont le sens latent est « pince-moi *pour* que je rêve » ; il s'agirait alors de provoquer une excitation traumatique de la barrière de contact susceptible de mobiliser les contre-investissements, de refermer ainsi la béance qui fait communiquer l'intérieur et l'extérieur, et de reconstituer, *sous couvert de ce traumatisme demandé à l'autre, une enveloppe psychique : la visée poursuivie par la recherche du traumatisme serait ainsi anti-traumatique.* »<sup>197</sup>

## 2-1-2 b) Le traumatisme comme origine de la névrose, névrose de transfert et névrose traumatique

Dans la conception freudienne, l'enfant essaie de répondre aux énigmes traumatiques de la réalité qui renvoient très souvent aux fantasmes originaires de séduction, de castration et de scène primitive. On sait comment Freud étendra sa formule du développement de la névrose (« traumatisme précoce, défense, latence, éruption de la maladie névrotique, retour partiel du refoulé ») à l'espèce humaine en reprenant les hypothèses de *Totem et Tabou* : le meurtre du père originaire, événement traumatique, entrera en latence avant de se retrouver sous forme de *rejetons* dans la culture ou la religion par exemple.

Freud n'aura de cesse d'étendre sa théorisation du traumatisme à celle de la névrose, à l'espèce humaine, au transfert. Le traumatisme devient central dans la métapsychologie et est de plus en plus envisagé sous ses aspects potentiellement organisateurs. La névrose de transfert est fondée sur une névrose traumatique (Freud soutenant cette position avant et après

---

<sup>197</sup> Janin (C.), *Figures et destins du traumatisme*, p.26.

l'abandon de la neurotica). Finalement, c'est peut-être la vie psychique elle-même qui pourrait s'originer dans le traumatisme.

Freud aborde dès 1896 l'étiologie des névroses comme des débordements du Moi et des défenses dans trois textes importants<sup>198</sup> abordant la séduction précoce de l'enfant par l'adulte. Cette explication restera à travers des nuances jusqu'en 1925.

Freud a montré dans ses textes et notamment *L'étiologie de l'hystérie* son souci de convaincre et de chercher dans le passé la scène de séduction traumatique afin de la faire revivre. Même lorsqu'il parle de cet enfant prépubère, *in seiner Hilflosigkeit*, il s'agit encore d'un enfant ne possédant pas la maîtrise de ses besoins naturels, autrement dit dans l'incapacité à liquider ou élaborer l'excitation déclenchée par les manœuvres de l'adulte. Si ce dernier peut traiter son excitation, l'enfant est interrompu et déçu en ce domaine :

*« En somme, dans la pensée freudienne de 1896 ce qui est traumatique pour l'enfant, ce n'est pas qu'il soit éveillé sexuellement mais qu'il le soit alors qu'il n'a ni les capacités physiologiques de décharge ni les capacités psychiques de l'élaboration interne. Si on veut bien considérer que Freud n'était pas en moraliste, ces propos définissent une vision énergétique du fonctionnement sexuel général de l'humain, normal ou pathologique, enfant ou adulte. »*<sup>199</sup>

Il est intéressant de noter que même dans ce moment très particulier de la séduction (dont on sait à quel point il a dérangé les conceptions de l'époque), le primat est aux aspects quantitatifs : séduction et traumatisme ne se superposent pas, la séduction tente d'exciter l'autre, le traumatisme se produit quand la quantité d'excitation intense suscitée est débordante, soit en raison de l'immaturation du séduit, soit par la détresse provoquée par le caractère brutal de la séduction, le psychisme n'y étant pas préparé.

L'intensité du traumatisme se juge à l'aune de la quantité d'excitation et des moyens de défense engagés plutôt qu'à la réalité des manœuvres de séduction.

Si mon propos vise bien ici essentiellement à souligner la prégnance des aspects quantitatifs dans la modélisation freudienne du trauma, les considérations de Freud sur la raison de l'impact du traumatisme sont tout à fait fondamentales, tenant moins à la réalité ou

---

<sup>198</sup> « L'hérédité et l'étiologie des névroses », « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense » et « L'étiologie de l'hystérie », textes traduits dans *Névrose, psychose et perversion*.

<sup>199</sup> Cournut (J.), *Ibid.*, p.40.

plutôt à la factualité, l'événementiel de l'agression qu'à l'état de la psyché au moment où elle se produit (je montrerai cependant que le seul aspect quantitatif est insuffisant à rendre compte de cet impact).

La nature de la séduction traumatique évoquée, pour l'enfant comme pour l'adulte, est la même que celle qui origine la névrose d'angoisse ou l'hystérie, comme lorsque Freud décrit en 1895 le *coïtus interrompus* : éjaculation précoce du conjoint, angoisse des vierges, des veuves et devant la masturbation. Dans ces cas aussi le trouble vient de l'excitation non déchargée, interrompue ou mal élaborée.

En 1925 et 1932 Freud rappellera encore qu'un noyau de névrose traumatique est presque toujours présent dans toute névrose constituée :

*« L'hystérie, la phobie, l'obsession et, en somme, tout ce qui se joue dans le registre de l'inconciliable, tenteraient d'aménager l'insupportable, et réussiraient trop bien : l'insupportable le serait moins mais le traumatisé serait devenu un névrosé. »<sup>200</sup>*

La théorie traumatique restera l'élément clé de la pathogénie pour Freud. Elle connaîtra certes de réelles inflexions, une variation de l'insistance sur tel ou tel facteur de l'étiologie : la séduction réelle, les fantasmes de séduction, l'influence de la civilisation (encore avancée en 1916 dans les *Leçons d'introduction à la psychanalyse*), la façon dont le sujet répond et élabore psychiquement...

Le célèbre cas « Le petit Hans » (1908) interroge à nouveau l'expérience de la vision par l'enfant d'un coït parental comme facteur traumatique ; On retrouve cette idée dans « L'homme aux rats » (1909) où l'étiologie névrotique est en partie fondée sur le développement pathologique d'un fantasme suite à un traumatisme lié à la sexualité infantile (le châtiment corporel du père suite à la masturbation de l'enfant).

Trauma et névrose traumatique sont des notions importantes dans les écrits de Freud. Il ne suffit cependant pas de rapporter la théorie de la séduction (et son abandon), de penser la théorie traumatique de la psychonévrose (sous la forme présentée par exemple dans *l'Introduction à la psychanalyse*) et d'aborder enfin la notion d'après-coup pour en saisir toute la complexité. Même la question de la névrose traumatique, d'apparence plus claire,

---

<sup>200</sup> Cournut (J.), *Ibid.*, p.51.

n'est pas si simple. Elle ouvre sur un positionnement qui me fait engager cette théorisation du côté d'une modélisation pan-traumatique.

Freud s'interroge lui-même dans l'*Abrégé de psychanalyse* (1938) tout en conservant cette notion de névrose traumatique. Comment intégrer cela à toute son œuvre, qui pourrait bien la contredire (penser une névrose traumatique « pure » sans intervention de l'inconscient n'est pas vraiment compatible avec la pensée freudienne) ?

Il souligne en 1938 dans *L'Abrégé* que les relations de la névrose traumatique « (...) avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations ».<sup>201</sup> Un nouveau champ de recherche est donc ainsi annoncé, concernant sans doute le lien entre névrose traumatique et névrose de transfert. Comment ce point de passage peut-il être pensé ?

Dans sa conception du pare-excitation, Freud s'appuie le plus souvent sur une approche quantitative où une « barrière » répond à un choc, c'est un modèle mécanique : dans ce modèle la réalité est à la source du traumatisme. Mais Freud dépasse quelquefois (assez rarement) cette notion de barrière pour approcher un point de vue qualitatif en parlant d'une *fonction pare-excitante* définie par les capacités de liaison du travail psychique :

« (...) le trauma est alors moins une question de quantité que la conséquence d'une défaillance dans le fonctionnement des processus primaires et secondaires, il est un arrêt dans le travail de figurabilité (C. et S. Botella, 1983) ».<sup>202</sup>

Comme le remarquent C. et S. Botella, la notion de barrière, même utile en figurant mécaniquement et médicalement la blessure, simplifie trop le pare-excitation, le matérialise trop en risquant d'oublier le plus important dans le traumatisme : **un événement qui ne peut pas être pris en charge par les liaisons psychiques.**

Freud ouvre en fait, à demi-mot, la question de l'inconscient et des liaisons psychiques. Le traumatisme, y compris dans sa version de la névrose traumatique, pourrait en fait parfaitement être intégré aux théorisations freudiennes sur la psyché.

---

<sup>201</sup> Freud (S.), cit. in Botella (C. et S.), « Trauma et topique », p.1464.

<sup>202</sup> Botella (C. et S.), « Trauma et topique », p.1464.

C. et S. Botella émettent l'hypothèse qu'en donnant à l'appareil psychique une configuration spatiale, Freud était dans l'obligation d'insister sur la représentation des frontières : **« Et le vrai problème est là, celui des limites imposées à la pensée par l'utilisation des métaphores spatiales, par l'utilisation des topiques, des lieux, des frontières pour se représenter le fonctionnement psychique. Freud, dans son souci constant de clarté, aurait sacrifié à son insu, la complexité de la dynamique de la névrose traumatique en la limitant trop à la représentation topographique de barrière. »**<sup>203</sup>

Cette observation est d'importance pour mon travail dont un des objectifs est de rendre compte de la complexité de l'expérience traumatique à travers un modèle topique intégrant cette expérience à l'ensemble de la vie psychique. On verra comment le modèle proposé, **une illusion d'optique**, permet à la fois de marquer **l'impossible topographie du traumatisme**, l'incapacité à localiser le trauma, mais aussi paradoxalement comment ce modèle insiste sur la spatialisation de l'expérience, l'inscription en biface des éléments (conscient/inconscient, phallique/anal, actif/passif, passé/présent, dedans/dehors...). J'ai cherché à construire **un modèle de déploiement de l'expérience traumatique**, schéma évidemment très insuffisant à rendre compte de la complexité de l'expérience mais insistant au moins sur la dynamique et la complexité de son déploiement.

Freud remarque d'ailleurs que la répétition hallucinatoire de l'événement est le fondement de la névrose traumatique mais insiste alors plutôt sur le lien avec l'instinct de mort que sur celui avec la fonction de liaison, certes sur un mode très régressif et pathologique, mais tentative de liaison restant le seul moyen pour le sujet de symboliser le traumatisme.

Là encore, un changement de point de vue, comme le font C. et S. Botella, permet de penser autrement et de façon plus dynamique cette question :

*« (...) la répétition hallucinatoire nocturne de l'événement ne devrait en aucun cas être considérée comme étant la nature même du trauma ; au même titre que le mécanisme de refoulement ne peut être réduit à l'idée d'un procédé pathologique. La répétition hallucinatoire nocturne serait une dynamique préalable en quête d'une prise en charge de l'événement par le réseau des*

---

<sup>203</sup> *Ibid.*, p.1465.

*représentations de la névrose infantile à l'aide notamment du renversement en son contraire, du retournement sur soi et du masochisme érogène. »<sup>204</sup>*

## 2-1-2 c) Les signifiants énigmatiques, la théorie de la séduction généralisée

J'ai déjà montré que l'approche du traumatique pouvait donner place à des théorisations insistant sur l'« en-creux » de l'expérience (comme D.Winnicott), mais la plupart sans doute envisagent encore l'excès comme cause du traumatisme.

J. Laplanche fait l'hypothèse d'une situation originaire traumatique constitutive de l'inconscient. Cette situation originaire fonde sa « théorie généralisée » de la séduction qui induit une restructuration de la théorie des pulsions.

Dès la naissance l'enfant doit faire face à des adultes porteurs de signifiants sexuels « très » énigmatiques pour lui qui n'a pas l'« équipement » nécessaire pour les décoder. Ces signifiants énigmatiques ne pouvant réellement être symbolisés, sont refoulés et inscrits comme des « objets-sources de la pulsion », pulsion sexuelle de vie ou sexuelle de mort. Ces contenus de l'inconscient perdent alors leur « ouverture référentielle », cela augmentant leur caractère énigmatique et traumatisant.

Cette théorisation dépasse donc très largement les premières hypothèses de Freud sur la séduction infantile jusqu'à la *Neurotica*, bien qu'il ait à maintes occasions accepté les faits de séduction (le père pervers infligeant « une expérience sexuelle prématurée » comme rendant compte de la constitution de l'inconscient et de la sexualité à travers le refoulement). L'incidence sur la théorie générale ne sera pas réellement développée après 1897.

---

<sup>204</sup> *Ibid.*, p.1466.

Freud découvrira ensuite la « séduction précoce » par la mère à l'occasion des soins nécessités par l'Hilflosigkeit de l'enfant.<sup>205</sup> Cette séduction sera cependant plutôt envisagée comme une réalité (Wirklichkeit) que comme un traumatisme.

Freud n'a pas oublié que les premiers soins corporels pouvaient être aussi innocents qu'excitants. Dans sa conférence sur *La féminité* (1932), il nomme clairement la mère comme la séductrice originaire et, dans *L'Abrégé* (1938), le sein devient « le premier objet érotique », ne faisant que préciser ce qu'il avait déjà dit à de nombreuses reprises (Déjà dans les *Trois Essais*). Freud en est donc venu à l'universel, l'inévitable puisque la séduction est inscrite dans la relation primaire.

Il reviendra enfin en 1910 dans *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* sur la mère du peintre qui, insatisfaite par l'absence de son époux, « dépouilla » son fils de sa virilité, cette « violence séductrice » provoquant une trop forte maturation de son érotisme.

Cependant, J. Laplanche remarquera que Freud ne parlera ni de l'inconscient parental ni de l'activité de l'enfant dans ses propres désirs. Il reprend alors la théorie de la séduction mais la généralise (1987).

Ferenczi lui-même, qui pourtant a présenté les aspects les plus radicaux et archaïques du traumatisme, n'a pas vraiment considéré que le « langage de la passion » était traumatisant (parce que séduisant l'enfant) car il véhiculait un sens ignoré de lui-même, révélant par cela l'influence, l'empreinte de l'inconscient parental (J. Laplanche, 1987). Il n'a considéré que l'adulte et en a oublié l'enfant qu'il était autrefois, l'enfant présent dans cet adulte.

Il me semble important de revenir sur la façon dont Laplanche a construit sa critique et sa théorisation, notamment à partir de la notion freudienne d'*étayage*. Cela est utile à la compréhension d'un traumatisme fondamentalement inscrit dans l'intersubjectivité.

La notion de séduction est extrêmement complexe dans la théorie freudienne. Peut-être faut-il remonter à la notion d'*étayage* pour la comprendre. C'est à partir du suçotement que Freud aborde la notion d'*étayage* comme celles d'auto-érotisme et de zone érogène servant à définir la sexualité infantile. Freud décrit l'*étayage* dans l'émergence de la sexualité s'appuyant sur la fonction d'auto-conservation dont elle prendra ensuite son indépendance.

---

<sup>205</sup> Dans sa XXXIIIème conférence (1932) intitulée *La féminité*, Freud décrit une mère séductrice qui provoque des sensations de plaisir en touchant les organes génitaux des petites filles.

Dans cette première conception, l'étayage n'est pas du tout entendu comme une relation interpersonnelle où l'enfant s'appuierait sur son environnement, il s'agit de l'articulation de la pulsion et de la fonction.

J. Laplanche remettra en question cette conception de l'étayage en expliquant (dès l'écriture de *Vie et mort*) son insuffisance à expliquer la genèse de la sexualité à partir de l'auto-conservation, tentant de la dépasser en parlant de séduction. La critique de Laplanche porte d'abord sur l'interprétation de l'auto-érotisme (interprétation qu'il a faite avec l'aide de J.B. Pontalis dans le *Vocabulaire de la psychanalyse*), il s'agit donc aussi d'une autocritique de leur définition de l'auto-érotisme comme « ce moment [...] où la sexualité se détache de l'objet naturel, se voit livrée au fantasme et par là même se crée comme sexualité »<sup>206</sup>

Mais Laplanche remarquera ensuite que pour Freud, l'auto-érotisme signifie « absolument sans objet ». J. Laplanche fera ensuite des liens plus importants entre étayage et séduction, soulignant que la sexualité est

« (...) implantée dans le petit d'homme à partir de l'univers parental, de ses structures, de ses significations et de ses fantasmes »<sup>207</sup>. C'est enfin dans *Problématiques III* que Laplanche formulera plus radicalement sa critique : « La théorie de la séduction est encore plus importante que celle de l'étayage ou, si vous voulez, c'est elle qui apporte la vérité de la notion d'étayage. »<sup>208</sup>

Laplanche dynamisera la question de la séduction et celle du traumatisme qui l'accompagne. Sa théorisation montre le faux dilemme (réalité des faits ou fantasme hystérique) où l'on s'était enfermé. Il différencie une *constatation clinique* et une *théorie* suivant l'observation clinique.

Partant de l'analyse du cas d'Emma, il met d'abord en évidence que le traumatisme n'est pas localisable historiquement, résultant de nombreuses scènes dont aucune n'a une valeur traumatique en elle-même ; c'est par une illustration avec l'image de « la relation d'indétermination » de type Heisenberg qu'il conclut que **si l'on cherche à localiser le traumatisme on ne peut plus apprécier son impact traumatique et vice versa.**

---

<sup>206</sup> Laplanche (J.) et Pontalis (J.B.), *Vocabulaire de la psychanalyse*, p.43.

<sup>207</sup> Laplanche (J.), « Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud », p.79.

<sup>208</sup> Laplanche (J.), *Problématiques III*, p.69.



**C'est bien ce type d'observation qui a participé à l'élaboration de mon modèle topique, modèle où l'expérience traumatique se déploie plus qu'elle ne se localise.**

Dans le cas d'Emma, c'est bien la deuxième scène qui réactive la première, cette « représentation en attente » ou ce « corps étranger interne » qui devient alors traumatique. Y aurait-il ici une structure en deux temps typique de la sexualité humaine, toujours prise entre un trop tôt et un trop tard qui font de la sexualité **une sexualité de nature traumatique** ?:

*« Un trop tard de la maturation physiologique qui ne fournit pas au moment voulu les répondants nécessaires à l'enfant pour comprendre et intégrer les scènes sexuelles ; un trop tôt, cependant, puisque, la sexualité en ses diverses scènes, est apportée, précocément, de l'extérieur, du monde adulte. »<sup>209</sup>*

Si l'attaque est ainsi interne, provenant de ces représentations en attente, l'autre pôle du conflit serait alors l'autoconservation. Mais Laplanche répond :

*« C'est le moi qui est attaqué par le sexuel inconscient, et c'est lui qui élabore la défense, ce qui est d'ailleurs fort logique avec ce que nous avons vu de l'étayage. »<sup>210</sup>*

Avec l'introduction du moi, on assiste en quelque sorte à un renversement de la dualité autoconservation/sexualité, c'est désormais l'autoconservation qui s'étaye sur le sexuel, c'est l'amour, le sexuel qui prend la relève devant la défaillance de l'instinctuel humain. Il s'agit d'un sexuel lié au moi.

Il a fallu ce détour par la reformulation des rapports de l'autoconservation et de la sexualité pour mieux comprendre la théorie de la séduction, sorte de réponse donnée par Freud à la question de l'origine de la sexualité.

J. Laplanche reprendra cette théorie freudienne de la séduction, ensuite abandonnée, et qu'il qualifiera de théorie de la séduction restreinte. Il remarque que cette théorie se fondait sur deux facteurs : factualité et restriction au pathologique. Mais trois aspects plus forts sont rappelés :

- Un aspect temporel : c'est toute la théorie de l'après-coup

---

<sup>209</sup> Scarfone (D.), *Jean Laplanche*, p.36.

<sup>210</sup> *Ibid.*, p.38.

- Un aspect topique : l'attaque se situe à l'intérieur supposant une différenciation topique de la psyché
- Un aspect langagier-traductif : J. Laplanche renvoie ici à la lettre de Freud à Fliess du 6 décembre 1896, la « lettre 52 ». On fait ici référence à un modèle « (...) qui assimile le rapport des scènes entre elles à une retranscription et à une traduction, et le refoulement à un défaut (partiel) de traduction. »<sup>211</sup>

Le retrait de cette théorie a fait connaître à chacun des éléments la constituant une certaine évolution. Du côté de la factualité, à une certaine perversion du père succèdera l'interrogation sur la place maternelle. C'est le passage de ce que J. Laplanche nomme *la séduction infantile* à la *séduction précoce*. C'est maintenant la mère, en dispensant les soins corporels quotidiens prodigués à l'enfant qui exerce la séduction, séduction nécessaire et inévitable.

On ne se situe plus alors dans un événement contingent ou périphérique comme avec le père mais sur *le plan de l'universel*. Freud ne va cependant pas jusqu'à approfondir cette universalité et reste dans une certaine factualité. Il ne situe pas la séduction dans une théorisation suffisamment étendue.

Reprenons avec J. Laplanche sa *théorie de la séduction généralisée* en rappelant les trois niveaux de séduction dégagés par la lecture du *Léonard* de Freud :

- Une séduction pédophile, homosexuelle dans ce cas
- Une séduction précoce maternelle : le milan (dont la queue vient ouvrir les lèvres du bébé) représente « les baisers passionnés » de sa jeune mère, c'est l'implantation du désir maternel dans l'enfant
- La séduction originaire enfin dont J. Laplanche dit qu'elle est visible dans le célèbre et énigmatique sourire de la Joconde. Elle se rapporte à la situation fondamentale où l'adulte soumet à l'enfant des signifiants (verbaux ou comportementaux) imprégnés de significations sexuelles inconscientes.

Ces signifiants originaires traumatiques sont « énigmatiques » car l'enfant n'est pas en capacité de répondre aux messages sexualisés proposés.

---

<sup>211</sup> *Ibid.*, p.39.

C'est bien à cette entreprise que Laplanche se livrera en « généralisant » la théorie freudienne de la séduction. Interrogeant le couple activité/passivité à l'aide des cartésiens (Spinoza, Leibniz), il l'entend non pas au niveau comportemental mais à celui du message : « un plus de message » provient de l'adulte, signant un déséquilibre important entre l'adulte et l'enfant. La passivité de l'enfant se situe alors au niveau du sens de ces messages « imprégnés de significations sexuelles inconscientes »<sup>212</sup>, messages aussi énigmatiques pour l'enfant que pour l'émetteur (adulte) lui-même. C'est là que se manifeste l'inconscient parental (négligé par Freud ?)

C'est cette situation que Laplanche qualifie de *séduction originaire*. Pour désigner le message, il parlera dans un premier temps de « signifiants énigmatiques » puis de « messages énigmatiques » pour finalement préférer « messages compromis » (*compromis* étant à comprendre dans le sens de *contaminés* par l'inconscient de l'adulte).

Le travail de l'enfant sera de symboliser ces « messages compromis », c'est-à-dire en quelque sorte les traduire. Les restes inconscients de cette traduction seront les « objets-sources de la pulsion » selon J. Laplanche, ils continueront d'être des sources d'excitation interne. On comprend bien ici l'écart pris avec la théorie freudienne de l'étayage puisque les sources pulsionnelles ne sont plus simplement « dérivées » des fonctions somatiques d'adaptation mais résident dans ce qui reste non maîtrisé, intraduisible du message de l'autre.

Il n'est pas possible de comprendre cette conceptualisation sans faire référence à l'*originaire*. Pour J. Laplanche, la situation universelle de la naissance met en contact un enfant et un adulte dont il décrit ainsi l'interaction :

« La relation originaire s'établit, de ce fait, dans un double registre : une relation vitale, ouverte, réciproque, qu'on peut dire interactive à juste titre, et une relation où est impliqué le sexuel, où l'interaction n'a plus cours car la balance est inégale. »<sup>213</sup>

Cette balance est inégale parce que Laplanche y introduit l'inconscient (« présent et effectif ») de la mère :

« C'est l'intrusion, dans l'univers de l'enfant, de certaines significations du monde adulte qui se trouvent véhiculées par les gestes apparemment les plus quotidiens et les plus innocents. Toute la relation intersubjective primitive, la relation mère-enfant, est porteuse de ces significations. »<sup>214</sup>

---

<sup>212</sup> Laplanche (J.), *De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée*, p.21.

<sup>213</sup> Laplanche (J.), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, p.103.

Cette citation est d'importance et justifie à elle seule le choix d'avoir intégré la conceptualisation de Laplanche dans les théories pan-traumatiques. Les significations énigmatiques ne sont pas en effet un court-circuit, un dysfonctionnement de la relation originaire mère-enfant, toute cette relation en est porteuse.

On se tromperait également en pensant que l'originaire est ce qui est au début, à l'origine, pouvant être daté. Il est plutôt

« (...) non seulement le cadre où s'inscrit tel événement, non seulement le fond sur lequel les événements viennent se découper, mais ce qui permet à un événement d'exister, ce qui lui donne sa spécificité psychanalytique. »<sup>215</sup>

L'originaire est en quelque sorte un « non événementiel qui fonde l'événement », un *fondement*. D. Scarfone parle avec J. Laplanche de *transcendance*, de quelque chose dépassant les événements, se situant à la fois au-dessus d'eux et les informant : « L'originaire, c'est quelque chose qui transcende le temps mais qui reste en même temps lié au temps. »<sup>216</sup>

Evidemment, cette conception de l'originaire comme d'un arrière-plan dont la datation serait impossible est particulièrement intéressante en ce qui concerne l'expérience traumatique ( je tisserai plus loin les liens avec l'originaire) dont je souhaite montrer la nécessité de l'entendre dans une temporalité dépassant très largement l'événementiel et la chronologie. Mon modèle topique permettra de mettre en évidence la mise en connexion, l'activation de différents temps à l'occasion du traumatisme.

Les signifiants énigmatiques sont une conception d'un traumatique clairement inscrit dans le développement habituel de l'humain et concevant l'expérience traumatique dans l'intersubjectivité. Non seulement ils sont inscrits dans l'histoire du sujet mais ils en conditionnent l'avenir, comme le rappelle A. Aubert Godart :

« Le projet de transformer, pour se les approprier avec une représentation personnelle, les « signifiants énigmatiques », « corps étrangers internes » (Laplanche, 1987), sera le moteur de la vie psychique. »<sup>217</sup>

---

<sup>214</sup> Laplanche (J.), *Vie et mort en psychanalyse*, p.72.

<sup>215</sup> Scarfone (D.), *Ibid.*, p.60.

<sup>216</sup> Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, cit. in Scarfone, *Ibid.*, p.63.

<sup>217</sup> Aubert Godard (A.), « Fondements de la santé, triade et trauma originaires », in Marty (F.), *Figures et traitement du traumatisme*, p.24.

On ne peut évidemment s'empêcher de faire un rapprochement avec la *Confusion des langues* évoquée par Ferenczi, dont j'ai parlé précédemment. Mais, comme le dit justement A. Aubert Godard, J. Laplanche pousse beaucoup loin cette question

« (...) pour porter l'accent sur le caractère traumatisant de ce qui s'impose à la passivité de quelqu'un qui n'a pas les moyens de maîtriser : cela concerne l'infans, qui ne parle pas, par rapport à l'adulte qui parle, mais de façon plus fondamentale **cela concerne le traumatisme du moi par l'Inconscient** qui s'exprime, notamment à travers les rêves, radicalement étranger. Le traumatisme du moi par l'infantile, toujours vivant, rejoint le débordement de la conscience des parents par leur inconscient tel qu'il est véhiculé comme un sens à eux-mêmes ignoré. **Le traumatisme humain est lié au fait d'avoir des parents qui ont un inconscient. C'est ainsi que le traumatisme et l'humanité se perpétuent.** »<sup>218</sup>

J. Laplanche, en intégrant ces signifiants à une théorisation complexe et complète remaniant en partie la théorie freudienne, élabore cependant ce traumatique dans une plus grande articulation avec la psyché et dans une conception qui, dans ses fondements, ne situe pas la question du traumatique dans le champ de la psychopathologie, ou alors dans celui d'une psychopathologie très très quotidienne.

Enfin, ces signifiants ont l'intérêt de déplacer le champ de l'expérience traumatique de la causalité événementielle vers l'énigme, fondement même du fonctionnement de la psyché mettant en tension une multitude d'éléments.

Le qualificatif d'énigmatique (sans doute en rapport avec la question de l'indécidabilité) apparaît souvent chez les auteurs abordant la question du traumatique. Le « conflit esthétique » décrit par Meltzer<sup>219</sup> est un conflit psychique de base (et c'est pour cette raison, en plus de son caractère énigmatique, que j'en parle dans ce chapitre) lié à l'activation des pulsions libidinales et épistémophiliques devant la mère, ses réponses et non-réponses.

Il le considère

« (...) en termes de l'impact esthétique de la beauté de l'extérieur de la mère accessible aux sens, et de l'intérieur énigmatique qui doit être construit par l'imagination créatrice. »<sup>220</sup>

---

<sup>218</sup> *Ibid.*, p.31. C'est moi qui souligne en caractère gras.

<sup>219</sup> Meltzer (D.), *L'appréhension de la beauté*, 1988.

<sup>220</sup> *Ibid.*

Devant l'immense beauté extérieure de la mère, l'enfant va chercher à confronter celle-ci à « ce qu'il y a en elle », créer un conflit esthétique entre la beauté externe et interne de l'objet en quelque sorte.

La résolution de ce conflit, potentiellement traumatique, dépend évidemment de la réponse de cet objet énigmatique qu'est la mère (J. Bégoin propose de parler d'un investissement de la mère comme un objet plus mystérieux qu'énigmatique, le mystère supposant un profond respect devant un inconnu ayant une très grande valeur psychique). Ce temps premier du conflit esthétique (devenant primaire, la position schizo-paranoïde venant ensuite) peut être surmonté grâce à la confiance dans l'amour de l'objet permettant au bébé de s'assurer qu'il ne va pas perdre sa mère dans le temps de la dépression primaire.

Le caractère traumatique est profondément inscrit dans l'échec potentiel de cette rencontre, de ce conflit esthétique, inscrit dans un objet aussi énigmatique que beau. L'objet traumatique l'est aussi souvent en raison de l'attachement, l'intérêt premier que le sujet lui a porté.

## 2-1-2 d) L'objet-trauma

A.Green développe la notion d'*objet trauma*<sup>221</sup> qu'il lie à celle de l'angoisse et au rôle de l'objet dans le destin des pulsions. Face à l'excès d'excitation pulsionnelle, au trop plein de Libido surgit l'angoisse, l'objet devant alors exercer sa fonction de pare-excitation. Mais la *mère-morte* décrite par Green ne peut accomplir ce travail, aider le nourrisson : l'angoisse devient automatique.

Toute la trajectoire du narcissisme primaire est liée à la façon dont vont se développer « les puissances protectrices du Destin ». Pour A. Green

---

<sup>221</sup> Green (A.), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*.

*« La question qui se pose alors est celle du passage du fœtus « absolument narcissique » qui ignore la mère en tant qu'objet aux conflits de désirs entre libido érotique et libido agressive de la phase oedipienne –ce parcours est le destin du narcissisme primaire absolu. »<sup>222</sup>*

Bien évidemment, le rôle de l'objet est prépondérant dans ce passage.

Parce que l'objet est primordial et même vital dans cette relation, il est traumatique pour le Moi car le sujet en dépend totalement pour arriver à se représenter : « Alors que l'objet est à l'origine le but des satisfactions du Ca, pour le Moi c'est une source de déséquilibre, un trauma. »<sup>223</sup>

Selon A.Green, le Moi aspire à l'unification, unification s'étendant jusqu'à l'objet. Mais se réunir totalement avec l'objet suppose que le Moi perde son organisation et, lorsque cette unification n'est pas possible, cela désorganise aussi le Moi qui ne supporte pas la séparation. Le Moi en train d'éclorre, dépendant totalement de l'objet pour sa représentation, doit alors trouver d'autres stratégies pour exister. La tâche est complexe pour le Moi, obligé de se défendre de l'objet tout en profitant de ses affects.

L'objet est donc forcément traumatisant ou « objet trauma » puisque il connaît des variations d'investissements, il n'est pas toujours identique ; le Moi devra donc faire face à cette variabilité. Selon A. Green le Moi se construit sur un réseau d'opérations, il se découvre et se représente par la perception et la représentation de l'objet, il ne peut s'intégrer qu'en s'identifiant à cet objet.

J'ai souhaité « ranger » cette conception du trauma dans les théorisations pan-traumatiques car l'objet est ici forcément traumatique, et cela pas seulement dans ses manques d'investissement pour l'enfant. Il est traumatique parce que le Moi en dépend totalement pour sa structuration.

Bien évidemment le trauma sera d'autant plus important que l'objet maternel sera dépressif, que la mère sera « morte ». Face à un trou psychique, un objet dépressif, l'enfant peut devenir actif un peu trop vite et trop tôt ; son moi manquera d'épaisseur, de richesse

---

<sup>222</sup> *Ibid.*, cit. in Kelley-Lainé (K.), « Peter Pan, la mère morte et la création du double pathologique », p.2.

<sup>223</sup> *Ibid.*, p.2.

narcissique. Trop peu libidinalisé par l'objet, il prendra des raccourcis dans son développement pour sa survie.<sup>224</sup>

Pour A.Green, c'est le manque d'objet qui rompt l'idéal et c'est alors qu'objet transitionnel et narcissisme peuvent porter secours au Moi pour que ce dernier puisse trouver en lui-même l'objet d'amour ; le narcissisme peut même permettre un certain « leurre » unitaire (par identification introjective), le narcissisme devant évidemment d'autant plus intervenir que l'objet aura été décevant. Un objet décevant peut être des parents devenus trop réels, trop tôt : « Le sujet a perdu sa foi en eux. Il ne reste plus qu'à compter sur les ressources de la confiance illusoire qu'il place compensatoirement en sa toute puissance. »<sup>225</sup>

Ce mode de défense dont parle Green face à l'objet trauma face à du « trop réel, trop tôt » fait inévitablement penser à la clinique des agressions sexuelles. Mais la défense évoquée est ici d'un autre ordre qu'une des « solutions » traumatiques évoquées par Freud : il ne s'agit pas de coexcitation libidinale, il n'est pas question de lier le traumatisme à du sexuel pour le rendre saisissable, supportable ; il est à l'inverse question de désexualisation.

Pour survivre face à l'objet-trauma, le Moi se sert de l'énergie « récupérée » par la désexualisation pour assurer son épaisseur, son investissement, son auto-conservation, ses limites : « Cette narcissisation garantit le fonctionnement du Moi par l'amour qu'il se porte à lui-même. »<sup>226</sup>

Cette défense est un peu paradoxale : le Moi essaie de s'unifier (cette tentative est à l'origine du narcissisme) tout en désirant ne faire qu'un avec l'objet. Le Moi se contredit, il veut être lui-même mais ne peut l'être qu'avec l'apport libidinal de l'objet avec lequel il veut s'unir. Il ne reste plus qu'à trouver un compromis entre le Moi et l'objet, c'est l'identification.

Cela explique en partie il me semble les alternances de phases d'identifications idéales et de grandes déceptions lorsque ces dernières sont mises en question ou en échec ; les failles narcissiques alors mises à jour sont à l'aune de l'idéalisation. **Cette conception, dans lequel**

---

<sup>224</sup> Kathleen Kelley-Lainé pense que l'enfant peut alors créer un « double » passant par la projection des désirs sur l'objet puis l'introjection de cet objet, les plaisirs de l'objet devenant les siens propres. De façon superficielle, le surmoi cruel est évité et les désirs assouvis. Envie, ambivalence et haine sont évitées par répression, la satisfaction étant soutenue par l'introjection de l'objet : « ce type d'identification à l'objet par incorporation implique que l'objet est transformé en « doublure » du moi évitant ainsi les affects conflictuels concernant l'objet.

<sup>225</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>226</sup> *Ibid.*, p.3.



**l'objet est à la fois la source et l'issue de l'expérience traumatique est particulièrement riche et utile à la lecture de ma clinique. Elle s'articule également très bien il me semble à ma modélisation qui permet de mettre en contact certains points nodaux comme : idéalisation/failles narcissiques, toute-puissance/déception, angoisse de séparation avec risque de perte d'objet/angoisse d'intrusion avec risque d'intrusion et d'envahissement par l'objet, parasitisme/vampirisation, tout/rien...**

Il me paraît aussi opportun de lier cette réflexion à celle concernant le dispositif en cothérapie : la double écoute ne permettrait-elle pas le déploiement, plus que dans un dispositif habituel, du jeu de ce compromis face à l'objet-trauma ? Ce dispositif ne limiterait-il pas les risques de soumission à l'objet, l'espace de jeu existant entre les deux psychologues et le patient servant d'espace transitionnel où le narcissisme pourrait plus facilement acquérir de la consistance, s'épaissir ? La double écoute ne faciliterait-elle pas l'épaississement d'une matrice narcissique face à l'expérience traumatique ? N'aurait-elle pas enfin la fonction, en distribuant l'espace psychique du patient traumatisé entre les deux pôles psychiques des psychologues, de limiter les risques d'intrusion et de séparation brutale ?

Le dispositif de soins face au traitement de l'expérience traumatique où la dépendance est souvent un risque et un recours (l'identification à l'agresseur en est un exemple) viendrait lui-même remettre en scène cette dépendance par le seul fait qu'il est potentiellement soignant (les patients ne disent-ils pas souvent s'en remettre à nous, n'expriment-ils pas avec beaucoup d'idéalisation cet ultime recours de la thérapie, particulièrement dans la clinique que j'explore, où les personnes traumatisées viennent fréquemment après avoir exploré d'autres champs « thérapeutiques » ?). Face à l'expérience traumatique, le dispositif serait potentiellement un objet-trauma ; par sa composition (deux psychologues cliniciens qui ne seraient pas « mères mortes ») il permettrait peut-être plus que d'autres de supporter une dépendance tempérée et permettant *en face* de contenir, limiter et épaissir le narcissisme du patient.

**Cet objet-trauma qu'est le dispositif aurait sa qualité à la fois dans la réalité et la sincérité de la présence thérapeutique qu'il propose et dans le « leurre » dont le patient pourrait disposer, leurre d'une « unité pas trop risquée » acceptée et trouvée/créée par le narcissisme au milieu des deux psychologues.**

Le patient, pris entre angoisse d'intrusion et de séparation brutale, ferait fonctionner ce leurre, ferait jouer l'espace thérapeutique en articulant/désarticulant les psychés des psychologues, en s'articulant/désarticulant à ces psychés.

**L'espace thérapeutique à trois pourrait peut-être accepter le refus du narcissisme d'être totalement dépendant de l'objet et de ses variations, que ce dernier puisse pénétrer puis quitter le patient à sa guise en activant ainsi les angoisses d'intrusion et de séparation. L'axe central du dispositif, celui qui ne s'organise ni sur un psychologue, ni sur l'autre mais au milieu (que l'on pourrait représenter par un point focal où le patient porterait son attention –au milieu des deux psychologues- point permettant une vision en floue, non accommodée sur l'un et l'autre des psychologues), permettrait de sauvegarder et l'investissement de l'objet et celui du narcissisme du patient (l'objet est là, bien présent et servant d'étayage, mais avec une possibilité de le flouter, de s'en rendre moins dépendant).**

Dans le dernier chapitre de cette thèse j'apporterai des exemples cliniques de la façon dont les patients que j'ai rencontrés ont flouté, fait disparaître l'un ou l'autre des psychologues, voire les deux.

Selon A.Green, une des solutions, peut-être la seule pour éviter la trop grande dépendance à l'objet tiendrait à l'investir négativement, c'est-à-dire substituer à une satisfaction absente ou refusée un état de certaine tranquillité ou quiétude niant l'insatisfaction, comme si la satisfaction était en fait intervenue.

Peter Pan, dans l'histoire que nous connaissons tous, apprend bébé qu'il ne retournera pas chez sa mère car un autre enfant occupe son lit ; il retourne alors vivre aux jardins de Kensington avec les fées et les oiseaux. Au grand plaisir d'autrefois quand il pensait que sa mère laisserait ses fenêtres ouvertes pour lui succède l'espace de l'abandon et de la dépression. Peter Pan, pour survivre à l'abandon de sa mère, ne trouve qu'une issue : apprendre comme les oiseaux à être gai, innocent et sans cœur. C'est bien le lieu de cette insatisfaction qui devient le pays du « Jamais-Jamais »<sup>227</sup>...

---

<sup>227</sup> Voir à ce sujet l'analyse de Kathleen Kelley-Lainé (K.), *ibid.*

Il ne s'agit pas ici de trop forcer le parallèle avec le concept de « mère morte » développé par A.Green. Je m'autorise cependant à penser que le sujet traumatisé a subi un désinvestissement massif, radical et temporaire laissant des traces inconscientes se présentant comme des « trous psychiques ». L'expérience traumatique est une expérience subjective qui pourrait bien mettre le sujet en contact avec une mère morte ; il n'est qu'à voir la récurrence, dans le transfert avec les patients que j'ai rencontrés, d'un certain type de dépression. Ces dépressions mettent en général en scène un sujet traumatisé, souvent immobilisé, s'observant lui-même et guettant la réaction d'une mère absente psychiquement, absorbée elle-même par un autre traumatisme, se détournant de son enfant lui-même en train de vivre cette expérience.

J'ai repéré de nombreux exemples de ces moments où les patients expriment l'éprouvé d'avoir perdu d'un coup l'amour de l'objet, sans aucune explication. On repère en général assez bien sur la scène transférentielle ce mouvement : le patient attaque les thérapeutes ou exerce une rétorsion (par son mutisme ou une absence par exemple) à l'occasion de ce qu'il juge être un manque d'attention à son égard (souvent sur un élément non perçu par le thérapeute : une poignée de main trop molle, un regard sur la pendule, une intonation fuyante, une impression de fatigue...)

Ainsi Denis (dont on trouvera le cas longuement développé plus loin) dont le traumatisme premier est peut-être (derrière les viols dont il est l'auteur ou la victime) le « détournement d'attention » de sa mère à la naissance de son frère, comme Madame Korschov d'ailleurs.

Astrid également, qui rêvera d'un bébé tombant de la table à langer pendant que ses parents ont une relation sexuelle. Ces « détournements » ne signifient probablement pas tous que la mère de ces patients était « morte » au sens d'A. Green, mais ils rendent compte d'une mère à l'attention détournée, une mère absorbée par autre chose ou quelqu'un d'autre.

Selon A.Green toujours, c'est le fantasme primitif (et non la scène réelle), le fait que la scène traumatique se soit déroulée en l'absence du sujet qui permet d'articuler le travail thérapeutique. Le patient traumatisé réactualise une part de lui qui a manqué d'investissement au moment du trauma ; cette part de lui glaciale, gelée, est ainsi réchauffée dans le transfert (nous sommes ici proche de l'encapsulation autistique). Le patient peut exprimer son désespoir et sa rage de ne pouvoir animer sa mère, d'entrer en contact avec elle.

Comme le remarquent A.Ciccione et A.Ferrant<sup>228</sup>, on pourrait penser que la « séduction généralisée » (Laplanche, 1987) exercée lors des soins donnés par un parent à un bébé et transportant des « signifiants énigmatiques » qui excitent la pulsionnalité de l'enfant est une expérience de séduction traumatique. Ils remarquent aussi que l'interprétation du monde donnée à cet enfant par ses parents fait traumatisme, c'est la « violence de l'interprétation » dont parle P.Aulagnier (1975).

Ces théorisations m'intéressent tout particulièrement en ce qu'elles permettent d'établir une sorte de continuum, dans les expériences subjectives et intersubjectives, entre ce qui est traumatique et ce qui ne l'est pas. Plutôt que de trancher radicalement sur la question du traumatique (le traumatique serait ceci ou cela, ce qui déborde les capacités de représentation par exemple), elles font du traumatique (et c'est en cela que je les nomme « pan-traumatiques) une potentialité de toute expérience, un continuum, un gradient, elles insistent sur l'aspect psycho-dynamique et les modalités plutôt que sur l'organisation structurelle.

Elles intègrent en quelques sortes le traumatisme à l'humain, à l'ensemble de la vie psychique, elles n'en font pas une expérience réservée à un acte monstrueux ou tout au moins très à la marge de l'humain. Elles articulent la qualité traumatique à la vie psychique et sa genèse en même temps qu'à la qualité d'humain. C'est d'une certaine façon reconnaître que l'humain est forcément traumatisant.

Bien entendu, comme le soulignent A.Ciccione et A.Ferrant, il faut bien à un moment ou un autre

*« (...) différencier les traumatismes structurants, nécessaires, dans lesquels la destructivité est contenue, qui imposent un travail psychique et permettent le développement, et les traumatismes désorganisateur, destructeurs, qui s'opposent au développement, à la croissance, à la vie. »<sup>229</sup>*

Les théories pan-traumatiques opéreraient donc une nouvelle différenciation, non pas entre expériences traumatiques et expériences non traumatiques, mais entre les expériences où le traumatisme est désorganisateur et celles où il organise la vie psychique.

---

<sup>228</sup> Ciccione (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*.

<sup>229</sup> *Ibid.*, p.28.

## **2-1-3 les aspects archaïques et infra-verbaux des effets traumatiques : la radicalité de l'expérience. L'apport de S. Ferenczi.**

« L'analyste a-t-il oreille pour *tous* les « poèmes », pour tous les « poètes » ? Non assurément. Mais ceux dont il a manqué d'entendre le message, ceux dont il a tant de fois écouté le texte, mutilé, lacunaire, les devinettes sans clés, ceux qui l'ont quitté sans lui avoir révélé l'œuvre insigne de leur vie, ceux-là, toujours, lui reviennent, fantômes de leur destin non accompli, hantise de sa propre lacune.

Qui d'entre nous ne serait pas aux prises avec quelques spectres, réclamant le ciel, leur dû, et débiteur de notre propre salut. »<sup>230</sup>

Si les théories psychanalytiques du traumatisme ont reposé en France jusque dans les années 80 sur un consensus théorique, comme le remarque C. Janin, la fin de la publication (en 1982) des œuvres complètes de S. Ferenczi a initié un véritable renouveau dans la pensée du traumatisme.

Très étonnamment, ce n'est qu'à la fin de sa vie qu'il rédige ses observations concernant les expériences traumatiques, d'une rare richesse clinique. La publication posthume de ses notes au jour le jour se fera tardivement, dans le désordre et sera même freinée par la communauté thérapeutique (M. Balint, son exécuteur testamentaire, a volontairement retardé sa publication jugée encore trop révolutionnaire). Anémique, on le dira même fou.

La forme même de son Journal clinique est révélatrice : étrange, faisant appel à plusieurs langues (hongrois, latin, grec, français...) comme s'il devait se détacher de l'allemand pour sortir des conceptions habituelles, freudiennes notamment.

Entre 1920 et 1930 en Europe (à Vienne et Berlin notamment) mais aussi aux Etats-Unis, de nombreux psychanalystes en échec avec leur patient l'adressait à Budapest chez Ferenczi, ce dernier ne craignant pas d'affronter les cas les plus précoces et difficiles de

---

<sup>230</sup> Abraham (N.) et Torok (N.), *L'écorce et le noyau*, p.296.

traumatisme. Ferenczi a beaucoup dérangé et sa critique de l'hypocrisie et même de la cruauté professionnelle des psychanalystes (« (...) on cherche à assurer le transfert, et pendant que le patient se tourmente, on fume tranquillement son cigare dans son fauteuil, on fait sur un ton ennuyé des remarques conventionnelles qui font l'effet de phrases toutes faites, à l'occasion on s'endort. » écrit Ferenczi dans une note du 30 juillet 1932, note s'adressant clairement à son ancien analyste et père spirituel, Freud dont il n'avait pas reçu l'attention souhaitée).

Dans ses dispositifs thérapeutiques, notamment le dernier concernant un patient adulte, Ferenczi cherchait à accueillir les moments traumatiques vécus dans l'enfance. L'analyste hongrois visait ainsi souvent à observer et interpréter un matériel non verbal accompagnant des mouvements régressifs. Les manifestations corporelles du patient, les symptômes apparaissant de façon transitoire dans la cure, ses interrogations sur les aspects transféro-contre-transférentiels l'ont amené à s'approcher au mieux du langage non-verbal. Cette approche est allée de pair avec la centration sur l'interaction analysant-analysé.

Il est évident que *l'ensevelissement de la question du trauma*<sup>231</sup> est aussi en partie due à cette nouvelle orientation, E. Jones informant ainsi Freud de la possibilité de ne pas publier le fameux article « Confusion des langues ». Les psychanalystes anglais devront attendre la traduction de cet article par Balint en 1949, certains analystes s'appuyant cependant assez précocement plus ouvertement sur les travaux du maître hongrois (Balint, N. Abraham et M. Torok par exemple) en restant fidèle aux propositions freudiennes.

### 2-1-3 a) La radicalité de l'expérience traumatique

S'éloignant de la première conception de S.Freud insistant sur l'excès, le désordre, l'hémorragie ou le trop-plein, S.Ferenczi proposera une autre idée du traumatisme, peut-être plus radicale. Selon lui, le trauma se situe à un niveau plus archaïque, changeant le rapport du sujet à son expérience. Le traumatisme évoqué par S.Ferenczi est assez différent de celui dont

---

<sup>231</sup> Selon l'expression de Rosa Guemaraes.

parle Freud, sans doute parce que ses patients étaient très différents (Ferenczi acceptant de nombreux cas réputés difficiles), sans doute aussi parce que la nature traumatique évoquée n'est pas tout à fait identique.

On notera aussi avec T. Bokanowski (1989) que les échanges entre Freud et Ferenczi changent de nature à partir de l'apparition du cancer de Freud, c'est aussi dès ce moment que Freud lui adresse des patients qui lui sont difficilement supportables (le vocabulaire utilisé par l'inventeur de la psychanalyse marque sa fatigue et même une certaine intolérance envers certains patients). Ferenczi tentera de relever le défi.

Il s'agit moins selon moi d'un gradient sur lequel on pourrait situer l'une ou l'autre des conceptions plutôt que de théorisations explorant des pans différents des expériences traumatiques, la nature du traumatisme évoqué par Ferenczi est différente de celle décrite par Freud, au moins en partie. Ces deux modélisations sont évidemment pertinentes.

La pensée de S.Ferenczi est d'importance dans cette thèse. La question du traumatisme et plus spécifiquement de la traumatogénèse ou de la « traumato-analyse » est centrale dans son œuvre et a provoqué une rupture longuement décrite avec la pensée freudienne, avec S.Freud lui-même.

Il est sans doute l'un des auteurs ayant proposé une conception du traumatisme très utile à la clinique, conception elle-même fondamentalement issue de ses expériences cliniques.

Pour lui, l'étiologie traumatique est consécutive de plusieurs sortes d'effractions psychiques disqualifiant et déniaient la reconnaissance de la pensée et des affects. Il s'agit d'un *viol psychique* de l'enfant par l'adulte, d'une *confusion des langues* entre eux, du *déni* du désespoir et de la souffrance de l'enfant.

Les considérations de Ferenczi concernant l'expérience traumatique sont beaucoup plus radicales ; il ne se questionne pas vraiment sur le destin de la libido mais sur des états d'extrême souffrance, sur un trauma qui ne peut engendrer qu'un clivage très radical, une *dislocation* du psychisme et même du corps. Il est question d'*agonie* dans l'économie traumatique décrite par Ferenczi.

Il convient peut-être d'abord de souligner avec C.Barrois<sup>232</sup> que le traumatisme dont il est question chez S.Ferenczi n'est pas tout fait identique à celui évoqué par S.Freud, tout au

---

<sup>232</sup> Barrois (C.), *Les névroses traumatiques*. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques.

moins aux débuts des travaux du fondateur de la psychanalyse. Le trauma découvert par S.Ferenczi revient dans le silence de la thérapie plus que dans la parole et le rappel de souvenirs, il se marque par l'impossibilité à être dit.

Le terme de « choc » revient régulièrement pour qualifier l'intensité de l'expérience traumatique. La commotion psychique décrite, « Erschütterung », prend son étymologie dans « Schutt », le débris. Il s'agit d'un trauma qui comprend l'écroulement et « (...) la perte de sa forme propre et l'acceptation facile et sans résistance d'une forme octroyée, « à la manière d'un sac de farine ». »<sup>233</sup>

Cette insistance sur **la perte de forme et la radicalité (le choc) du traumatisme** est très importante et également centrale dans ma recherche. La radicalité de l'expérience traumatique, et Ferenczi insiste sur cet aspect, est aussi due au fait que le sujet avait trop confiance en son environnement (« la folle illusion qu'une *telle* chose ne pouvait pas arriver »), que la soudaineté de la commotion psychique cause un grand et insurmontable déplaisir (pas de défense ni de production de représentation).

L'angoisse est alors la conséquence immédiate du traumatisme et l'autodestruction en général préférée à « la souffrance muette » : la conscience est la plus facile à détruire, la cohésion du psychisme en une unité disparaît et des fragments apparaissent. C'est le règne de l'angoisse automatique et de la peur de la folie.

Ferenczi insiste sur la relation entre la profondeur de l'inconscient et le traumatisme, il justifie par cela l'usage d'une *mise en transe* intentionnellement suscitée. Elle devrait permettre, selon lui, de reprendre l'anesthésie produite par ce choc inattendu et massif. L'activité psychique a été arrêtée et la passivité emplit le sujet, la paralysie gagne le sujet tout entier, y compris la perception et la pensée. L'expérience est radicale : la perception est déconnectée et la personnalité reste sans protection.

L'effet est tel qu'« (...) aucune trace mnésique ne subsistera de ces impressions, même dans l'inconscient, de sorte que les origines de la commotion sont inaccessibles par la mémoire. »<sup>234</sup> Il ne reste alors qu'à reproduire, répéter le traumatisme lui-même « (...) et,

---

<sup>233</sup> Ferenczi (S.), « Réflexions sur le traumatisme », p.139.

<sup>234</sup> *Ibid.*, p.143.



dans des conditions plus favorables, l'amener, *pour la première fois*, à la perception et à la décharge motrice. »<sup>235</sup>

Pour Ferenczi, l'effet traumatique le plus important est un clivage du moi. Cet effet présente une certaine radicalité car la partie clivée, par définition, est difficilement accessible au thérapeute. Il faut insister sur l'idée que, pour lui, cette partie clivée existe aussi bien chez le patient traumatisé que chez le thérapeute, elle est une « zone traumatique commune », le point aveugle de l'analyse. Selon C. Janin (1988), le but de l'*analyse mutuelle* est d'échapper à ce point aveugle. Ferenczi se rendra compte du fait que cette technique renforce ce qu'elle était censée soigner, à savoir la situation de séduction traumatique. Il faudra aussi reconnaître l'impossibilité à faire la part, dans le matériel clinique recueilli, de ce qui appartient au patient ou au psychanalyste.

**Dans la construction de mon schéma topique on pourra lire ces zones traumatiques communes au patient et au thérapeute, ces points aveugles. La construction d'un ruban sous forme d'anneaux de Möbius, ruban développable, permet de visualiser ces zones de contact entre la psyché du patient et celle du thérapeute. Sur le ruban, on observera ainsi une face pouvant se retourner avec une organisation psyché du patient/psyché du thérapeute, la zone de contact se situant au moment où le ruban se retourne, dans la zone de pli du modèle.**

Ce savant est sans doute à la source d'un des plus grands apports concernant la question traumatique, son œuvre remarquable est aujourd'hui entièrement revisitée par la clinique contemporaine. Le choc, la « commotion psychique » décrite, anéantissant le sentiment de soi et la capacité de résister participent à décrire une expérience radicale, là où le langage n'est pas disponible.

S.Ferenczi lie ainsi sa conception du traumatisme à une technique psychanalytique, remettant en partie en cause le « principe » de la cure, glissant d'une centration sur le fantasme à l'interaction analyste-analysant, interaction qu'il poussera très loin, le thérapeute essayant de réparer avec les patients les effets de la violence (de l'adulte) ayant transformé la scène en trauma.

---

<sup>235</sup> *Ibid.*, p.143.

Dans le désormais célèbre article « *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* »<sup>236</sup> écrit en 1933 dans le même temps que le *Journal clinique*, Ferenczi expose très clairement et de façon très nouvelle l'étiologie du trauma et son organisation. Le trauma résulte :

- De mouvements passionnels, de séductions incestueuses venant d'adultes parlant le langage de la passion alors que les enfants souhaitent tendresse et vérité, mouvements passionnels empreints de sexualité et fantasmes sexuels énigmatiques adultes.

L'enfant avait des fantasmes ludiques et son jeu, même sous forme érotique, est au niveau de la tendresse, les adultes « (...) se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences. »<sup>237</sup>

- De désaveux provenant de ces adultes ne reconnaissant pas la souffrance psychique suscitée chez les enfants. L'enfant, entravé dans sa capacité de penser, devient alors le « soignant » de son propre parent en sacrifiant une partie de son développement.

L'adulte peut aussi réagir « par un *silence de mort* » demandant à l'enfant de rester dans l'ignorance.

- De l'introjection du sentiment inconscient de culpabilité de l'adulte face à l'enfant séduit, transformant l'objet d'amour en objet de haine. Cette « punition » passionnelle se situe pour Ferenczi dans l'événement traumatique réel.

L'introjection est au centre du processus, comme lorsque la peur soumet automatiquement l'enfant à la volonté de l'agresseur, l'obligeant même à en deviner « le moindre de ses désirs », à obéir en s'oubliant totalement, bref « (...) à s'identifier totalement à l'agresseur ». L'enfant introjecte l'agresseur et par là même le fait disparaître comme réalité extérieure et le processus continue ainsi : « (...) l'agression cesse d'exister en tant que réalité extérieure et figée, et, au cours de la transe traumatique, l'enfant réussit à maintenir la situation de tendresse antérieure. »<sup>238</sup>

---

<sup>236</sup> Alors que Ferenczi était en route pour le XII<sup>ème</sup> congrès international de Psychanalyse de Wiesbaden, il s'arrête à Vienne le 29 août 1932, chez Freud, pour lui lire cet article dont la présentation était prévue à ce congrès. Cette rencontre entre les deux psychanalystes, qui sera la dernière, fut très difficile ; Freud demandera à Ferenczi de ne pas lire cet article et d'en suspendre la publication.

<sup>237</sup> Ferenczi (S.), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », p.130.

<sup>238</sup> *Ibid.*, p.130.

Ferenczi note que, même si l'enfant survit à cette agression, il est envahi par la confusion, clivé et ne peut plus faire confiance en ses propres sens.

Tous ce processus organise le traumatisme pour Ferenczi. Et l'on touche alors à une remarque d'une véritable originalité et en rapport avec le souci constant chez cet homme de lier ses réflexions cliniques et théoriques à des considérations sur le dispositif : Ferenczi remarque que ce processus traumatique peut être réactivé et amplifié dans l'analyse par « l'hypocrisie professionnelle » (accueillir poliment le patient, le laisser associer librement alors que certains traits sont insupportables au psychanalyste) et « la rigidité technique » du psychanalyste.

*Le patient-enfant traumatisé, déjà agressé, l'est à nouveau et répète son destin : « Conduit à renforcer ses clivages, il se retire alors de la scène psychique et se condamne à observer l'événement traumatique. De cette position, il considère l'agresseur comme un malade, un fou, qu'il essaie alors de soigner, de guérir. »<sup>239</sup>*

L'enfant est ainsi devenu un « nourrisson savant », sorte de thérapeute de ses parents. Le tableau clinique du traumatisme est alors complet. Cette théorisation part clairement de la clinique et plus précisément des échecs thérapeutiques de Ferenczi, comme il le signale lui-même. Dès les premières lignes de *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, il rappelle la récente importance<sup>240</sup> accordée au facteur traumatique, jusque là négligé dans la pathogenèse des névroses :

*« Le fait de ne pas approfondir suffisamment l'origine extérieure comporte un danger, celui d'avoir recours à des explications hâtives en invoquant la prédisposition et la constitution. »<sup>241</sup>*

Ferenczi insistera beaucoup, dès 1924 dans un article intitulé « Les fantasmes provoqués », sur l'interaction entre les fantasmes infantiles précoces, les expériences sexuelles et le traumatisme. Il parle tout particulièrement des fantasmes infantiles de l'« enfant trop bien élevé ».

Il aborde la répression fantasmatique et traumatique comme une entrave à pouvoir disposer librement de son activité fantasmatique inconsciente, tout cela étant produit par une

---

<sup>239</sup> Bokanowski (T.), « Le couple « trauma-clivage » dans le « journal clinique » de Ferenczi », p.143.

<sup>240</sup> L'exposé est fait en 1932 lors du XIIème Congrès International de Psychanalyse à Wiesbaden. L'article est posthume.

<sup>241</sup> Ferenczi (S.), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », p.125.

éducation rigide et antisexuelle (qui fait de l'enfant un enfant trop bien élevé). Ce traumatisme par « empêchement », lié au « refoulement primaire » (*üverdrängung*) des fantasmes infantiles s'oppose pour lui aux « traumatismes sexuels « nécessaires, organisateurs et liés aux expériences sexuelles infantiles qui garantissent la sexualité à venir. Ces derniers traumatismes sont pensés comme *Traumatismes anti-trauma* s'opposant donc aux *traumatismes invalidants* constitués sous le coup du refoulement primaire.

J'ai bien retrouvé dans l'expérience traumatique sexuelle cette limite de la remémoration<sup>242</sup> de l'expérience traumatique si bien décrite par S. Ferenczi. Dans *Constructions dans l'analyse* (1937), Freud avait d'ailleurs exprimé ses doutes quant à la possibilité d'arriver à une remémoration suffisante permettant d'annuler la répétition tout en levant l'amnésie infantile. Il remanie donc ce modèle anamnésitique dans le sens de la *construction* : répétition et reviviscence pendant la thérapie permettent une construction entraînant ou non la conviction du patient, conviction de nature différente de la « remémoration avec sentiment de vivacité mnésique ».

Pour Ferenczi, les expériences traumatiques peuvent **fragmenter le psychisme, en dissoudre la forme**. Concernant ma recherche, je dirais que **ces expériences dissoudraient la forme de l'expérience, qu'elles la fragmenteraient et la distordraient**. Le traumatisme évoqué par Ferenczi est plus proche de la décomposition (le terme de fragmentation qu'il utilise est assez significatif) et de la mort. Il a aussi eu l'intuition géniale que le rien pouvait être traumatique (c'est sans doute la un de ses apports fondamentaux par rapport aux théorisations freudiennes, on retrouvera dans les travaux de Winnicott avec sa *crainte d'effondrement* une parenté évidente).

En envisageant l'étiologie traumatique comme résultant soit d'un viol psychique de l'enfant, soit d'une confusion des langues, soit encore du déni par l'adulte du désespoir de l'enfant, S.Ferenczi souligne l'effraction psychique. On retrouve sur ce point un lien avec l'effraction décrite par Freud mais envisagée ici sur un plan qualitatif et non quantitatif.

En disqualifiant et déniait la reconnaissance de la pensée et des affects, un trauma est créé, engendrant lui-même un clivage. **C'est bien d'agonie de la vie psychique dont il s'agit**. Bien que Ferenczi n'avait pas alors encore à sa disposition les concepts d'identification

---

<sup>242</sup> Qui conduira S.Ferenczi à une radicalisation du concept de transfert et aux techniques actives.

projective (normale ou pathologique, concepts développés par W.Bion et M.Klein), ni celui de déni et de clivage qui seront développés à partir des travaux de Freud (1937), il a du penser les catégories du primaire et de l'originnaire au-delà des registres oedipiens classiques.

Freud avait fait des remarques allant dans le sens d'une prise en considération de l'impact non verbal du traumatisme : « Les traumatismes sont soit des expériences touchant le corps même du sujet, soit des perceptions sensorielles affectant le plus souvent la vue et l'ouïe ; il s'agit donc d'expériences ou d'impressions. »<sup>243</sup> Le terme d'« impression » utilisé par Freud se retrouve chez Ferenczi (qui définira le traumatisme comme « une impression qui n'est pas perçue »), il est intéressant de noter que ces fondateurs se retrouvent au moins sur ce point et que l'imprécision apparente de l'« impression » est pour moi assez significative du « climat traumatique » imprégné d'éléments sensoriels.

Si la clinique du traumatisme sexuel que j'ai recueillie permet de vérifier l'importance et même la prégnance des perceptions sensorielles à la fois dans l'expérience traumatique, dans les traces qui en subsistent et dans leur déploiement, il semble cependant que les images proprioceptives, tactiles, coenesthésiques ou posturales sont plus fréquentes et que les sens marquant plus de distance dans la perception (la vue, l'ouïe) paraissent moins sollicités, curieusement à l'encontre de la remarque de S.Freud.

C'est d'ailleurs pour mieux les analyser que les signifiants formels (D.Anzieu) ont été particulièrement utiles. Peut-être devrais-je alors m'interroger sur la différence de nature ou de qualité qui pourrait exister entre l'expérience traumatique première et les traces réactivées. L'hypothèse selon laquelle le traumatisme serait vécu sous des modalités sensorielles « à distance » avec des sens comme la vue et l'ouïe, mais que les traces en seraient conservées et communiquées dans l'espace thérapeutique sous des modalités sensorielles de plus grande proximité est bien concordante avec l'aspect transmodal des accordages durant les entretiens, mais l'est beaucoup moins avec mes observations cliniques.

L'apport de Ferenczi est capital sur de nombreux points (y compris de la technique psychanalytique, malgré de nombreuses déviations) et tout particulièrement sur son insistance sur les aspects infra-verbaux des manifestations traumatiques.

---

<sup>243</sup> Freud (S.), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, p.162.

Je reviendrai très précisément sur l'intérêt de la construction dans les thérapies de traumatisme sexuel, son lien avec l'interprétation. Telle que définie par Freud, elle se montre d'une grande pertinence. Dans sa théorisation du traumatisme, on a parfois cependant l'impression qu'elle est là *par défaut*, lorsque la remémoration est impossible, lorsqu'il faut « inventer » un monde avec lequel le patient n'est plus ou n'a jamais été en contact, une expérience qui ne peut se symboliser dans le langage, dont le patient ne peut se souvenir.

Cela est vrai mais suppose de juger l'expérience traumatique par rapport au modèle s'appliquant aux autres expériences, faisant de la construction une « interprétation par défaut ». Le point de vue de Ferenczi qui part de l'expérience traumatique elle-même, de sa nature, me paraît plus pertinent : il ne s'agit pas de faire entrer l'expérience traumatique dans la métapsychologie existante, d'utiliser par exemple la construction pour ce qu'elle permet d'accéder plus tard à une interprétation et à une verbalisation. C'est plutôt par exemple parce que ce type d'expériences se joue le plus souvent d'abord sur des registres précédents le langage, qu'il s'agit d'« impressions » ou de « silences » qu'il faut, par nature (il s'agit bien d'une différence de nature et non de degré), penser une topique, une technique psychanalytique permettant de lire cette expérience à son « propre chevet » et non en référence à une autre clinique.

Cela dit, j'ai bien montré que Freud comme Ferenczi reconnaissait les aspects infra verbaux de ce type d'expérience, c'est plutôt dans la façon de penser le trauma pour lui-même ou en référence au fonctionnement psychique habituel que l'on observe des différences. De même, l'opposition interprétation/construction ne doit pas recouvrir l'opposition avec/sans langage, on peut facilement penser par exemple qu'un geste du psychologue peut avoir une valeur interprétative et évidemment qu'une construction est le plus souvent communiquée verbalement au patient.

Il faut cependant observer les implications des conceptions freudienne ou ferenczienne : on y trouvera ainsi peut-être un lien avec l'*Erlebnis* évoquée par Ferenczi (l'expérience vécue mais sans l'idée de la *provoquer*) et l'*Einsicht* (prise de conscience par levée du refoulement) préconisée par Freud dans l'idée de l'*Erklärung* (*éclaircissement*). L'*Erlebnis* semble peut-être prendre mieux en compte les aspects archaïques et infra-verbaux de l'expérience, ceux qui sont reconnaissables dans le silence. Le modèle thérapeutique des

entretiens en double écoute pourrait être plus axé sur cet aspect maternel de la relation, où prédomineraient l'interaction, l'infra-verbal et l'expérience vécue.

Freud a toujours maintenu l'importance de la représentation dans ses théorisations du traumatisme, contrairement à Ferenczi pour lequel le trauma signe plutôt la disparition de la représentation ; pour lui, c'est en quelque sorte la répétition qui représente. Il est vrai, encore une fois, que Ferenczi s'est intéressé à des patients dont la forme traumatique ne se construisait pas sur des représentations :

*« S. Freud travaille à partir des contenus représentationnels pendant que Ferenczi travaille la problématique traumatique autour du contenant de la représentation : une problématique de figuration. »<sup>244</sup>*

Il faut donc certes tenir compte du fait que la figuration traumatique est différente selon le développement que permet l'événement. Pour certains événements, la première théorie de la séduction freudienne fonctionne parfaitement, le second événement faisant émerger une représentation ayant été suffisamment refoulée jusque là. Pour d'autres, et je pense là aux événements menaçant réellement le sujet (son autoconservation notamment), la forme individuelle du sujet est tellement mise en cause (dans son épaisseur corporelle ou imaginaire) que le bouleversement topique est plus important : c'est l'urgence à figurer dont j'ai précédemment parlé, la défaillance de la représentation est plus radicale (une « forclusion de l'imaginaire » dit B. Duez) :

*« Toute constitution de représentation devient impossible si ce n'est sous la forme de figurations selon des configurations dégagées par Bion dans les pratiques groupales : dépendance et attaque-fuite. L'environnement est appelé à contenir la construction traumatique. »<sup>245</sup>*

J'insiste donc pour rappeler que, selon ma proposition, **le traumatisme signe avant tout une problématique du défaut de contenance. Il se présente à la psyché dans l'urgence et nécessite une dimension groupale pour le contenir (cette dimension pouvant être plus facilement mise en œuvre dans la double écoute des psychologues dont je parlerai ensuite). On le reconnaît à son incapacité à générer des représentations plutôt qu'aux types de représentations proposées (leur contenu). On le reconnaît enfin à la**

---

<sup>244</sup> Duez (B.), « Le traumatisme psychique : de l'affect au modèle », p.5.

<sup>245</sup> *Ibid.*, p.6.

**destruction de la forme et de l'expérience et du sujet qu'il engage, destruction/déformation qui trouvera ensuite à se déployer dans l'espace thérapeutique par exemple.**

Ferenczi a trouvé dans le couple *trauma-clivage* le fil rouge pour comprendre la clinique d'impasses transféro-contre-transférentielles et de conjectures complexes, notamment traumatiques.<sup>246</sup> Ses notes cliniques du 10 Janvier 1932 concernant une patiente désignée par les initiales R.N. lui permettent d'intégrer la notion de clivage sur le plan métapsychologique à sa théorisation du trauma.

R.N. c'est aussi *Orpha* qui a connu trois agressions sexuelles de sa petite enfance à sa préadolescence (à 1 an et demi, 5 ans et un viol à 11 ans). Ces expériences ont « atomisé » sa psyché, l'ont « disloquée jusqu'aux atomes » dira Ferenczi qui montre dans ses fragmentations le mouvement d'un sujet cherchant à survivre en créant une psyché « artificielle » pour un corps obligé de vivre.

Très proche des éléments cliniques observés chez Orpha, Ferenczi décrit les effets des clivages développés par cette patiente à l'occasion de ses traumatismes :

- La fixation dans l'adulte d'une « enfant séduite ». Orpha adulte est excitée et contre-investit par une *transe somnambulique* ses excitations débordantes (de type hystérique). Ferenczi souligne qu'il lui est très difficile d'entrer en contact avec cette partie (« l'affect refoulé pur »), partie qui fait comme s'il s'agissait « d'un enfant évanoui qui ne savait rien de lui-même », un enfant gémissant « qu'il faut secouer psychiquement, parfois physiquement » écrit-il.
- Des fragmentations contribuant à façonner une « personnalité et un corps sans âme », dévitalisant la psyché, disqualifiant les différents éprouvés.
- Des fragmentations allant jusqu'à « atomiser, pulvériser » la vie psychique.

---

<sup>246</sup> Bokanowski (T.), « Le couple « trauma-clivage » dans le journal clinique de Ferenczi ».



Ses observations sont précieuses et l'on verra plus loin dans cette thèse à quel point la description clinique d'Orpha rejoint celle d'Allison, patiente avec laquelle j'ai travaillé. Elle évoque évidemment le « faux-self » dont parlera Winnicott ou encore les personnalités « as if ».

Le cas de R.N. permet à Ferenczi de décrire très finement le processus de **fragmentation**. Elle serait ainsi composée de :

- 1- Un être souffrant « de façon purement psychique dans son inconscient » (« L'Enfant, dont le Moi ne sait rien »). Ce fragment n'est accessible que dans le sommeil profond ou une transe, une crise hystérique :

*« L'analyste ne peut entrer en contact avec cette partie, l'affect refoulé pur, qu'à grand'peine et en respectant des règles de conduite tout à fait spéciales. Cette partie se comporte comme un enfant évanoui qui ne sait rien de lui-même, qui ne fait que gémir et qu'il faut secouer psychiquement, presque physiquement. Si ceci n'est pas fait avec une croyance totale en la réalité du processus, toute la force persuasive et l'efficacité de la secousse feront défaut. »<sup>247</sup>*

- 2- Une personne pour qui la vie a de l'importance « coûte que coûte ». C'est ce fragment qui joue le rôle d'*ange gardien* qui permet d'halluciner la réalisation des vœux, des fantasmes de consolation ; « il anesthésie la conscience et la sensibilité contre des sensations qui deviennent intolérables. »<sup>248</sup>

- 3- Un troisième fragment « sans âme » de la personne, du corps devenu sans âme, sachant que cette mutilation « (...) n'est pas du tout perçue, ou est considérée comme quelque chose qui est arrivé à un autre être, regardé du dehors. »<sup>249</sup>

Ce cas est décrit avec une grande précision, de façon très métaphorique et parfois avec un certain lyrisme par Ferenczi. Les effets traumatiques sont d'une ampleur et d'une radicalité sans comparaison : Orpha subit une « atomisation complète de la vie psychique » (Ferenczi décrit un développement vers la folie, des oscillations entre la stupeur catatonique et la

---

<sup>247</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.52.

<sup>248</sup> *Ibid.*

<sup>249</sup> *Ibid.*, p.53.

terreur, des hallucinations...), une « incinération complète » avec seulement une vie du corps qui persiste (la respiration, la pulsation).

C'est d'ailleurs cette vie du corps qui « rappelle Orpha » devenue amie de la mort et réussit miraculeusement à la réanimer en créant « (...) une sorte de psyché artificielle pour le corps obligé de vivre. »<sup>250</sup> On a donc une fragmentation en trois parties au moins : la surface vivante mais trop bien réglée, en arrière quelqu'un qui ne veut rien savoir de la vie et derrière « le Moi assassiné » « les cendres de la maladie mentale antérieure et régulièrement ravivée. Ferenczi y ajoute même une quatrième partie : la maladie elle-même comme « masse affective séparée ».

Selon Ferenczi, dans l'économie traumatique, clivages et fragmentations empêchent le refoulement, la production d'inconscient. L'amnésie infantile est secondaire au clivage, effet du choc du trauma. Le souvenir contiendrait donc une part exclue qui survivrait en secret, clivée, ne pouvant s'intégrer à une économie névrotique, se représenter (y compris par les mots) mais se vivant « en transe » dans le corps. Le sujet peut selon Ferenczi parfois tenter une « autoguérison » en développant un *clivage narcissique* paradoxal, permettant la construction d'un narcissisme d'apparence protecteur mais potentiellement « mégalomane ». Le contenu du Moi clivé est une sorte de capsule dans laquelle on trouverait ainsi la spontanéité du sujet, sa protestation contre le traumatisme, « l'obéissance méprisante, voire sarcastique et ironique, affectée à l'égard de la domination », l'autosatisfaction devant cette réussite : le sentiment d'être plus grand, plus fort et plus intelligent... On y trouve finalement un contenu assez proche du « self grandiose » décrit quelques décennies plus tard par H. Kohut (1971).

Le concept de *fragmentation* va de pair pour Ferenczi avec celui de *réunification*. Et la réunification ne peut se faire que si la personne « (...) se sent enveloppée d'une substance adhésive par l'amour, purifiée de toute ambivalence, qui afflue vers elle ; des fragments peuvent parvenir à la réunion (Homogénéité). »<sup>251</sup>

Ferenczi reconnaît pourtant dans cette même note du 17 janvier 1932 qu'il s'agit souvent d'une « répétition pénélopéenne » de construction et de destruction parce que, une fois la séance terminée, il faut renvoyer le patient qui doit donc se contenter de solutions

---

<sup>250</sup> *Ibid.*, p.54.

<sup>251</sup> *Ibid.*, p.56.

partielles et mitigées de réunification : « (...) ce qui signifie accepter aussi, comme substance propre à recoller les morceaux et à guérir, cette solution libidinale quelque peu diluée. »<sup>252</sup>

C'est quand même le transfert, donc, qui soude les morceaux, mais cela reste insuffisant pour lui car le patient reste insatisfait juste après la reproduction cathartique et les fragments sont « cent fois reconstruits ».

Il faut aller plus loin car le patient veut en savoir plus : ce sera l'*analyse mutuelle*. Elle seule, avant que Ferenczi ne l'abandonne (dans une note du 3 juin 1932 il la décrira comme un « pis-aller »), pourra selon lui opérer ce travail, réunifier les fragments traumatisés avec la partie intellectuelle.

Comme toujours, Ferenczi tisse un lien étroit entre ses observations cliniques, sa théorisation et les incidences thérapeutiques. Le sujet dont la pensée est paralysée par le trauma, impose à son psychanalyste un travail important. Ce travail est bien décrit dans une remarquable note du 27 février 1932 intitulée « Fragmentation ».

Dans cet écrit, il décrit comment la tâche essentielle du psychanalyste est de lever le clivage afin de « réanimer » la partie clivée. Cette façon de concevoir la clinique du traumatisme comme une clinique de la réanimation est à mon sens très judicieuse : les parties mortes, agonisantes, clivées, doivent être contenues et pensées par le thérapeute pour penser le traumatisme :

*« Autrement dit, traduit dans un langage analytique plus récent, le travail de l'analyste consiste à proposer au patient des pensées et des représentations qui favorisent, par le biais des représentations de mots, une requalification de l'affect. Ceci permet d'espérer, à long terme, une resymbolisation et une repsychisation des zones agoniques. »*<sup>253</sup>

Poussant très loin ses observations, Ferenczi fait l'hypothèse que le clivage n'est pas toujours en capacité d'être suturé, que la réunification envisagée est tellement insupportable pour le patient qu'il reste ce que j'appellerai un « fond de négativité ».

C'est bien le transfert qui est la « solution » ou plutôt le processus permettant au patient de constituer les contre-investissements impossibles lors du choc traumatique. C'est le transfert qui permettra de réduire ces clivages :

---

<sup>252</sup> *Ibid.*

<sup>253</sup> *Ibid.*, p.139.

« Dans le transfert, l'occasion serait donnée d'apporter la protection et le soutien qui ont manqué au moment du trauma [...]. Les sentiments positifs du transfert fournissent, en quelque sorte après-coup, le contre-investissement qui n'a pas pu se constituer au moment du trauma [...]. Si le trauma touche le psychisme ou le corps sans préparation, c'est-à-dire sans contre-investissement, alors il agit sur le corps et l'esprit de façon destructrice, c'est-à-dire perturbante, par fragmentation. La force, qui maintient ensemble les fragments séparés, manque. »<sup>254</sup>

Cette force, c'est évidemment le transfert. Le transfert est une des « solutions » au traumatique.

Dans une note du 7 avril 1932, Ferenczi aborde la question des « transplants étrangers clivés » en lien avec l'idée du *nourrisson savant*. Il tire ce concept de l'observation de patients et parle d'une sorte d'« implantation dans l'âme de la victime de contenus psychiques dispensateurs de déplaisir, provocateurs de douleur et de tension. »<sup>255</sup> Selon J. Laplanche, cette implantation provoque une *intromission* (J. Laplanche, 1990) de fantasmes séducteurs devenant traumatiques par leurs caractères originaires et sexualisés. Ces transplants sont pour Ferenczi révélateurs de la façon dont certains adultes font entrer de force leur volonté, surtout des contenus psychiques désagréables, dans l'âme enfantine. Selon lui, ces transplants « végètent » toute une vie dans la psyché de l'autre.

On connaît aujourd'hui assez bien cette métaphore du *nourrisson savant* servant pour Ferenczi, une nouvelle fois à partir de la clinique des effets traumatiques précoces, à montrer comment l'enfant *narcissiquement atteint dans l'unité de sa personnalité*, devient un *adulte clivé* à cause de la marque de son trauma.

L'origine de ce trauma est la *confusion des langues*, la confusion entre *le langage de la tendresse* tenu par l'enfant et *le langage adulte de la passion*. Il montre ainsi un enfant (la part infantile du patient) excité et démuné à la fois, débordé par les excès (surtout internes) et qui n'a pas les moyens ni de décharger ni d'élaborer cette excitation, il est alors plongé dans la détresse.

La psychanalyse a donné à juste titre une grande importance à la parole. Freud a déjà montré que l'on est souvent confronté à des fragments verbaux, une polysémie non

---

<sup>254</sup> Cit. in Bokanowski, *Ibid*, p.139, note « fragmentations ».

<sup>255</sup> *Ibid.*, p.139.

répertoriée par la linguistique et les dictionnaires. Ces *signifiants verbaux* ont un sens potentiel déjà beaucoup plus étendu que celui accepté en linguistique.

Mais la communication non verbale précédant chez l'enfant l'acquisition de la parole (et se superposant ensuite aux autres modes de communication), se faisant à partir *des signifiants analogiques*, est tout aussi fondamentale et beaucoup plus riche et étendue.

Les signifiants verbaux sont les éléments discrets, en nombre finis, *digitaux*. Le *signifié* provient du sens lui-même issu du rapport entre plusieurs signifiants s'articulant. Mais ce sens peut aussi être issu d'une articulation avec un signifiant non verbal, *analogique*, que G. Rosolato<sup>256</sup> nomme par exemple *signifiant de démarcation*, l'un des éléments composant les représentations de choses, images mentales ou matérielles et permettant de communiquer ainsi.

Ces signifiants ont une grande importance, notamment dans les expériences traumatiques, ils rendent souvent compte de l'épaisseur et de la densité de l'expérience là où le langage est limité et, de toute façon, empêché :

« (...) Les signifiants analogiques, s'ils sont codés avec les gestes et les intonations, peuvent entrer en contradiction avec la parole et créer ainsi des communications paradoxales. Mais ils ont surtout, en dehors de ce cadre, une force mémorielle, comme images internes, individuelles, issues d'expériences du passé, relatives aux êtres et aux choses, et en cela précieuses pour l'analyse. Encore faut-il qu'ils soient articulés avec les signifiants linguistiques par la parole pour atteindre une pleine conscience de compréhension. »<sup>257</sup>

Je retiendrai l'aspect de condensation de l'expérience de ces signifiants, leur pouvoir de communication (et pas uniquement paradoxale), leur force mémorielle. Certes, Freud avait bien montré, comme le sous-entend G. Rosolato, que la mobilité entre l'inconscient, le conscient et le préconscient supposait une transformation des représentations de choses en représentations de mots. Mais j'insiste pour ne pas voir dans le processus de symbolisation uniquement ce passage là.

Penser la symbolisation seulement dans ce passage négligerait quatre points essentiels :

---

<sup>256</sup> Rosolato (G.), *Les cinq axes de la psychanalyse*, p.18.

<sup>257</sup> *Ibid.*, p.19.

- Ces registres de communication coexistent tout au long de la vie. Nous usons de signifiants digitaux et analogiques en même temps
- Il n'est pas certain que ce passage puisse toujours se faire : certaines expériences sont tellement traumatisantes, tellement radicales, que les signifiants verbaux ne peuvent en rendre compte ; il ne s'agit pas là forcément d'un échec de la fonction représentative, il s'agit d'utiliser des signifiants les plus adéquats à rendre compte de l'expérience
- Il faut en fait plutôt s'intéresser aux mouvements de va-et-vient entre ces signifiants, d'ailleurs entre tous les registres de symbolisation. Ainsi, je crois que le clinicien n'a pas à considérer que l'un des ces registres est plus « symbolisant » ou efficace que l'autre. On pourrait plutôt penser par exemple que les signifiants digitaux tiennent leur épaisseur des signifiants analogiques, que l'épaisseur de l'expérience est tenue par autre chose que le langage verbal. Ou encore, dans l'autre sens, que les mots participent à faire revenir et échanger ces expériences refoulées ou clivées et enrichissent également leur sens, l'élargissent.

En tout cas, comme le remarque G. Rosolato, c'est la relation par la parole entre le transfert et le signifiant qui permet de situer et le patient et le psychologue dans le présent et dans le passé. Il ajoute en référence aux processus primaires propres à l'inconscient et décrits par Freud (avec deux modes principaux d'organisation que sont le déplacement et la condensation) deux formes d'articulation verbale que sont la métonymie et la métaphore (que J. Lacan a longuement décrites).<sup>258</sup>

On comprend très vite comment l'écoute clinique se complexifie dès lors qu'on considère qu'il faut prendre en compte l'inconscient dans tous ses registres (les représentations de choses et de mots/les signifiants digitaux et analogiques par exemple) et ses modalités d'organisation, déployables dans chaque registre.

**La proposition topique que je ferai dans la suite de cette thèse essaiera de tenir compte de l'activation potentielle de tous ces registres et de toutes ses organisations. Son organisation en système de ruban de Möbius déployable le permet.**

---

<sup>258</sup> La notion d'oscillation métaphoro-métonymique exposée par G. Rosolato (1985) dans son texte *La relation d'inconnu* est particulièrement significative du va-et-vient auquel je faisais allusion précédemment.

- Les signifiants linguistiques, digitaux, ont évidemment un intérêt considérable. Ils permettent d'inscrire plus facilement l'expérience dans la communauté humaine, ils facilitent l'échange. Ils appauvrissent aussi considérablement l'expérience dans le même temps ; d'une certaine façon, ce partage là suppose de ne pas rendre compte de la totalité de l'expérience.

C'est bien pour cela que les aspects transféro-contre-transférentiels tiennent compte des éprouvés corporels, des manifestations comportementales, de ce qui de l'expérience du sujet est peut-être moins facilement communicable mais tout aussi important.

L'interaction entre ces types de signifiants est bien entendu complexe mais il ne faudrait peut-être pas trop considérer que le langage verbal est le mode de communication privilégié ; j'irais jusqu'à dire qu'il n'est pas non plus forcément celui vers lequel doivent tendre tous les objectifs thérapeutiques.

La vignette suivante éclairera peut-être mon point de vue :

Victoria est reçue pour la première fois dans le service de soins de l'association dans laquelle je travaille. Âgée d'une vingtaine d'années, elle nous consulte alors qu'elle était auparavant en lien avec un psychologue intervenant dans un service d'urgence et d'aide aux personnes suicidaires.

Alors que nous lui demandons pourquoi elle souhaite interrompre ce travail avec le précédent psychologue, elle nous explique que le thérapeute précédent n'honorait pas toujours les rendez-vous, qu'elle avait elle-même du mal à venir aux entretiens proposés.

Mais elle relate finalement ce qui semble être son « *point de départ* » : alors qu'elle rencontre ce psychologue juste après une tentative de suicide et qu'elle lui dit « *ma vie est maintenant devenue insoutenable* », son thérapeute reformule sa détresse en lui répondant « *oui, vous semblez beaucoup souffrir, c'est insupportable !* ».

Cette nuance linguistique dans la réponse, de taille dans l'économie traumatique de Victoria (elle nous relatera ensuite nombre de traumatismes infantiles, dont plusieurs agressions sexuelles très précoces), a profondément blessé cette patiente et justifié sa « fuite ». Elle reprend en nous avertissant : « *Quand je dis insoutenable c'est insoutenable ! Je choisis mes mots, je fais très attention, je ne sais pas si on peut comprendre ce que j'ai*

*vécu, comment je peux l'expliquer, c'est terrible. Alors il faut faire attention, moi-même je réfléchis et choisis les mots ; c'est déjà très difficile, alors si on les transforme ! ».*

La détresse et la rage avec lesquelles elle nous fait part de la dernière séance avec le précédent psychologue, l'éprouvé de détresse et de menace vécu contre-transférentiellement par les deux psychologues ne trompent pas. Ils rappellent la rage et la détresse déclenchées par la reformulation du psychologue. D'une certaine façon Victoria exprime l'indication thérapeutique et nous rappelle que son expérience est extrêmement difficile à communiquer par des signifiants verbaux, que ce canal est tout à fait insuffisant à rendre compte de l'épaisseur de son expérience traumatique, que mêmes les mots choisis avec la plus grande précision ne le peuvent pas.

On peut bien supposer que « insoutenable » n'est pas non plus le bon mot tout simplement parce qu'il n'y a pas de mot suffisant. « Insoutenable » est mieux qu'« insupportable » mais ne convient pas non plus, il permet tout juste aux psychologues et à Victoria de s'accorder sur un « minimum » de souffrance exprimée, de savoir « de quoi ça parle ».

Mais le piège était grand de se lancer dans la recherche du mot exact, presque jusqu'à « faire un bon mot ». La question n'était pas là, c'est la séance suivante qui apportera quelques éclaircissements sur ce que souhaitait nous communiquer Victoria.

Dans ce deuxième entretien, Victoria se dit rassurée de notre première rencontre et se lance dans l'entreprise de nous faire entendre ce qui se passe lors de ses « crises » ou « délires ». Elle apporte alors nombre de documents trouvés sur internet (concernant les effets dissociatifs ou l'hallucination par exemple) et surtout des schémas complexes figurant la façon dont elle pense et réagit dans ces moments là, des textes également qu'elle écrit (parfois subtils et pas si délirants). Nous aurions sans doute renouvelé l'erreur « insoutenable » en essayant avec elle de lire tous ses documents, d'y trouver les mots traduisant au mieux ce qu'elle ressentait.

**L'essentiel n'était pas dans le texte, il était dans l'expérience partagée, dans le fait que nous avons accepté qu'elle étale tous ses documents sur la table et même le sol, que nous avons « contenu » cette expérience. L'essentiel était dans la compréhension de son effort désespéré pour nous faire comprendre cette expérience traumatique, effort visible de tentative de représentation et surtout de représentation avec les psychologues, dans l'intersubjectivité.**



**Les contenus étaient importants bien entendu (y compris les mots) mais l'important était ailleurs : accepter qu'elle guette dans nos regards respectifs l'attention que nous lui portions, être en lien avec elle au moment où nous croyons saisir ensemble quelque chose d'organisateur ou de désorganisateur (« C'est là que ça s'emballe »), comprendre enfin que cet effort qui l'épuisera les 45 minutes de la séance est un écho lointain de l'expérience traumatique dont elle nous parle.**

Un des apports de Ferenczi a sans doute été d'accorder une importance toute particulière à ce type de moments dans les thérapies, moments condensant des événements du passé et du présent sans qu'aucune verbalisation ne puisse réellement les accompagner, tant pour le patient que du côté du thérapeute, ceci dans un premier temps.

## 2-1-3 b) Les méthodes ferencziennes de traitement de l'expérience traumatique

C'est bien la limite de la remémoration repérée à travers les échecs ou insuffisances des thérapies conduites par Ferenczi qui le conduit aux *techniques actives* et à radicaliser la théorisation du transfert.

Entrer en communication avec le patient suppose de remodeler assez profondément la technique analytique selon Ferenczi, jusqu'à l'*analyse mutuelle* ou l'*état de transe*. Je trouve une certaine parenté dans la description de ce modèle relationnel ferenczien avec la reprise par R. Roussillon du modèle du magnétiseur (F.A. Mesmer observait qu'un bon magnétiseur devait avoir lui-même été magnétisé) et du miroir chez J.-P.-F. Deleuze.

Le magnétiseur devient une sorte de miroir de l'autre en s'absentant de lui-même, en étant « pure réceptivité », se faisant « (...) miroir neutre mais « *sympathique* » du somnambule. »<sup>259</sup> L'état somnambulique est un état partagé où les « procédés » ne sont que

---

<sup>259</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.63-64.

des moyens de « se mettre en phase avec le magnétisé, des moyens d'actualiser corporellement. »<sup>260</sup> L'identification des deux sujets est alors rendu sensible, le magnétiseur peut ajuster son état interne pour y recevoir au mieux le patient, en devenir miroir, en se superposant à l'image optique virtuelle de l'autre.

Dans le modèle du magnétiseur comme dans celui de la « transe » férenczienne et de l'analyse mutuelle

« (...) connaissance de soi et connaissance de l'autre ne sont alors que les deux faces d'un même procédé. C'est parce que je deviens semblable à l'autre, miroir de l'autre, que l'auto-représentation de soi devient connaissance de l'autre. »<sup>261</sup>

Ferenczi sera donc amené à adopter une position transférentielle originale bien que très risquée, position fondée sur une conception très différente de l'expérience : il ne s'agit plus d'attendre un effet thérapeutique de la réaction du patient aux explications et interprétations données, mais de *provoquer* directement ( à l'aide du savoir psychanalytique) les *expériences vécues* (c'est l'*Erlebnisse*) ; il suffit alors d'expliquer ce ressenti au patient (un ressenti « directement évident » pour lui écrit Ferenczi). Ferenczi propose donc l'*Erlebnisse* face à l'*Einsicht* freudienne (aboutissant à l'*Aufklärung*, l'éclaircissement).

Il est important de retenir que les méthodes actives ne sont qu'un préalable à l'interprétation qui n'empêche pas de penser le processus analytique. Pour Ferenczi le patient doit avoir une grande confiance en son analyste, le ressentir comme « fiable » et dépourvu d'« hypocrisie professionnelle ». Cela ne peut être possible que dans le cadre d'une relation personnelle et très authentique entre le patient et son thérapeute.

Peu à peu, Ferenczi en arrive à inventer l'« analyse mutuelle » où l'analyse du patient implique de fait celle de son thérapeute ; il doit aussi concevoir une méthode de permissivité où « dorlotage » et « indulgence » sont promus jusqu'aux échanges de tendresse physiques comme on peut les observer entre une mère et son enfant.

Il était en effet besoin que l'analyste entre directement en contact avec l'« enfant-dans-le-patient », en cohérence avec le reproche férenczien fait aux psychanalystes de l'époque (et donc à Freud) d'avoir sous-estimé ou même ignoré l'importance des expériences

---

<sup>260</sup> *Ibid.*, p.64.

<sup>261</sup> *Ibid.*, p. 64-65.

traumatiques réelles de la toute petite enfance pour privilégier l'organisation fantasmatique et la conflictualité intrapsychique.

En ce qui concerne *l'analyse mutuelle*, l'idée est relativement simple mais plutôt révolutionnaire : le psychanalyste peut au moins fournir des repères au patient en situant pour lui ses propres faiblesses et affects le plus sincèrement possible. Tout se passerait ainsi :

« C'est comme si deux moitiés d'âme se complétaient pour former une unité. Les sentiments de l'analyste s'intriquent avec les idées de l'analysé et les idées de l'analyste (images de représentation) avec les sentiments de l'analysé. »<sup>262</sup>

Des images autrefois sans vie pourraient par l'intermédiaire de l'analyse mutuelle ainsi devenir des « événements psychiques ». Le projet est donc ambitieux et vise au résultat combiné de deux analyses, sachant que Ferenczi part aussi de l'idée que le psychanalyste comme le patient ont été contraints « (...) à faire plus et à laisser faire plus sur le plan sexuel que ce qu'ils voulaient ». <sup>263</sup> On arrive quelquefois à ce que thérapeute et patient « comparent » leur trauma, en repère leurs ampleurs, similitudes et natures respectives.

D'ailleurs,

« Le but de l'analyse mutuelle n'est-il pas, peut-être, de trouver cet attribut commun qui se répète dans chaque cas de traumatisme infantile ? Et la découverte, ou la perception de ceci, n'est-elle pas la condition de la compréhension et du flux de compassion qui guérit ? »<sup>264</sup>

A cette fin, le psychanalyste peut révéler ses angoisses, sa culpabilité ; on en viendrait presque à penser que le patient élabore son expérience traumatique à partir des « faiblesses », des « égarements », des « ratages » de son thérapeute, découverts et pensés dans l'analyse mutuelle.

Si l'analyse mutuelle est sans aucun doute considérée par le monde psychanalytique comme une grave et honteuse erreur technique, on doit relever que son instauration intervient à la suite d'une controverse avec Freud, à la demande d'une patiente (R.N.- Elizabeth Severn-, observation relatée dans la note du 17 janvier 1932 de son *Journal Clinique*). Ferenczi

---

<sup>262</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.58.

<sup>263</sup> *Ibid.*

<sup>264</sup> *Ibid.*, p.59.

voulait ainsi parer à la répétition du désaveu de l'adulte par le psychanalyste, avançant la sincérité face à l'hypocrisie professionnelle. Elizabeth Severn sera peut-être la première analysante dont le trauma infantile sera au centre de la cure depuis l'abandon de la neurotica freudienne, Ferenczi parvenant avec elle à lever l'amnésie et reconstruire les événements du trauma infantile. La folie ferenczienne sera évoquée par Freud de façon assez sévère suite à cette analyse : « Ce fut dans ces aberrations que s'éteignit son intelligence autrefois si brillante. Mais nous voulons que la tristesse de sa fin reste entre nous, comme un secret. » écrit-il à Jones dans une lettre du 29 mai 1933.

Ce lien, qui unissait Ferenczi et sa patiente à travers l'océan même (américaine, leur communication se faisait même par des « ondes » traversant l'océan selon Freud), qui autorisait cette dernière à participer à ses vacances, lui faisait s'inviter autant qu'elle le souhaitait (la nuit, le week-end, cinq heures par jour), a profondément dérangé la communauté thérapeutique et sans nul doute Ferenczi lui-même. Sans jeter le bébé avec l'eau du bain, s'il faut reconnaître l'évidente dérive de Ferenczi dans cette expérience, son apport sur l'intérêt d'une interaction patient-thérapeute reste indéniable.

Ferenczi abandonnera l'idée de l'analyse mutuelle. Dans sa note du 3 mars 1932, il signe cet arrêt en le justifiant par deux arguments : c'est la peur que l'analyste devienne progressivement un « bouillon de culture à projections », peur également qu'un de ses patients ne lui demande de la payer en raison de l'avancée de son analyse (celle de Ferenczi) avec elle...

Quinze jours plus tard, il critique encore (dans « Avantages et désavantages du « sentir-avec » intensif »<sup>265</sup>) cette façon de pénétrer aussi profondément dans les sentiments de l'autre, de pleurer avec les patients, des les accompagner très loin avec ses propres « complexes ». Selon lui, et il le rappellera souvent, les « dérives » de sa technique sont aussi dues à l'insuffisance de son analyse avec Freud, ce dernier n'ayant pas pu l'accompagner assez loin en raison de « son antipathie pour les faiblesses et les anomalies ».

C'est surtout à partir de 1925 et de son dernier texte sur sa méthode intitulé « psychanalyse des habitudes sexuelles » que Ferenczi « dérape » véritablement : Ferenczi

---

<sup>265</sup> *Journal clinique*, Note du 17 mars 1932.

part de l'idée que nombre de psychopathologies viennent de l'éducation pulsionnelle donnée aux enfants. Souhaitant rejouer la façon dont les parents ont éduqué l'enfant à la propreté (ont-ils brimé ou favorisé l'érotisme urétral ou anal par exemple ?), il va intervenir là où Freud s'était contenté de reconstruire. Ferenczi pourra ainsi demander à ses patients des rétentions ou réactivations urinaires ou anales.

Si l'on peut entendre la « toile de fond » de la pensée de Ferenczi, la véritable intrusion physique que ce type de technique suppose est évidemment condamnable (son intervention fait mourir le fantasme en croyant le découvrir).

La lecture de travaux de Ferenczi assez récemment publiés en France et concernant ses techniques actives montre en effet à quel point les interventions de Ferenczi pouvaient être intrusives et pour le moins étonnantes, faite d'injonctions et de prohibitions. Ferenczi ordonne à ses patients de jouer du piano, d'écrire des poèmes en vers, mais aussi de retarder leur défécation ou de retenir les urines par exemple ... et se livre à des interprétations assez hâtives.

Ferenczi rappelle d'ailleurs à plusieurs reprises la différence entre la méthode cathartique et la technique active en insistant sur le fait que cette dernière incite le patient à certaines activités pour un résultat obtenu secondairement :

*« La technique active incite le patient à certaines activités, à des inhibitions, à des attitudes psychiques, ou à une décharge d'affects, et elle espère pouvoir accéder secondairement à l'inconscient ou au matériel mnésique. Quoi qu'il en soit, l'activité suscitée chez le malade n'est qu'un moyen en vue d'une fin alors que dans la catharsis la décharge d'affects était considérée comme une fin en soi. »<sup>266</sup>*

Ferenczi parle à ce moment d'un « psychanalyste actif » qui formule au patient des injonctions et interdictions concernant ses agissements habituels.

Ferenczi « force » même ses patients à imaginer, à fabriquer des fantasmes et note

*« (...) et même il m'est arrivé à plusieurs reprises de voir ce genre de fantasme « inventé » déboucher sur un vécu d'une intensité presque hallucinatoire, accompagné de tous les signes manifestes de*

---

<sup>266</sup> Ferenczi (S.), « Prolongements de la « technique active » en psychanalyse », in *Les fantasmes provoqués et leurs dangers*, p.75. Ce texte est celui du rapport présenté au VI<sup>ème</sup> congrès de l'Association internationale de psychanalyse à la Haye, le 10 décembre 1920 et publié sous le titre « Weitere Ausbau der « aktiven Technik » in der Psychoanalyse » en 1921 dans l'*Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*.

*l'angoisse, de la colère ou de l'excitation érotique. On ne saurait nier la valeur analytique de ces « fantasmes provoqués », comme je voudrais les appeler. »<sup>267</sup>*

S'il se livre lui-même à quelques critiques et reconnaît d'ailleurs certaines de ses erreurs, il apporte le plus fréquemment des arguments plus ou moins convaincants afin d'y répondre : l'analyste doit être chevronné pour ne pas tomber dans la suggestion ou la mesure autoritaire, si sa méthode est active, elle ne doit pas dépasser l'intérêt du patient, Ferenczi accepte la notion d' « élasticité » de sa technique (notion proposée par un de ses patients) qui permet de céder aux tendances du patient mais pas dans une seule direction...

Certaines dérives sont cependant évidentes et on lit parfois avec un véritable étonnement certaines propositions thérapeutiques :

*« Dans ce genre de cas je crois avoir fait avancer l'analyse en conseillant au patient de maintenir toute la journée son prépuce retroussé derrière le corona du gland et de l'exposer aux frottements et aux contacts. »<sup>268</sup>*

Les techniques férencziennes ont soulevé une véritable condamnation chez Freud qui y verra le risque de ramener la cure analytique à « un jeu aimable entre mère et enfant » éliminant le tiers paternel. L'admonestation, rude et radicale, tombe dans sa lettre du 13 décembre 1931 (E. Jones, 1969) :

*« ... Imaginez à présent quelles seront les conséquences de la publication de votre technique. Il n'y a pas plus révolutionnaire qu'un autre ne supplante. Un certain nombre de penseurs indépendants en matière de technique se diront : pourquoi s'arrêter à un baiser ? Assurément on peut aller plus loin en incluant les « caresses » qui après tout ne fabriquent pas d'enfant. Et puis il en viendra d'autres, plus audacieux, qui iront jusqu'au voyeurisme et à l'exhibitionnisme –et bientôt nous aurons accepté comme faisant partie de la technique psychanalytique tout le répertoire de la demi-virginité et des parties de pelotage, ce qui aura pour effet d'amener un intérêt considérablement accru pour la psychanalyse aussi bien chez les analystes que chez les patients.[...] Dieu le père (Godfather) Ferenczi regardant la scène animée dont il aura été l'instigateur se dira : peut-être après tout aurais-je dû m'arrêter dans ma technique d'affection maternelle avant le baiser. »*

---

<sup>267</sup> Ferenczi (S.), « Les fantasmes provoqués », *Ibid.*, p.85. « Über forcierte Phantasien », *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1924.

<sup>268</sup> Ferenczi (S.), « Contre-indications de la technique active », *Ibid.*, p.174. « Kontraindikationen der aktiven psychoanalytischen Technik », *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1926. Ferenczi trouve même dans cet exemple l'occasion d'une théorisation de l'érotisme spécifique du prépuce.

Toutes les techniques inventées par Ferenczi ramènent à une séquence type : répétition agie, déployée et enfin analysée (R. Roussillon, 1995). Cette répétition doit convaincre suffisamment le patient pour encourager des changements.

Les techniques actives et ensuite la néo-catharsis veulent déployer dans le transfert ce qui était en jachère dans l'histoire du sujet, « autistisé », sans évolution. Si les elles veulent plutôt offrir une seconde chance pour le traumatisme de se déployer, Ferenczi se lancera après 1930 dans une entreprise de reconstruction du moment (dans l'histoire et la structure du sujet) où ces fixations ont eu lieu, souhaitant trouver l'origine du clivage et du traumatisme.

Dans un premier temps, il essaie donc de trouver avec le sujet de nouvelles solutions aux impasses traumatiques, ceci avec l'influence (probablement plus que l'analyse) du transfert sans trop se préoccuper de leurs causes. Dans un second temps, il s'inquiètera moins de l'actualisation du trauma dans le transfert pour se préoccuper de rechercher les causes de la fixation.

L'une des grandes questions ouvertes par l'usage de ces techniques concernent évidemment le transfert et la résistance au transfert, comme le rappelle R. Roussillon. Ce qui est révélé par ces techniques concerne-t-il en effet une résistance au transfert, le transfert d'éléments de l'expérience traumatique, d'une zone particulière du trauma... ?

R. Roussillon remarque que les difficultés techniques rencontrées par Ferenczi face au traitement du trauma ne sont pas encore résolues, elles concernent évidemment la particularité des problématiques accueillies. Devant le risque de répétition de la situation traumatique avec sa technique active, Ferenczi a insisté sur la malléabilité de l'analyste et prôné une thérapie plus honnête et chaleureuse.

Mais, si l'on suit encore R. Roussillon<sup>269</sup> (qui reconnaît tout à fait la richesse des observations cliniques férencziennes), Ferenczi a alors « psychodramatisé » la cure en souhaitant réparer les traumatismes infantiles, reproduisant la répétition traumatique... Ne s'intéressant plus qu'à l'enfant dans l'adulte, « oubliant » le patient adulte, l'analyste hongrois répétait le trauma et suivait encore un modèle abréactif.

Cela rejoint également les observations faites dans la suite de cette thèse et concernant le risque, dans ce type de thérapies, de condamner le sujet en condamnant l'objet de son

---

<sup>269</sup> Roussillon (R.), « L'aventure technique de Ferenczi » in Sandor Ferenczi – Monographie de la revue française de psychanalyse, p.103.

traumatisme : il faut alors absolument (R. Roussillon) travailler avec la partie adulte du patient et ne pas le victimiser.

C'est donc à partir de 1926 et « Contre-indication à la méthode active » que Ferenczi constate l'échec de ses techniques actives. Deux ans plus tard, il reconsidère l'origine traumatique des névroses et, comme d'habitude, y adjoint des nouvelles techniques.

Tout n'est pas remodelé. Au contraire, l'« élasticité » de la technique est rappelée (1928) comme le principe du « laisser faire » pour favoriser la répétition du traumatisme dans le transfert. La relaxation est accrue, comme l'intérêt du « tact » nécessaire à l'interprétation. Tous ces éléments techniques facilitent le développement de symptômes de conversion hystérique et d'états de trances hypnotiques dont Ferenczi fait l'hypothèse qu'elles résultent de la répétition de situations traumatiques antérieures.

Pour lui, les traumatismes sont clivés de la conscience, ne peuvent s'intégrer réellement à un quelconque processus mais peuvent en revanche être abrégés pendant la cure grâce aux processus transférentiel. La conception ferenczienne du transfert en fait une possibilité de déploiement d'une nouvelle donne du traumatisme.

Comme Freud l'avait pressenti, Ferenczi cherchera à aller toujours plus loin jusqu'à espérer annuler le traumatisme par la répétition, le psychanalyste se présentant dans l'actuel là où personne ne pouvait aider le patient au moment du traumatisme. Le psychanalyste doit « vivre avec » le patient cette expérience, se l'annexant presque, avec la culpabilité inhérente. L'aide du psychanalyste va en effet dans la néo-catharsis jusqu'à endosser la culpabilité qui envahit le patient se sentant coupable d'avoir séduit, d'être la cause de son traumatisme.

Le cadre de la cure est aussi bien un espace de projection que le lieu où s'actualise le transfert des situations passées traumatiques et surtout un espace actuel où va pouvoir se répéter le traumatisme.

Si les critiques à l'égard des techniques proposées par Ferenczi sont parfois tout à fait justifiées, il faut absolument reconnaître l'idée qu'une analyse « par l'intellect » est tout à fait insuffisante, a fortiori pour les pathologies du traumatisme. L'éprouvé transférentiel et une certaine répétition sont donc nécessaires.



Sa volonté d'insister sur la réalité de l'expérience traumatique et d'essayer d'en donner la preuve à travers l'usage de ses techniques mais aussi d'une certaine reviviscence dans le transfert est tout à fait intéressante : « Le transfert serait ainsi une manière de « terminer » ce qui n'a pu historiquement l'être (...) »<sup>270</sup>

L'une de ses erreurs, peut-être, était symétrique au reproche fait aux psychanalystes « classiques » de l'époque, comme le remarque R. Roussillon. Si ces derniers interprétaient peut-être trop vite et sur un registre trop oedipien le traumatisme, Ferenczi oublie un peu le temps plus oedipien de cette expérience dans la cure.

Chaque économie pulsionnelle théorise le traumatisme (R. Roussillon) selon son propre registre (le modèle topique que je propose permet aussi d'en rendre compte). Il est évident que le traumatisme peut être très en lien avec l'analité, à l'organisation anale de la pulsion : les répétitions incessantes, le clivage, l'importance du quantitatif, l'abréaction, le besoin de maîtrise des patients ... concourent à souligner que le traumatisme est soumis à une économie pouvant être théorisée selon les théories anales de la pulsion.<sup>271</sup> Ferenczi ne l'a probablement pas assez compris.

Ferenczi a bien souligné l'insuffisance voire l'échec de l'abréaction dans le processus traumatique. Dans une note du 24 juillet 1932 concernant toujours R.N. il remarque qu'après deux ans de travail thérapeutique les fragments de traumatismes reviennent, que l'abréaction des affects n'a aucun effet (« aucun effet durable de ces explosions affectives »). Pour lui, la partie qui abrégait vit encore et vraiment dans le passé crise mais l'adulte une fois réveillé n'a plus aucun souvenir de la réalité des agressions, en perd même l'impression (gardant seulement le souvenir de la crise).

Pris dans l'enthousiasme de ses techniques et dans le foisonnement de sa pensée, Ferenczi n'a pas totalement vu qu'il pouvait ainsi répéter le traumatisme à l'infini. Ses intuitions cliniques ont pourtant été assez extraordinaires. Il aura d'autre part été peut-être plus sévère envers lui que Freud ne le fut, se décrivant parfois comme un « schizophrène délirant, paranoïde, émotionnellement vide ». S'il a toujours reproché à Freud sa répugnance envers les processus pervers et psychotiques ( une « antipathie pour leurs faiblesses et leurs

---

<sup>270</sup> Roussillon (R.), *Ibid.*, p.233.

<sup>271</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.235.

anomalies » dit-il dans une note du 17 mars 1932), s'il a regretté sa conception rigide du cadre analytique et son caractère trop pédagogue, s'il est devenu selon lui un chercheur scientifique et matérialiste (note du 1 mai 1932), il ne fait aussi dans ses reproches que rejouer ce que Freud avait peut-être déclenché en lui dans un transfert paternel : la dépendance infantile ou le défi. Comme il cherchera d'ailleurs peut-être avec ses patients ce qu'il n'a pas pu trouver avec Freud.

De nombreux auteurs contemporains ont repris les travaux de Ferenczi sur le traumatisme. Avant eux, M. Balint, dès les années trente, s'est intéressé aux sujets gravement perturbés et dont le développement du Moi avait été massivement entravé par des traumatismes précoces, dans une conception proche de l'approche férenczienne, où l'expérience traumatique « heurte » immédiatement le sujet, les avatars du développement s'expliquant par les effets des interactions entre facteurs extérieurs et psyché infantile.

Dans son article de 1932 intitulé « Analyse de caractère et renouveau », il insiste sur un travail analytique se dégageant bien au-delà de la remémoration des souvenirs refoulés et des traumatismes. Deux axes sont mis en relief dans ses propositions thérapeutiques : l'interaction adulte-enfant (influençant le développement psycho-sexuel de l'enfant) et l'idée d'un travail au-delà d'une économie du souvenir, du refoulement ou du traumatisme :

« Il ne suffit donc pas au patient de savoir qu'en réalité ces conditions avaient pour objet de l'empêcher de s'abandonner, de le protéger d'une excitation trop intense pour lui ; même si le traumatisme qui a déterminé ces conditions lui est également connu, il doit réapprendre à aimer innocemment, inconditionnellement comme seuls les enfants peuvent aimer. C'est ce renoncement aux conditions que j'appelle le *renouveau*. Il s'agit forcément d'un phénomène infantile. Le développement doit reprendre là où le traumatisme l'avait fait dévier de son cours primitif. »<sup>272</sup>

On retrouve là une conception très férenczienne de l'approche du traumatisme : il ne suffit pas de rendre conscient l'inconscient, et le retour à la situation infantile n'est que le début de l'approche thérapeutique. Concernant ce que Freud appelle « perlaboration », Balint

---

<sup>272</sup> Balint (M.), « Le renouveau et les syndromes paranoïde et dépressif », in *Amour primaire et technique psychanalytique*, Payot, 1972, p.175-189., cit. in Gumaraes (R.), *Ibid.*, p.181.

se demande si ce processus est lié à la situation analytique ou s'il y aurait un processus particulier de traitement des traumatismes.

Il faudrait selon lui revenir à un état « naïf », pré-traumatique, précédant les mauvaises rencontres avec l'environnement, postulant ainsi l'existence d'un moment d'amour d'objet archaïque originant le développement libidinal.

La publication des travaux de Ferenczi en France a pris cinquante ans, celle de sa correspondance avec Freud n'a été terminée qu'en 2000. Ses travaux, notamment son *Journal Clinique*, ont relancé la réflexion sur le traumatisme et la nécessité de repenser son approche comme les dispositifs.

Claude Balier fait partie des psychanalystes qui se sont lancés dans l'entreprise contemporaine respectueuse de la méthodologie psychanalytique mais aussi soucieuse de prendre en considération les particularités de la clinique du traumatisme. On pourrait par exemple évoquer sa position concernant l'inceste :

« Les psychanalystes ont été plus lents à réagir, parfois dramatiquement lents si l'on en croit les dires de quelques victimes qui se sont allongées sur le divan. Il fallait s'évader du mythe de l'Œdipe comme fondateur des processus secondaires de la psyché, reprendre le fameux « je ne crois plus à ma neurotica » comme un moment fondamental de la psychanalyse à replacer dans une élaboration historique, redécouvrir Ferenczi, quitter en un mot la position confortable et assurée du cadre traditionnel de la cure pour oser innover, sinon en modifiant matériellement le cadre, du moins en prenant en compte des aspects contre-transférentiels tenus pendant longtemps à l'écart par un souci d'orthodoxie. »<sup>273</sup>

D'autres psychanalystes ne relancent pas forcément la question du traumatisme à partir des travaux de Ferenczi. Ainsi, F. Brette (1988) souligne plutôt l'évolution des pathologies des patients et l'allongement des temps d'analyse pour expliquer ce renouvellement.

Il est évident en tout cas que les théorisations actuelles reprennent l'énigme laissée par Freud constatant l'échec de la psychanalyse face au traitement des névroses traumatiques,

---

<sup>273</sup> Balier (C.), « l'inceste : un meurtre d'identité », p.335.

constat dressé en 1926 dans *Inhibition, Symptôme et Angoisse* : « En fait, il est extrêmement regrettable que nous ne disposions d'aucune analyse utilisable de névrose traumatique. »<sup>274</sup>

Il reste cependant que l'influence des travaux de Ferenczi dans une approche du traumatisme prenant en compte les aspects radicaux, archaïques et infra-verbaux de l'expérience est bien réelle. On retrouve par exemple dans les travaux d'Abraham et Torok un souci d'écouter toutes les langues, tous les « poèmes » du patient, y compris et peut-être surtout ceux qui ne sont pas écrits avec des mots. Les échecs évoqués par ces auteurs sont expliqués par l'insuffisance de l'attention à ce type de matériel clinique ; les effets des expériences traumatiques sont étudiés à travers leurs traces symboliques, corporelles et langagières. Pour eux, l'élaboration des expériences catastrophiques se fait toujours de façon *cryptée*. Ce cryptage se fait aussi en fonction du moment où a eu lieu l'enregistrement de l'événement traumatique et également selon les capacités du sujet à ce moment, ce qui explique le recours à des processus excluant très souvent les capacités langagières. N. Abraham et M. Torok ont d'ailleurs considéré l'atteinte du langage verbal comme un effet traumatique.

## **2-1-4 Du côté du négatif**

On doit en grande partie à Ferenczi d'avoir repéré l'importance des processus négatifs dans l'expérience traumatique, processus également étudiés par Freud après le bouleversement théorique de 1920. *Au-delà du principe de plaisir et Analyse terminée, analyse interminable* travaillent cette question.

De nombreux auteurs vont ensuite s'intéresser au « négatif du trauma » après lui, comme A.Green, C. et S. Botella ou encore M. Fain affirmant

---

<sup>274</sup> Freud (S.), *Inhibition Symptôme et Angoisse*, p.53.

« (...) L'existence au sein même du rêve, du symptôme et du trait de caractère, d'une division qui entraîne la coexistence de deux systèmes contradictoires : l'un fonctionnant sur le modèle de la première topique... ; l'autre passe en court-circuit d'un réel traumatique, topiquement situé hors du moi, « scotomisé » et perçu simultanément, ne pouvant fournir de substituts aux représentations de choses inconscientes. »<sup>275</sup>

Il y aurait ainsi selon M.Fain une incapacité à fournir des substituts aux représentations de choses inconscientes. Le travail autour du traumatisme se ferait ainsi sur ce fond de négatif. C. et S. Botella soulignent de façon très intéressante cette négativité :

« (...) Le caractère traumatique ne peut venir en aucun cas du contenu d'un événement en soi représentable. La névrose traumatique serait à comprendre dans une négativité : une violente et brusque absence des topiques et des dynamiques psychiques, la rupture de la cohérence psychique, l'effondrement des processus primaires et secondaires, dans la perte par le moi de ses moyens. La désorganisation brutale trouverait son origine, non pas dans une perception, mais dans l'absence de sens du violent excès d'excitation et de l'état de détresse du moi, dans l'impossibilité pour le moi de se les représenter, de les présenter à la conscience. »<sup>276</sup>

Ces travaux ont l'avantage de déplacer la question du trauma du côté de quelque chose de non-advenu ou non-investi. **Selon mon hypothèse, ce fond de négativité, cette « trace négativée » pourrait se développer autour de la forme non-advenue de l'expérience.**

Pour ces auteurs, le *travail de figurabilité* (faisant converger toutes les données du moment en une seule visant à les lier dans une simultanéité « atemporelle », une « actualisation hallucinatoire »), avec une valeur véritablement anti-traumatique, resterait le seul moyen de révéler le négatif dans une thérapie.

Des pans entiers de vie psychique, dans l'expérience traumatique notamment, seraient ainsi des perceptions non investies, terrorisant le sujet par leur éventuelle irruption dans la psyché, le psychisme pourrait alors craindre un risque « (...) d'implosion par l'irruption de la perception sous forme d'affect de terreur irreprésentable : ni représentation, ni perception,

---

<sup>275</sup> Fain (M.), *Le désir de l'interprète*.

<sup>276</sup> Botella (C. et S.), « Le négatif du trauma », in *La figurabilité psychique*, p.154.

seulement l'affect débridé d'une détresse non-pensable et non-figurable. »<sup>277</sup> La seule solution serait alors de *figurer*.

Il convient alors de penser, comme le font C. et S. Botella, la dualité représentation-perception au sein d'une pensée incluant l'hallucination et le négatif, et même un double négatif. Il faut penser **une psyché cherchant à statuer sur l'événement psychique, à qualifier l'expérience (et notamment à travers des couples d'éléments psychiques fondateurs comme dedans/dehors, bon/mauvais, moi/non-moi..., éléments psychiques bifaces mis en évidence dans mon schéma topique, schéma permettant bien entendu d'inclure le négatif de la pensée)**. Les Botella rappellent que pour que la perception de l'objet soit investie, le sujet doit investir le perceptif sensoriel en lieu et place du perceptif hallucinatoire. Mais investir l'objet dans la représentation suppose l'absence perceptive de l'objet. Il y a donc deux négatifs traversant la psyché :

« D'un côté, pour qu'il y ait investissement de la perception dans l'objet, le perceptif sensoriel doit être investi en lieu et place du perceptif hallucinatoire. C'est-à-dire que perception et hallucination doivent être éprouvées comme distinctes. D'un autre côté, nous savons que l'investissement de l'objet dans la représentation est inhérent à l'absence de l'objet dans la perception. Ce sont deux négatifs travaillant la psyché : Pour la représentation, l'absence de l'objet investi. Pour la perception, la perte de ce que nous avons qualifié en termes d' « objet-satisfaction hallucinatoire » : « le sujet percevant est à jamais affecté par l'échec de la solution hallucinatoire, par la marque de sa propre existence dans l'objet à jamais perdu de la satisfaction... **Cette fixation à l'objet perdu** dans la satisfaction représente en permanence un véritable appel pulsionnel auquel le percevant est soumis en continu. La dualité représentation-perception se définit par ce double négatif.

Autant pour la perception que pour la représentation, **le négatif de l'absence d'investissement origine une béance, une discontinuité psychique produisant l'effet immédiat d'un appel pulsionnel**. D'où la présence d'un double déterminisme pulsionnel. Pour la perception, mue par la perte de l'objet-satisfaction hallucinatoire, c'est la quête pulsionnelle incessante hors-soi de quelque chose à jamais perdu ; un mouvement global pulsionnel, que nous appelons hallucinatoire, déterminant les qualités perception et hallucination. Pour la représentation, c'est la quête pulsionnelle de l'objet absent, sous forme de désir infantile, au moyen paradoxal d'un retour sur soi. Il s'agit des investissements pulsionnels de la relation d'objet, comme de la représentation en général, **des liaisons et des causalités déterminant les qualités-attributs : bon-mauvais, dedans-dehors...**

---

<sup>277</sup> Botella (C. et S.), « la dualité négative du psychisme », in *Le négatif*, p. 71.

**rivés aux organes des sens, aux limites du corps et aux zones érogènes.** En somme, le psychisme serait de part en part traversé par le négatif. »<sup>278</sup>

La théorisation de C. et S. Botellà, bien qu'elle ne soit pas présentée comme une pensée du traumatique, peut tout à fait l'être à mon sens. On y retrouve nombre d'éléments déjà repérés comme constitutifs du caractère traumatique. Cette modélisation est au carrefour de plusieurs courants de pensée du traumatique que j'ai pu isoler.

Elle n'est en effet pas loin d'envisager une potentialité traumatique permanente dans l'appareil psychique (en cela elle est une théorie « pan-traumatique ») ; l'appel pulsionnel dont il est question s'origine bien dans la béance et la discontinuité, donc dans un potentiel traumatique.

Elle est aussi, évidemment, une conception du traumatique fondée sur les aspects négativant de la psyché. A ce sujet, peut-être faudrait-il penser, comme le propose R. Roussillon, que ce ne serait pas vraiment les perceptions qui seraient effacées, négativées, mais plutôt les perceptions représentées comme perceptions, la béance concernant bien la représentation, la liaison des perceptions.

On y retrouve les caractères d'indécidabilité et d'ambiguïté de l'expérience (qui devient traumatique si le sujet n'a pas réussi à qualifier l'expérience, en trouver ses attributs, distinguer perception et représentation...).

C'est aussi bien entendu une théorisation insistant sur la complexité topique d'une telle expérience comme sur ses fondements archaïques : il s'agit bien d'arriver à trouver des « liaisons et causalités déterminant les qualités-attributs » (je remarque que C. et S. Botellà opposent à ce moment des couples –du type « bon-mauvais » ou « dedans-dehors », comme je le fais dans ma proposition topique), c'est-à-dire avant tout de qualifier l'expérience, de « statuer » sur elle (est-elle bonne ou mauvaise, dedans ou dehors, à l'autre ou à soi, exhibée ou cachée...) avant que la psyché puisse la traiter comme une représentation.

C'est là justement que porte l'insistance de ma modélisation : le traumatisme rend difficile cet impératif à statuer sur l'expérience. **Seule une topique dynamique rendant compte des mouvements psychiques du sujet faisant naviguer son expérience à travers**

---

<sup>278</sup> *Ibid.*, p. 74-75. C'est moi qui souligne en caractères gras.

**des zones déployables et potentiellement mises en contact pourrait rendre compte du travail psychique imposé par l'expérience traumatique.**

Enfin, ce travail se fait sur des zones en biface, comme la construction en ruban de Möbius de mon modèle tente de le figurer.

Dans des situations limites, le psychologue pourrait ainsi, de façon inattendue et involontaire, au-delà de l'attention flottante, connaître une rupture dans sa pensée, dans la représentation. Cet « accident » suppose un mouvement régrédient de « convergence-cohérence », sorte d'équivalent à l'état traumatique de non-représentation, traiterai aussi « un matériel perceptif actuel » :

*« C'est la capacité psychique d'un tel mouvement que nous appelons figurabilité, et son accomplissement, travail de figurabilité. Son résultat est « une figure » commune à la représentation et à la perception. » (A.Green, 1993)<sup>279</sup>*

« L'accident de pensée » dont parlent ces auteurs tisse de nouveaux liens, simultanés, dans tous les éléments de la séance, issus de registres différents : le discours et l'agir du patient, les aspects transféro-contre-transférentiels, tout le matériel perceptif actuel, jusqu'aux impressions corporelles du moment et mêmes aux « restes sensoriels » des séances précédentes.

L'idée d'une « figure commune » produite par ce travail de figurabilité est extrêmement riche (A. Green, 1993), c'est aussi l'ouverture à la compréhension de la relation des trois psychismes (celui du patient et des deux cothérapeutes) en état régressif : « C'est le travail en double dont l'aboutissement est révélateur de ce qui, existant déjà chez l'analysant en état non-représentable, en négatif du trauma, peut enfin accéder à la qualité représentation. »<sup>280</sup>

**Cette conception du traumatisme liant le processuel, l'interaction entre la psyché du thérapeute et celle des patients, la question de la forme (la figure est le détachement**

---

<sup>279</sup> Botella (C. et S.), *La figurabilité psychique*, p.67.

<sup>280</sup> *Ibid.*, p.67.



**d'une forme sur un fond, un fond de négativité ici) et le négatif intéresse tout particulièrement mon propos.**

Le traumatisme peut alors être conçu comme sans intelligibilité ni contenu et non pas comme une perception à contenu traumatique :

*« Une béance dans le perceptif doublée d'une béance dans le représentationnel : ni dedans ni dehors. [...] Son existence ne peut être soupçonnée qu'à travers certains troubles d'« accidents » de la pensée, témoignant de la présence d'une perturbation due à une non-représentation et non au contenu de l'événement. »<sup>281</sup>*

Freud avait bien abordé le travail de la figurabilité comme processus psychique essentiel faisant converger les stimuli internes et externes en une unité cherchant à lier les éléments hétérogènes sous la forme d'une actualisation de type hallucinatoire, la figurabilité en étant la forme la plus élémentaire. Il y a de la figurabilité dans le rêve (à l'aide des processus primaires) par exemple, l'un des principes de cette figurabilité étant celui de « convergence-cohérence » (C. et S. Botellà, 1992) qui, en transformant et intégrant, réorganise la vie psychique : « C'est pourquoi il a une valeur « anti-traumatique » incontestable dans la cure, le seul moyen d'accéder et de révéler le négatif du trauma. »<sup>282</sup>

**Ce principe de convergence-cohérence décrit par C. et S. Botellà est très proche de ce qui fonde ma modélisation de la topique du traumatisme. Cette topique est bien fondée sur une sorte de principe de convergence qui ferait que certaines zones de la psyché et de son organisation (ce que je nommerai les zones de plis ou de retournement du ruban) rassemblent des éléments organisateurs du traumatisme, éléments concernant l'informité traumatique, la recherche d'une mise en forme de l'expérience.**

Ces courants théoriques ont l'intérêt d'apporter une cohérence conceptuelle à la vie psychique, d'aborder la question de l'expérience traumatique sur un fond de négativité et de souligner le trauma comme potentialité à la fois permanente et nécessaire à cette vie (j'aurais pu classer ces modélisations dans les théories « pan-traumatiques). Ils intègrent en quelque

---

<sup>281</sup> *Ibid.*, p.157.

<sup>282</sup> *Ibid.*, p.67.

sorte l'expérience traumatique à l'ensemble de la vie psychique, ne font plus du trauma une « enclave », un impensable totalement exclu de cette activité.

Il devient très intéressant de penser ainsi le trauma, **non pas seulement comme une catastrophe (qu'il est) mais aussi sur un continuum de la vie psychique**. Il ne me semble pas impossible de considérer la cassure, la radicalité de l'expérience traumatique en même temps que son inscription dynamique dans la psyché. Ne nous laissons pas tromper par l'apparent pessimisme du terme « négatif » ; les théories psychanalytiques inscrivent clairement ce concept dans une modélisation dynamique du traumatisme.

C. Garland, elle, remarque qu'il reste toujours un « noyau profond de négativité », noyau énigmatique qui fait que l'enquête autour des grands traumatismes n'aboutit parfois à rien, que le survivant se détourne et que tout semble imprégné d'un désespoir mortel. Cette négativité dépasse quelquefois les limites du thérapeute, elle est d'ailleurs différente pour chacun d'entre eux : « (...) l'essence même du traumatisme est d'être accablant. »<sup>283</sup>

Les travaux contemporains s'orientent de plus en plus vers cette notion de négativité. Freud l'avait déjà abordée en 1900 dans *L'interprétation des rêves* en observant « l'ombilic du rêve », « un nœud de pensée que l'on ne peut défaire...le point où il se rattache à l'Inconnu ». F. Pasche<sup>284</sup> remarque que l'on touche là au fondement de l'être, non représentable mais condition de toute représentation.

Freud avait également abordé cette question dans son article de 1925 sur *La négation* en parlant d'une négation non langagière mais psychique, disant non à l'inconscient (inconscient ignorant lui-même le non !) ; dans cette conception, les systèmes primaire et secondaire sont rapprochés.

J'ai précédemment rappelé que, dans *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Freud avait envisagé sur la fin de sa vie et de son œuvre (cinquante ans après la notion d'après-coup) les effets négatifs du trauma. Il parle d' « événements totalement oubliés et inaccessibles au souvenir » (ces éléments concernent des impressions d'ordre sexuel ou agressif mais aussi des blessures narcissiques). Il signale que, concernant ces réactions négatives, rien n'est répété pour être élaboré.

---

<sup>283</sup> Garland (C.), *Pour comprendre le traumatisme- Une approche psychanalytique*, p.39.

<sup>284</sup> Pasche (F.), *Le passé recomposé* (1999), cit. in Botellà (C. et S.), *Ibid.* p.152.

C. et S. Botellà supposent judicieusement que Freud s'est probablement inspiré du travail de Ferenczi<sup>285</sup> pour lequel « (...) aucune trace mnésique ne subsistera de ces impressions, même dans l'inconscient, de sorte que les origines de la commotion sont inaccessibles par la mémoire. »<sup>286</sup>

Freud ira jusqu'à dire que le contenu de l'événement n'est pas l'essentiel du trauma. C'est alors qu'il fait appel aux « préformes » du traumatisme précoce (avant cinq ans) et à la phylogenèse, l'événement restant insuffisant à expliquer les réactions au traumatisme.

Freud considérera donc les deux faces du trauma : les réactions positives liées aux fantasmes originaires (constituées le plus souvent avec l'après-coup et formant les symptômes névrotiques, la névrose infantile et le développement de la névrose de transfert) et les réactions négatives.

Ces dernières sont un « reste » négatif, irreprésentable, qui ne se répétera même pas, ni ne se formera en symptôme. Il y a ainsi des expressions traumatiques à « effets négatifs », elles offrent des symptômes sans contenu, des « rétrécissements du moi » (on trouve ici un lien avec les observations d'A. Potamianou concernant les restrictions du moi), et même des affects et attitudes passant pour normales.

Ce « reste négatif » peut être considéré par certains comme « le fondement du trauma infantile » (C. et S. Botellà) :

*« Aujourd'hui, nous sommes convaincus que le caractère traumatique du trauma infantile ne répond ni au modèle de la névrose traumatique ni à celui de l'après-coup ; il ne vient ni de l'intensité d'une perception ni du contenu d'une représentation, mais de l'incapacité de transformer, de rendre psychique un état qui, du fait de cette incapacité elle-même, devient excédent d'énergie, un perceptif non-lié, sans pour autant pouvoir déclencher une névrose traumatique. »<sup>287</sup>*

Vient donc ainsi la théorisation d'un trauma infantile caractérisé par la *non-liaison*, l'absence de tout contenu, c'est un traumatisme en creux, en béance (dans le perceptif et le représentationnel).

---

<sup>285</sup> Ferenczi (S.) Et notamment d'un article posthume : « Réflexions sur le traumatisme », condensant trois notes rédigées en 1931 et 1932.

<sup>286</sup> Ferenczi (S.), *Réflexions sur le traumatisme*, p.143.

<sup>287</sup> Botellà (C. et S.), *La figurabilité psychique*, p.156.

On se souvient que ce traumatisme n'est pas clairement exprimé, il ne peut qu'être soupçonné à travers des « accidents de pensée », des perturbations signalant que quelque chose ne peut entrer dans le réseau des investissements, des conflits, des représentations. Ce dont il s'agit concerne

« (...) une zone de souffrance psychique dépassant les possibilités de figuration et renvoyant par là à des pertes d'objet non représentables, non élaborables dans un travail de deuil ; une zone où la violence des affects libérés désorganise le psychisme. Cet état de qualité psychique n'est définissable qu'en termes de non-investissement, de non-objet, nous pourrions le qualifier, afin de bien marquer sa différence d'avec la trace mnésique porteuse de contenus, de *trace perceptive* -à condition toutefois d'entendre par là une absence d'intelligibilité doublée d'une absence de qualité, ne serait-ce que sous forme sensorielle. *Ce serait la potentialité d'un excédent d'énergie tendant à se déployer dans un mouvement perceptif-hallucinatoire non-lié, en effet potentiel sans contenu.* »<sup>288</sup>

Il ne faut pas se tromper en confondant le négatif du trauma avec le quantitatif. Ce « potentiel sans contenu » n'est pas quantitatif, c'est plutôt l'absence de quelque chose qui aurait dû se produire, absence dont le sujet n'a évidemment pas conscience.

On trouve ici bien entendu une proximité de pensée avec les premiers travaux de Ferenczi (définissant le traumatisme comme « une impression qui n'est pas perçue »), et encore plus avec ceux de Winnicott et sa crainte d'effondrement. Mais, pour C. et S. Botellà, ce qui n'a pas eu lieu, c'est une négativité. Il est donc particulièrement difficile de trouver le statut théorique et topique de ce négatif ; il n'est pas le même que celui de l'hallucination par exemple car il y a dès le début une absence, un défaut d'inscription.

Comme il n'est ni dedans ni dehors, il ne peut faire retour ni du dehors (comme le *Verwerfung* de l'hallucination psychotique) ni du dedans (comme le refoulé). Ce négatif n'est repérable, répétons-le, qu'avec la régression des deux psychismes du patient et du thérapeute, dans le processus de figurabilité de l'analyste.

S'intéresser au négatif suppose évidemment d'aller voir au-delà de la représentation. C. et S. Botellà rappellent que l'état régrédié de la pensée dans la cure suppose une zone de *non-représentation* propre à l'inconscient :

---

<sup>288</sup> *Ibid.*, p.157.

« La non-représentation correspondrait à un état psychique qui, du fait de son absence de qualité « représentation » comme de qualité « sensorielle », du fait de son incapacité d'exciter par la voie progrédiente le pôle Cs, ne peut être décrite qu'à travers une terminologie négative. [...] La non-représentation est ressentie par le moi comme un excès d'excitation ; et **si le psychisme n'arrive pas, au moyen d'une transformation, à un vécu d'intelligibilité accessible au système de représentations, le moi le vivra comme traumatique.** » »<sup>289</sup>

**Cette articulation entre un « négatif très excitant », l'idée d'une transformation** (en ce qui concerne mes hypothèses, je parlerai du jeu de la forme de l'expérience, du travail de l'informativité traumatique), **et la dynamique conduisant à rendre la forme de l'expérience « accessible au système de représentations »** (c'est-à-dire finalement tout ce qui concerne la symbolisation primaire) **pour éviter le traumatisme est tout à fait en accord avec ma modélisation.**

1920 et son tournant théorique dans la théorisation freudienne voit l'affirmation, dans le refoulement du désir infantile, d'un élément traumatique tout aussi important que le principe de plaisir. M. Fain<sup>290</sup> définit la névrose traumatique en son incapacité à « fournir des substituts aux représentations de choses inconscientes ». Mais C. et S. Botellà s'interrogent sur le fait de savoir si cette incapacité s'ancre (comme Freud le pensait) dans une perception traumatique ou « (...) si l'investissement de cette perception et sa répétition hallucinatoire sont des réactions défensives du psychisme devant le trauma. »<sup>291</sup>

Les Botellà ont démontré (1988) que le caractère traumatique ne pouvait en aucun cas « venir du contenu d'un événement en soi représentable ». Pour eux, la névrose traumatique doit s'explorer dans la négativité, dans :

« (...) une violente et brusque absence des topiques et des dynamiques psychiques, la rupture de la cohérence psychique, l'effondrement des processus primaires et secondaires, dans la perte par le moi de ses moyens. »<sup>292</sup>

**Le schéma topique que j'ai construit tente de rendre visible cette absence de topiques, je montrerai son caractère « atopique ».**

---

<sup>289</sup> *Ibid.*, p.152-153. C'est moi qui mets en caractères gras.

<sup>290</sup> Fain (M.), *Le désir de l'interprète* (1982), cit. in Botellà (C. et S.), *Ibid.*, p.153.

<sup>291</sup> Botellà (C. et S.), *Ibid.*, p.154.

<sup>292</sup> *Ibid.*, p.154.

C'est là le fondement négatif du trauma : ce qui désorganise la psyché n'est pas une perception mais l'absence de sens des excitations et de la détresse du moi (et l'impossibilité de ce dernier de les présenter à la conscience).

Il faut ainsi être très prudent quand on qualifie une expérience de traumatique et ne pas la confondre avec ses premiers modes de traitement : investir une perception jusqu'à l'halluciner (et investir cette hallucination) n'est pas le traumatisme mais plutôt son premier traitement, une première forme d'élaboration et d'intégration à la vie psychique, une « liaison anti-traumatique » (C. et S. Botella).

Selon cette conception, la névrose traumatique commencerait avec l'échec des capacités de liaison des processus primaires : l'absence de figurabilité met le sur-investissement d'une perception en lieu et place de déplacements (facilitant une représentation) et le pôle sensoriel-hallucinatoire est investi massivement et très brutalement au lieu d'une condensation (produisant une représentation).

L'approche de ce négatif dans le trauma se heurte à une difficulté réelle dans la technique thérapeutique. Comment en effet accéder à ces effets irreprésentables des traumatismes ? Comment approcher ce qui semble ne pas avoir de solution psychique ? Ceci paraît d'autant plus difficile que j'ai plusieurs fois dans cette thèse souligné l'intrication, le réseau des traumas (« Un trauma seul, ça n'existe pas » disais-je).

On approche ici le défaut d'inscription sous forme de représentation et même de perception. Il faut alors aussi reconnaître l'inaccessibilité de ce type de trauma aux interprétations habituelles et la nécessité de penser un cadre thérapeutique particulier

Certains, comme S. Ferenczi, ont essayé d'assouplir la technique habituelle : l'« état de transe » férenczien par exemple, cherchant à amener le trauma à la perception et à la décharge, répète aussi ce trauma et, par là même, en crée un nouveau. Ferenczi le reconnaîtra d'ailleurs (1932).

Malgré la violente controverse, Freud sera sans doute aidé par les critiques de Ferenczi et répondra aux questions que je posais précédemment dans *Constructions dans l'analyse* (1937), texte d'une extrême originalité : la « conviction » du patient peut avoir la même valeur économique que la remémoration.

Il reste que cette conception « en négatif » du traumatisme, cette façon d'essayer de saisir cet irréprésentable sans contenu ni sens a d'importantes incidences techniques et métapsychologiques. Car l'on touche à quelque chose de radicalement différent :

« (...) la perte de la perception de l'objet ne pourra être traumatique aussi longtemps que sa représentation est maintenue, que ce n'est pas la perte de la perception de l'objet mais la perte de sa représentation, le danger de non-représentation, qui signe la détresse infantile. »<sup>293</sup>

La question du négatif est de plus en plus étudiée par la psychologie contemporaine, notamment depuis les travaux d'A. Green. J.L. Donnet, M. Fain, J. Guillaumin, R. Roussillon ou N. Abraham et M. Torok par exemple qui s'y sont beaucoup intéressés.

L'intérêt de ces travaux est aussi souvent d'en souligner la composante créatrice, au-delà de l'action négative. Il faut sans doute accepter sans détour la déliaison lorsqu'on travaille avec un patient traumatisé. A. Green rappelle d'ailleurs que le discours silencieux de l'analyste est le négatif de celui de l'analysant.

La clinique contemporaine s'est attachée à penser le négatif devant les problématiques autres que névrotiques, notamment traumatiques :

« Ici, la négativité change de sens, elle ne se réfère plus seulement à cette latence du positif qui fait apparaître ce dernier sous un jour nouveau, elle concerne des expressions obstinément rebelles au changement, c'est-à-dire stérilisantes du transfert. Lorsque les limites de l'analyste sont atteintes, un contre-transfert négatif prend une ampleur regrettable. Ici nous ne sommes plus dans le système finement travaillé par le refoulement qui permet d'utiliser les aphorismes qui ont fait florès, comme « la névrose est le négatif de la perversion », ou encore qui illustrent le refoulement par la formule lumineuse : « ce qui est déplaisir pour un système est plaisir pour l'autre système », donnant des rapports du conscient et du refoulé de l'inconscient, l'image inversée que le symbole de la négation suffit à rendre intelligible. Tout le problème devient désormais, de comprendre les rapports de ces deux types de fonctionnement. C'est ce qui impose la théorisation du travail du négatif. »<sup>294</sup>

Je l'ai maintes fois souligné depuis le début de cette thèse, l'expérience traumatique, même lorsque le sujet tente de l'exprimer verbalement, se communique par des mots portant

---

<sup>293</sup> *Ibid.*, p.210.

<sup>294</sup> Green (A.), *Le négatif*, p.23.

un poids les dépassant et obligeant à trouver d'autres voies et modes d'expression (d'où l'insistance sur la communication non-verbale, les processus d'identifications projectives, l'intérêt des signifiants formels...).

Il est important de toujours entendre chaque registre (y compris celui du négatif) sous ces deux « régimes », je m'y attache depuis le début de cette recherche, cela est même à la base de la construction du modèle topique proposé, le négatif évoque ce qu'il négative et inversement. A. Green a souvent rappelé la nécessité par exemple d'écouter une communication primaire par le prisme du secondaire et de renvoyer « par la langue secondaire » un message supposé s'adresser au primaire :

*« (...) le monde des représentations de chose conscientes pouvant se négativer par la doublure inconsciente de mot dans son rapport si singulier à la présence et à l'absence, évoquant inévitablement derrière la perception des sons toute l'absence qui les fait rayonner dans d'autres mots et dans d'autres choses, loin de leur foyer. »<sup>295</sup>*

Dans les expériences traumatiques, qui ne se situent pas dans une économie de refoulement (le traumatisme peut évidemment survenir chez un sujet structuré sur un mode névrotique mais l'expérience traumatique, par définition, suppose l'incapacité de ce même sujet à la traiter sur ce mode), le sujet est obligé de trancher sur la nature et l'ampleur de son expérience.

Il ne peut en penser, nuancer ni conflictualiser les éléments. Il doit, dans l'urgence, se séparer ou plutôt s'amputer de quelque chose (c'est ce qu'avait très bien saisi Ferenczi). Le prix de sa survie est celui-ci, celui du négatif :

*« (...) J'ai appelé travail du négatif, l'ensemble des défenses primaires (refoulement, désaveu, forclusion, négation) qui ont en commun leur obligation de statuer par oui ou par non sur un quelconque élément de l'activité psychique, pulsion, représentation de chose ou de mot, perception, qui sont les instruments et les processus par lesquels le jugement psychique est prononcé. **Cette obligation de juger, c'est-à-dire de choisir et de décider a nécessairement pour corollaire un sacrifice. Celui de ce qui est abandonné.** »<sup>296</sup>*

---

<sup>295</sup> Green (A.), *Ibid.*, p.18.

<sup>296</sup> *Ibid.*, p.24. C'est moi qui mets en caractères gras.



Cette conception du travail du négatif lié à la nécessité d'un jugement sur un élément psychique sur l'expérience, jugement radical, décision supposant un sacrifice ou un abandon, nourrit tout à fait mes propositions sur ce sujet. On est en effet ici beaucoup plus proche d'une conception de l'expérience traumatique comme encourageant ce type de défenses, ne se basant pas seulement sur l'idée d'un excès d'excitations par lequel la psyché ne pourrait être qu'effractée, mais aussi comme une expérience créant du négatif, inventant de nouvelles modalités de traitement, qualifiant « en creux » l'expérience.

A. Green fait du négatif une propriété de la pensée humaine, le fondement du négatif (comme l'avait d'ailleurs souligné Freud) étant de rendre présent, de reproduire :

*« (...) représenter un antérieur marqué par une relation objet-perception, voilà le processus. [...] La pensée consiste donc en une transformation du rapport objet présent-sujet percevant, en rapport objet non présent, non perceptible-sujet reproducteur, qui présentifie par représentation. Telles sont les coordonnées du négatif : ce qui se produit malgré l'absence de l'objet et ce dont sa présence qui fait défaut (la non perception) induit comme autre mode de présentification –de rendre présent- faisant exister, par un acte de reproduction (de la trace de ce qui a été perçu) une structure réfléchie qui en tient lieu.»<sup>297</sup>*

Une conception du traumatisme où l'excès mais aussi l'effacement, l'hallucination et le négatif seraient des tentatives d'organiser l'expérience, en relief et en creux conviendrait à mon propos; tentative de saisir l'expérience, de la conserver, de l'organiser et parfois même de la créer par tous les moyens dont dispose la psyché. **Il y aurait de la création dans la façon dont le sujet a de réagir au traumatisme, pas seulement une défense ou un débordement.**

Penser le négatif, y compris autour de la question du traumatisme, suppose des modèles métapsychologiques capables de le contenir. Ainsi, si l'on peut penser l'effort du sujet pour rendre présent ce qui lui manque, il faut aussi penser que, face à la même expérience, ce même sujet pourrait « refuser » d'engager la destructivité, de la figurer car celle-ci pourrait bien détruire le sujet lui-même : objet et sujet auraient alors le même destin, un destin non figurable.

---

<sup>297</sup> *Ibid.*, p.29.

Si l'émergence du désir est liée à une violence et une destructivité tellement insupportable, le sujet traumatisé pourrait en venir à vouloir tuer le désir lui-même. Le traumatisme ouvrirait sur un nouveau paradoxe, l'espoir d'une nouvelle présentation de l'expérience associé au meurtre du sujet lui-même.

En se négativant, le sujet n'aurait pas à reconnaître la perte :

*« S'il n'y a rien à espérer que sa propre survie, rien n'est absolument perdu, mais rien, non plus, n'est à perdre. Plus d'absence, plus de négatif, plus de travail, rien que du présent sans mémoire, parce que toute mémoire serait revivre l'agonie d'une mise à mort. »<sup>298</sup>*

C. Janin a lui aussi beaucoup insisté sur les aspects négatifs des expériences traumatiques, ces dernières venant rompre les liaisons entre processus primaires et secondaires, attaquer la continuité et l'identité du sujet. Dans ces expériences, le sujet s'agrippe au perceptif et met en jeu le pôle hallucinatoire. On arriverait ainsi à la formulation paradoxale de C. Janin :

*« (...) la trace mnésique de l'événement s'inscrit dans le moi comme trace absente. J'ai ainsi proposé de postuler l'existence d'une « trace amnésique » qui est l'inscription en creux d'une trace mnésique négativée, qui vient prendre corps et représentation chez l'analyste, dans le travail de contre-transfert. »<sup>299</sup>*

Le traumatique introduit toujours une rupture dans le processus d'historicisation du sujet comme dans celui de la subjectivation. Cette rupture se fait très souvent sur un fond de négativité.

Il est clair en tout cas que c'est uniquement dans les aspects transféro-contre-transférentiels que l'on peut saisir les effets du négatif. C. Janin va jusqu'à différencier dans le processus transférentiel un *attracteur oedipien* et un *attracteur négatif* (qui est en fait l'attracteur traumatique) ainsi que leur dialectisation possible.

---

<sup>298</sup> *Ibid.*, p.33.

<sup>299</sup> Janin (C.), "Au Coeur de la théorie psychanalytique: le traumatisme", in *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation.*, p.49-50.

En proposant une théorisation d'un *traumatisme primaire* clivé et de l'organisation de la psyché pour pallier les risques encourus par son retour, R. Roussillon « décline » en quelque sorte selon moi la question du négatif.

Les traumatismes secondaires sont ceux qui ont confronté le sujet à une situation subjective qui, toute perturbante qu'elle a pu être, a pu être vécue et subjectivée, représentée puis « secondairement » refoulée. Ils continuent à rester traumatiques en constituant des fixations, un pouvoir attracteur pour les conflits actuels, mais sont inscrits dans une économie de refoulement, conflictualisée. Ils apparaîtront même dans les chaînes associatives et le transfert pour être repris et métabolisés.

Mais le modèle du traumatisme secondaire suppose une certaine organisation psychique, une représentation, un narcissisme suffisamment organisé. Or, certaines pathologies (les pathologies narcissiques identitaires par exemple, telles que les étudie R. Roussillon) et surtout certaines expériences ne peuvent pas être refoulées, subjectivées ; leur topique relève du clivage.

Dans les *souffrances identitaires-narcissiques*, les sujets montrent leur manque, ce qu'ils ne peuvent percevoir eux-mêmes (par défaut de réflexivité : ils ne se sentent pas, ne se voient pas ou ne s'entendent pas). Là le patient

« (...) « Demande » à l'analyste d'être ce que l'on pourrait appeler « le miroir du négatif de soi », de ce qui n'a pas été senti, vu ou entendu de soi, ou du mal senti, mal vu ou entendu de soi. »<sup>300</sup>

Le transfert en jeu n'est donc alors plus massivement un transfert par déplacement mais par retournement où le patient fait vivre à son thérapeute ce qu'il n'a pas pu lui-même vivre et, pour reprendre les transformations énoncées par R. Roussillon : le paradoxe se substitue au conflit, la perception et la sensation à la représentation, la contrainte au choix, le désespoir au renoncement, le non-advenu à la perte, la répétition sur le principe de plaisir/déplaisir...

Plus clairement, on reconnaît là que le transfert est plutôt régi par la négativité et la mise en jeu d'une certaine destructivité. Le traumatisme primaire est un « bel » exemple de la mise en œuvre de la négativité dans la problématique traumatique.

---

<sup>300</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.14.

Il touche à la symbolisation primaire, affectée, et l'intérêt de cette conceptualisation est d'étendre ce modèle non seulement aux traumatismes les plus précoces (*précocissimes*) mais aussi à toute expérience de détresse. Les expériences rencontrées dans le cas d'agressions sexuelles en font évidemment partie. En fait, tous les états sans issue, où le sujet a épuisé ses ressources. Quand la détresse dure et que le manque devient insupportable, il *dégénère* dit R. Roussillon en *état traumatique primaire* :

« Ces états traumatiques primaires possèdent un certain nombre de caractéristiques qui les spécifient. Ce sont, comme les états de détresse, des expériences de tension et de déplaisir sans représentation (ce qui ne veut pas dire sans perception ni sans sensation), sans issue, c'est-à-dire sans recours internes (ceux-ci ont été épuisés) ni recours externes (ceux-ci sont défailants), des états au-delà du manque et de l'espoir. »<sup>301</sup>

D'aucuns avaient déjà reconnu que les patients états-limites finissaient par désespérer du désespoir lui-même...

Ce désespoir qualifié d'*existentiel* par R. Roussillon pourrait bien rejoindre des configurations cliniques observées par P. Marty et l'école de psychosomatique autour par exemple de la « dépression essentielle » ou de la « honte d'être » étudiée par A. Ciccone et A. Ferrant, c'est-à-dire des expériences-non-expériences où le fait même d'être sujet est en question.

Comme toujours, et même dans les problématiques les plus désespérées, il y a une issue. Mais l'issue est elle-même forcément radicale et coûteuse. Elle est paradoxale :

« Pour survivre le sujet se retire de l'expérience traumatique primaire, il se retire et se coupe de sa subjectivité. Il assure, c'est là le paradoxe, sa « survie » psychique en se coupant de sa vie psychique subjective. Il ne « sent » plus l'état traumatique, il ne se sent plus là où il est, il se décentre de lui-même, se décale de son expérience subjective. »<sup>302</sup>

C'est en cela que je souhaitais souligner son rapport au négatif : le sujet ne fait pas que soustraire la représentation ou refouler l'affect, il s'ampute d'une partie de sa subjectivité.

---

<sup>301</sup> *Ibid.*, p.19. R. Roussillon rappelle que S. Ferenczi en a fait la première description clinique.

<sup>302</sup> *Ibid.*, p.20.

Il s'agit bien d'un paradoxe puisque cela concerne une expérience clivée mais une expérience pas réellement constituée comme telle, pas représentée. L'expérience a bien été un peu vécue et a laissé des traces mnésiques mais n'a pas pu être intégrée comme telle.

La défense en jeu est alors différente de celle explorée par Freud dans *Le clivage du Moi* :

« (...) le clivage que nous décrivons déchire la subjectivité entre une partie représentée et une partie non représentable, c'est plus un clivage « au » moi qu'un clivage « du » moi. Cependant, c'est un clivage de la subjectivité, et la partie non représentée est néanmoins « psychique » et « subjective » et comme telle elle « devrait » appartenir au moi. »<sup>303</sup>

## 2-1-5 Traumatisme et contenant

D'aucuns ont reproché à Freud d'être resté dans une certaine « monade métapsychologique » (M.Neyraud) en ce qui concerne les expériences traumatiques, parlant finalement assez peu du rôle de l'objet ou de l'environnement primaire dans la constitution des traumatismes précoces par exemple. D'autres modèles du traumatisme ont parfaitement intégré la « donne de l'objet » avec par exemple l'idée d'une mère comme premier objet d'une séduction généralisée (Laplanche), une mère évitant les traumatismes par sa capacité de rêverie (Bion), ou un environnement influant par sa violence d'interprétation (P.Aulagnier).

Il est vrai en tout cas que la question du traumatisme a moins été abordée par Freud du côté de la contenance, d'autres théorisations s'y sont plus attachées.

Parmi les récentes approches psychanalytiques du traumatisme j'ai retenu celles avancées par l'école anglaise (Tavistok Clinic). Elles définissent ce type d'expérience comme

---

<sup>303</sup> *Ibid.* p.21.

un effondrement submergeant « (...) les défenses existantes contre l'angoisse sous une forme qui confirme aussi les angoisses universelles les plus profondes. »<sup>304</sup>

Tout se passe comme si le sujet transformait l'événement « en une forme reconnaissable de la relation d'objet interne »<sup>305</sup>. Le traumatisme viendrait alors confirmer les fantasmes inconscients les plus archaïques et persécuteurs du sujet sur ses objets internes et externes.

Ce courant insiste également sur le fait que ce lien, cette association se fait le plus souvent sur un registre non-verbal ou pré-verbal lié aux toutes premières défaillances de l'objet primaire (et à l'angoisse d'anéantissement inhérente).

Pour son insistance sur la problématique du contenant, les aspects infra-verbaux et les manifestations contre-transférentielles, cette modélisation de l'expérience traumatique rejoint la problématique de cette thèse. **Cette réflexion souligne encore l'effort désespéré du sujet pour à la fois survivre et communiquer son expérience, elle s'inscrit donc dans un réel dynamisme qui fait du traumatisme quelque chose qui serait non plus seulement à évacuer mais à communiquer :**

*« (...) l'intensité de sa détresse et de sa peine, situées bien au-delà des mots. L'identification projective, ce moyen de communication on ne peut plus primitif et efficace, est peut-être le meilleur moyen –in extremis- dont dispose le survivant, avant que le thérapeute puisse l'aider à trouver les mots appropriés à son état mental. »<sup>306</sup>*

D'évidence, la thérapie proposée par ce courant de pensée ne se centre pas sur l'événementiel mais sur le transfert. Avec cette théorie, on pourrait penser l'expérience traumatique comme l'effondrement d'un contenant qui perdrait à son tour les deux contenants interne et externe, la perte du contenant intérieur entraînant aussi la perte de la symbolisation, l'angoisse automatique inscrivant le patient dans une grande rigidité.

Une partie du traitement se construira donc sur l'extériorisation des relations d'objet interne « abîmées » et la réintrojection appropriée de réponses venues d'objets externes. **En travaillant sur la forme de l'expérience et sur la forme de la relation du patient à ses**

---

<sup>304</sup> Garland (C.), *Ibid*, p.20.

<sup>305</sup> *Ibid.*, p.21.

<sup>306</sup> *Ibid.*, p.37.

**objets internes, les deux psychologues du dispositif pourraient bien faciliter cette extériorisation et cette réintrojection et donc le travail de symbolisation de l'expérience. On verra plus loin dans l'étude du dispositif à quel point sa qualité d'extériorisation est importante, doublement importante.**

Ces travaux font aussi l'économie de critiques quelquefois adressées aux théories kleiniennes qui négligeraient les effets traumatisants de l'environnement, ils lient en effet le poids de l'événement au monde interne.

Les propositions de la Tavistock Clinic et particulièrement de C. Garland sont particulièrement intéressantes en ce qu'elles tiennent compte de l'articulation interne/externe, situant la violence au niveau d'une attaque du contenant :

*« Elle entraîne une perturbation massive du fonctionnement et équivaut à une sorte d'effondrement. Il y a effondrement de la façon habituelle de conduire sa vie, ainsi que des idées établies ; effondrement d'un monde où tout est prévisible, ainsi que des structures mentales établies, et de l'organisation défensive établie. Cela rend le sujet vulnérable à des angoisses internes et accablantes venant de sources internes autant qu'externes. Les angoisses et les pulsions les plus primitives retrouvent une vie nouvelle. »<sup>307</sup>*

La souffrance est donc terrible, l'attente d'un secours est immense. D'autant que l'événement vient confirmer les fantasmes inconscients du sujet, fantasmes les plus persécuteurs concernant le monde et ses objets. Une des façons de donner sens au cataclysme est donc de le transformer en une « forme reconnaissable de relation d'objet interne », cela est nécessaire pour survivre, l'extraordinaire devient familier.

On touche ici à un point extrêmement important pour ma recherche :

« Comme on peut s'y attendre, les relations d'objet interne qui donnent un sens et une signification plus immédiate à l'événement traumatisant seront celles qui y ressemblent le plus, à la fois structurellement et en termes d'associations. Le navire qui sombre rempli d'enfants morts représente une mère qui a lutté en vain pour se maintenir en vie et sauver ses enfants. La victime asphyxiée dans un incendie rappelle la perte d'un frère ou d'une sœur plus jeune atteint de myopathie. Pourtant, selon la pensée psychanalytique, les liens les plus révélateurs seront ceux associés non pas à des événements dont on se souvient mais plutôt à des registres non-verbaux ou pré-verbaux du vécu ;

---

<sup>307</sup> *Ibid.*, p.21.

ceux-ci sont liés aux notions primitives des toutes premières défaillances de l'objet primaire ainsi qu'aux pulsions et fantasmes d'anéantissement que ces défaillances ont provoqués. »<sup>308</sup>

Cette conception est particulièrement intéressante en ce qu'elle noue les notions de forme et de sens, de contenant et de contenu et insiste sur les aspects attracteurs et organisateurs du traumatisme. Elle ne néglige pas l'impact du traumatisme actuel (l'effondrement du contenant est un vécu terrifiant) pas plus que des traumatismes antérieurs (les expériences et angoisses universelles les plus primitives) :

« Ces différents développements de la psychanalyse sont entrés en conflit. D'un côté on souligne l'importance de l'environnement et on ne porte pas une attention suffisante au monde intérieur et psychique de l'individu. Les problèmes sont attribués aux échecs de l'environnement d'une façon qui n'aide guère. D'un autre côté on critique le point de vue kleinien parce qu'il ignore les effets traumatisants de l'environnement et ne semble avoir aucune sympathie envers la souffrance et les troubles causés à l'individu. Cette controverse n'est pas seulement importante au niveau théorique. Elle est également significative au niveau de la technique clinique. Dans la pratique thérapeutique, il est important de garder ces deux aspects à l'esprit pour maintenir un équilibre, c'est-à-dire pour être en mesure de comprendre le poids des événements du passé, tout en refusant de faire collusion avec le patient dans son désir de le tenir responsable des difficultés présentes et, de ce fait, justifier son désir de revanche. En termes religieux traditionnels, cela pourrait se comprendre comme étant un conflit entre l'idée du péché originel et l'idée que ce péché est une réaction aux blessures et aux préjudices reçus. Cette conception est celle de Winnicott. »<sup>309</sup>

Concernant tout particulièrement ma modélisation topique à venir, je retiens de ces travaux qu'**il existe un lien entre un traumatisme et les événements du passé par l'intermédiaire des relations d'objet interne existantes depuis longtemps** :

*« Ce n'est pas seulement, comme c'est bien souvent le cas, que les événements traumatisants du présent déterrent des événements du passé, mais plutôt que l'événement actuel réveille les émotions liées aux peurs et aux fantasmes du passé dans l'esprit du survivant, et peut même parfois présenter une ressemblance structurelle à ce passé. »<sup>310</sup>*

---

<sup>308</sup> *Ibid.*, p.22.

<sup>309</sup> *Ibid.*, p.169.

<sup>310</sup> *Ibid.*, p.119.



Ce lien qui peut parfois être structurel avec le passé, c'est ce que j'appelle *l'informité*, **une sorte de rapport de forme en lien avec les distorsions traumatiques. Le trauma actuel peut ainsi venir attirer et vérifier une forme traumatique de relation d'objet qui pourra à son tour « se remettre » de l'événement dans le présent (C. Garland).**

On saisit ici la construction spiralaire de ce modèle où *la forme reconnaissable de relation d'objet « navigue » en quelque sorte au sein de la psyché et de son organisation.* Cette construction est très proche de celle qui fonde la modélisation de ma topique. Je montrerai comment les « liens ancrés », ces reconnaissances de formes correspondent aux points de pliures de l'expérience.

Une autre conséquence de ces travaux est de considérer qu'un traumatisme signifie l'absence de contenant maternel et provoque ainsi ses difficultés dans la symbolisation. La perte de contenance est à la définition du traumatisme en même temps qu'elle en signe les effets : « Un événement traumatisant est un effondrement du contenant et vice-versa. »<sup>311</sup>

Cette définition est valable pour tout traumatisme, intentionnel ou pas. La pensée, les défenses et le comportement sont « désintégrés », c'est l'*effondrement*. Le sujet perd ses deux contenants, interne et externe et le monde devient alors très dangereux.

Comme le contenant interne est mis à mal, les processus de symbolisation le sont aussi. Cette conception du traumatisme donne aussi forcément des indications thérapeutiques : il s'agira bien de restituer, réparer la fonction contenante. D'une certaine façon, comme une mère peut le faire, les thérapeutes devront comprendre toute la gravité et l'ampleur des angoisses primitives, les prendre dans l'espace des séances (pour ne pas dire les héberger dans leur corps et leur psyché). Il ne faut évidemment jamais oublier le patient, mais surtout jamais oublier que le patient traumatisé craint qu'on l'oublie, d'être anéanti, atomisé, craint de mourir.

Bien sur, la contenance est le premier temps thérapeutique. Je ne saurais d'ailleurs rappeler à quel point il convient, dans les pathologies traumatiques, de suspendre l'interprétation (a fortiori oedipienne). Plutôt devrais-je dire que contenir ce type d'éprouvés (par une « présence bien vivante »<sup>312</sup>) est déjà interpréter la souffrance du sujet.

---

<sup>311</sup> *Ibid.*, p119.

<sup>312</sup> Pour reprendre le titre d'un livre d'A. Alvarez.

C. Garland rappelle aussi l'apport fondamental de Bion (1967) dans ce domaine, décrivant ce processus comme une transformation, processus où le thérapeute avec son patient peut accomplir un travail similaire à celui d'une mère avec son bébé. Il faut rendre la « matière première traumatique » utilisable pour la psyché, symbolisable, éviter un nouvel effondrement.

Il me semble que de nombreuses « thérapies » plus actives court-circuitant parfois le temps de la symbolisation précipitent au contraire cet effondrement. Dans leur souhait de purger le mal, de déculpabiliser le sujet (ou devrais-je dire le contribuable), de retrouver l'efficacité d'un fonctionnement et de « décortiquer l'expérience » (je pense aux protocoles de débriefing par exemple), ces thérapeutiques ne conçoivent l'expérience traumatique qu'en fonction de contenus supposés toxiques (et à évacuer) mais jamais comme une perte de contenance. Au lieu d'entendre l'effondrement et de proposer une contenance, elles continuent de vider le sujet déjà dépourvu d'enveloppes (en partie ou totalement).

C. Garland trouve des indices cliniques de cette perte de contenance dans l'expérience traumatique par exemple dans la présence de *flash-back*. Dans ce cas-là, le moi n'est pas suffisamment séparé de l'événement, le sujet peut difficilement penser. Revivre tel quel un événement indiquerait que, tout comme la distinction entre le moi et l'événement est perdue, le contenant l'est également : « (...) *le souvenir* est remplacé par le *revécu de l'expérience*. »<sup>313</sup> On pourrait bien entendu trouver une parenté avec tous les processus hallucinatoires, façon de présenter l'expérience à la psyché afin qu'elle soit ensuite représentée.

J'ai déjà rappelé ce que tout le monde sait, à savoir la présence massive d'éléments sensoriels sous forme de *flash-back* dans les thérapies de sujets victimes de traumatismes sexuels. Ces *flash-back* sont d'ailleurs fréquemment à l'origine de la première consultation (on se souvient de Madame Korschov : « *Je ne me souviens plus de rien mais je sens son odeur* »).

La perte du contenant interne entraîne une perte partielle (ou totale) des capacités de symbolisation et ainsi le *flash-back* qui produira l'angoisse automatique et non l'angoisse signal, cela attaquant encore plus le contenant interne. En quelque sorte, le sujet, face à l'expérience traumatique, se détruirait de l'intérieur, comme une maladie auto-immune qui,

---

<sup>313</sup> *Ibid.*, p.121.

pour protéger, détruit en même temps. L'expérience traumatique comme greffon trouvant dans ce corps étranger à la fois l'occasion de survivre mais aussi de s'attaquer de l'intérieur pour s'en protéger.

Il me semble impossible, dans la réflexion qui m'occupe à lier traumatisme et contenant, d'oublier les travaux sur l'autisme infantile et, d'une façon générale, sur les traumatismes précoces.

La psychopathologie nous montre qu'il est tout à fait possible de parler de traumatisme, extrêmement archaïque évidemment, concernant ces problématiques. Un traumatisme inscrit dans un temps où le langage verbal n'est pas, où il n'est pas question de deuil, où l'objet n'est pas différencié.

Ce traumatisme que certains nomment « originaire » en ce qui concerne l'autisme infantile précoce fait moins référence à un excès d'excitations qu'à un « en creux » (beaucoup plus proche du vide que de l'absence), un défaut majeur du contenant premier.

F. Tustin a ainsi bien exploré cette rencontre entre un enfant (avec peut-être des prédispositions, plus vulnérable) et le défaut des enveloppes primitives. Le contenant s'effondrant, c'est la carapace autistique qui interviendrait pour tenter de juguler l'agonie.

## **2-1-6 L'ambiguïté et l'indécidabilité du traumatisme**

Il existe une conception de l'indécidabilité comme aidant plutôt au bon développement de la subjectivité, c'est par exemple celle exposée par Winnicott dans un paradoxe et concernant le fait pour l'enfant de trouver/créer les soins et les relations premières : le bébé a l'illusion de créer ce qu'il trouve devant lui :

*« C'est-à-dire que, pour le bébé, doit s'établir une certaine « indécidabilité » de l'origine de ce à quoi il est confronté, que c'est sur ce fond que la question de l'origine pourra, ensuite, se poser de manière*

*structurante. L'indécidabilité de l'origine est première et nécessaire aux futurs déploiements de la question de l'origine. »<sup>314</sup>*

Tous les processus transitionnels décrits par Winnicott, qui n'obligent pas le sujet à différencier ce qu'il n'est pas en mesure de différencier, qui laissent l'importance à la valeur subjective de l'expérience, peuvent mettre en œuvre une fonction anti-traumatique (R. Roussillon, 1989).

Freud avait remarqué qu'il n'y avait dans l'inconscient aucun indice de réalité permettant de distinguer « (...) la vérité de la fiction investie d'affect ». Il a également évoqué la résurgence d'affects, d'émotions aboutissant à des productions fictionnelles, en deçà des représentations pulsionnelles refoulées, et pouvant porter la trace de traumatismes précoces. C'est contre le refus de Freud de décider du caractère de réalité des scènes de séduction que Ferenczi se lèvera plus tard.

Dans la troisième approche freudienne du traumatisme, celle tentant après 1920 de poser la problématique de la difficulté topique entre intérieur et extérieur<sup>315</sup> notamment grâce à la métaphore du bloc-notes magique, Freud montre comment l'événement peut se figurer pour le sujet. La théorie du double feuillet souligne **l'ambiguïté et l'indécidabilité** de l'inscription traumatique, celle-ci se faisant par contact entre les deux feuillets, interne et externe. B.Duez rappelle bien comment le patient, selon cette conception et sous l'effet de la reviviscence, peut utiliser la psyché du thérapeute pour gérer sa trace traumatique.

Je dirais **qu'il cherche plutôt à trouver la configuration de son expérience à travers toutes ses couches d'inscription**, avant d'en accepter une quelconque interprétation. B.Duez propose alors de faire « une interprétation de démarcation » permettant de situer le lieu de déposition de la surcharge pulsionnelle due au traumatisme, non représentable. **Je reprends l'intérêt de cette interprétation de démarcation dans son sens le plus spatial (de délimitation et de localisation) et en rapport aussi avec la forme traumatique (et pas seulement la charge pulsionnelle).**

D.Anzieu<sup>316</sup> remarque d'ailleurs que tout traumatisme qui surviendrait avant la constitution d'une enveloppe psychique à double feuillet s'inscrirait dans le corps et non dans

---

<sup>314</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.18.

<sup>315</sup> Période illustrée par B.Duez dans son article « L'indécidabilité : un modèle générique du traumatisme, p.113-118.

<sup>316</sup> Anzieu (D.), *L'épiderme nomade et la peau psychique*, p.61.

le psychisme, cela impliquant donc que le soin psychique (D.Anzieu parlant alors de la cure analytique) se fasse d'abord par des constructions plutôt que par des interprétations. Je reviendrai très longuement sur ce sujet lorsque j'étudierai les implications techniques de ma modélisation du traumatisme.

C'est dans ses derniers travaux (après 1938) que Freud mettra en avant le caractère **indécidable** de toute expérience traumatique. L'hésitation de Freud à travers différents modèles est d'ailleurs significative. Selon lui, le sujet ne peut faire la part de ce qui est à lui ou à l'autre, intérieur ou extérieur, de ce qui est la source et le but de la pulsion.

Cette indécidabilité est pour moi un des modèles de la méthode psychanalytique. Il me semble en effet que la recherche tout comme la pratique n'ont pas à trancher, interpréter de façon trop univoque ou décider ; elles doivent plutôt laisser se déployer une clinique et s'intéresser aux processus engagés, y compris dans les propositions d'organisation les plus tenues faites par le sujet en train de se débattre avec son expérience traumatique.

En revisitant l'évolution de la modélisation du traumatisme dans la théorie freudienne, B. Duez remarque que Freud hésite en permanence entre différents modèles. La conception plus dynamique des deux premières théories précède le modèle plus topique du pare-excitation et l'idée plus économique du débordement pulsionnel. Il y repère cependant la récurrence de la notion d'ambiguïté.

Dans la première théorie du traumatisme, théorie de la séduction en deux temps, Freud exclue un peu l'actualité traumatique et tend à fixer une origine événementielle à la séduction. Il y a déjà là un trouble entre origine et destin, trouble induit par le quantum d'affect pulsionnel du traumatisme. L'excès est tellement grand que le sujet répondrait quelque chose comme « ce n'est pas moi ici, c'était l'autre autrefois » (B. Duez).

La seconde approche freudienne du traumatisme relie la scène traumatique à la solution fantasmatique, apparaissent les fantasmes originaires. Le quantum d'affect pulsionnel provoque alors une ambiguïté entre soi et l'autre, la construction traumatique tente de suturer cette ambiguïté.

Dans la troisième théorisation freudienne<sup>317</sup>, toutes les propositions visent à élaborer la question encore en suspens, celle de décider de l'inscription intérieure ou extérieure de

---

<sup>317</sup> Regroupant celle de 1920 (*Au-delà du principe de plaisir*), 1925 (*Notes sur le bloc-notes magique*) et 1926 (*Inhibition symptôme, angoisse*).

l'expérience, celle de son trouble topique. Dans cette période, je rappelle l'importance de la métaphore du bloc-notes magique pour la question qui nous préoccupe : le pare-excitation permet à l'événement traumatique de se figurer. La théorie du double feuillet restitue l'ambiguïté et l'indécidabilité de l'inscription traumatique : cette dernière se fait par un contact entre le feuillet intérieur et le feuillet extérieur. Cette remarque est fondamentale et permet aussi de penser les notions de simultanéité et de contiguïté (par la métaphore même de la mise en contact des deux feuillets).

Comme le rappelle B. Duez, c'est bien la relation d'indécidabilité (entre soi et les autres, dedans et dehors, intérieur et extérieur, avant et après...) qui constitue le fil rouge de la théorisation freudienne du traumatisme. Cette notion d'indécidabilité est à la fois un effet du traumatisme, sa caractéristique même (je n'irai pas jusqu'à dire que tout ce qui est indécidable devient traumatique, Winnicott nous a montré le contraire avec l'expérience de la transitionnalité) et quelque chose qui l'entretient et peut même l'accroître.

De nombreuses « théories traumatiques » exposées par nos patients visent d'ailleurs à atténuer leur expérience traumatique en évitant l'indécidabilité au profit d'une culpabilisation excessive et parfois « délirante » (ils deviennent alors à l'origine des traumatismes même les plus extérieurs ; je me souviens avoir entendu un rescapé d'Auschwitz supposer : « Finalement, peut-être que j'étais pour quelque chose dans cette horreur »).

Amortir l'expérience peut aussi se faire en supposant une malédiction (familiale, générationnelle, sociale) ou encore, une conception cyclique des événements : ainsi ce patient qui me faisait remarquer qu'il commençait sa thérapie avec moi parce qu'il « attaquait un nouveau cycle de huit ans » et qu'il savait que ce nouveau cycle, comme les précédents, lui réservait de très mauvaises surprises ; court-circuiter ainsi la chronologie pour inventer un temps circulaire, itératif rendait certes ses expériences non maîtrisables, mais en condamnant son histoire personnelle à des traumatismes réguliers, il s'innocentait aussi, désobjectivait ses expériences tout en refusant leur indécidabilité ; il avait décidé que la répétition cyclique décidait de sa vie. On pourrait encore évoquer la question du recours à l'astrologie, à la voyance et bien entendu à la religion.

**Je retrouve là un point très important de ma modélisation : il y a une figuration des qualités de l'expérience (et du sujet, en tout cas du rapport du sujet à cette expérience) lorsque sont mises en contact certaines zones, dans les pliures du modèle.**

**Cette figuration se fait en effet selon moi dans un rapport de contiguïté (lorsque deux zones sont rapprochées, ce rapprochement est un rapprochement dû au rappel de la forme de l'expérience) et de simultanéité (par exemple à un moment où s'accordent psychés des psychologue et psyché du patient).**

Il ne faut pas oublier que le patient utilise la psyché du thérapeute (jusqu'à la squatter, l'intruser, essayer de la manœuvrer de l'intérieur, selon les modalités de l'identification projective) pour trouver avec lui l'inscription de sa trace traumatique, de son expérience. Avant bien entendu toute interprétation, il faut que le patient décide, avec l'aide du soignant, du lieu d'inscription de cette trace (sur le feuillet interne ou externe de sa psyché par exemple). C'est à ce moment que B. Duez propose de faire une « interprétation de démarcation » pour aider à situer le lieu de déposition de l'excès pulsionnel (je ne limiterai pas cela à la notion d'excès, je propose de ne retenir que l'idée de l'aider à localiser la forme et les qualités de son expérience, sans réduire cela à la notion d'excès).

Plus tard encore, mais dans le même « corpus » théorique, Freud décrira la pulsion comme essentielle dans la construction du pare-excitation, insistant sur son statut ambigu, représentant la poussée du soma vers le psychique mais pouvant aussi contre-investir l'extérieur (ou l'intérieur) menaçant et préparer la psyché au traumatisme, notamment par l'affect d'angoisse.

Enfin, j'ai déjà rappelé la quatrième théorisation freudienne concernant le traumatisme où Freud va, en 1938, développer une synthèse de ses travaux en ajoutant à ses propositions antérieures les menaces vitales et narcissiques sur le sujet.

Malgré d'importantes nuances et de réels remaniements, B. Duez souligne également qu'une « forme commune à toutes ces situations traumatiques » est dégagée :

*« (...) la relation d'indécidabilité ; le sujet se trouve radicalement délocalisé de lui-même par une impossibilité à décider ce qui est de Soi et ce qui est de l'autre, ce qui est intérieur et ce qui est extérieur, ce qui est la source et ce qui est le but de la pulsion. »<sup>318</sup>*

---

<sup>318</sup> Duez (B.), « L'indécidabilité : un modèle générique du traumatisme. », p.114.

**Cette relation d'indécidabilité est à la source de la construction de mon modèle topique. Je montrerai comment l'armature de mon dessin, fondé sur l'identité du sujet, permet de laisser se jouer en son sein les ensembles psychiques de couples opposés permettant de situer le sujet, son expérience traumatique et le rapport du sujet à cette expérience.**

**Les lignes de couleur représentant ces couples (relations d'objet interne/relation d'objet externe, psyché du patient/psyché du thérapeute, dedans/dehors...) sont développables et peuvent se cristalliser sur des zones de plis, ce sont ces zones qui permettront de qualifier l'expérience et le sujet.**

Selon B. Duez, la situation très spécifique à laquelle le sujet est confronté est celle de « l'impossibilité à destiner la pulsion », le sujet ne connaissant pas l'origine proprioceptive, l'extériorité de l'autre ou la possibilité d'un apaisement pulsionnel. Cette situation est source d'étrangeté, l'excitation croît sur place, délocalise le sujet de lui-même et le sujet est alors dans la situation d'ambiguïté évoquée par J. Bleger : l'expérience ne peut être articulée car les pôles du conflit ne sont plus là.

Le Moi est dans une ambiguïté radicale et ainsi, tout ce qui est non-Moi revient comme intrusion. Mais une intrusion sans intrus désigné, localisable :

*« L'impossibilité à inventer l'intrus au cœur de l'intrusion, l'autre au cœur de l'aliénation, et l'Autre au cœur de l'absence génère les trois impossibles traumatiques majeurs qui construisent le Traumatique. Toute scène traumatique s'inscrit dans une oscillation entre ces trois figures où l'on peut reconnaître la trace des trois fantasmes originaires. »<sup>319</sup>*

L'émergence des ces trois pôles permet au sujet de sortir de l'indécidabilité radicale dans laquelle l'assignait l'ambiguïté. Ces pôles sont des figures ou figurations de la conflictualité, particulièrement mis en scène par exemple dans un travail groupal.

On pourrait évidemment inclure dans les modélisations de l'indécidabilité de l'expérience traumatique, le concept de « collapsus de la topique interne » proposé par C. Janin. J'ai cependant choisi de le « ranger » dans les théorisations soulignant la complexité

---

<sup>319</sup> *Ibid.*, p.115.



topique du traumatisme ; il va de soi que cette modélisation trouverait également une place tout à fait pertinente dans ce chapitre.

La réalité est en effet parfois indécidable mais il arrive que les liens établis, les vécus transférentiels et les avancées d'un travail thérapeutique (notamment au moment où le traumatisme réel est dévoilé) permettent de trancher.

Il faut entendre et les précautions de C. Janin nous recommandant de déclarer la nature transitionnelle de la réalité et les avertissements réitérés de Ferenczi qui soulignait l'hypersensibilité du patient traumatisé au moindre doute de son thérapeute concernant la réalité de l'expérience.

## 2-1-6 a) Le statut de la réalité, qu'en est-il de l'événement traumatique ?

D'une façon générale, la psychanalyse a toujours été réticente à penser une causalité dans l'expérience traumatique, à relier des effets à des événements objectivables.

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, c'est bien l'étiologie héréditaire des maladies nerveuses qui dominait. Pour poursuivre son grand projet psychanalytique, Freud a du affronter deux de ses maîtres : Meynert et Charcot. Le débat avec Meynert (concernant la différence entre appareil cérébral et appareil psychique) est assez vite réglé (dès *l'Interprétation des rêves*) ; celui avec Charcot concerne plus l'étiologie héréditaire que la question de l'hypnose.<sup>320</sup> Il adoptera finalement également assez rapidement une position ne niant pas cette influence mais l'intégrant dans un système beaucoup plus complexe :

*« L'action de l'hérédité est donc comparable à celle du fil multiplicateur dans le circuit électrique, qui exagère la déviation visible de l'aiguille, mais qui ne pourra jamais en déterminer la direction. »<sup>321</sup>*

---

<sup>320</sup> Lacoste (P.), « Destins de la transmission ».

<sup>321</sup> Freud (S.), « L'hérédité et l'étiologie des névroses », in *Névroses, psychose et perversion*, p.51.

Freud essaiera en effet de ramener l'attention sur l'étiologie sexuelle des névroses en ironisant un peu sur la fascination des médecins face à « la grandiose perspective de la condition étiologique héréditaire ». Si le traumatisme sexuel prend alors un rôle déterminant, il sera bientôt dévalué par la théorie du fantasme. En tout cas, c'est bien dès le début *la question de l'événementiel du traumatisme* qui est posée, dès la question de l'étiologie héréditaire « liquidée ». On pourrait penser que le recours de Freud à la phylogenèse (comme hypothèse seulement) est une sorte de compromis puisque l'hypothèse phylogénétique s'articule bien avec la question de l'hérédité mais la dépasse très largement.<sup>322</sup> Le même compromis peut d'ailleurs être trouvé à travers le concept de *pulsion* défini dans les *Trois essais*, concept articulant le biologique et le psychique.

Freud aborde dès 1890 la place du traumatisme dans la névrose, toujours dans cette lutte contre la « grandiosité » médicale. C'est évidemment l'hystérie qui est d'abord pensée comme conséquence d'un événement traumatique ; la trace de cet événement, son impossible rappel (l'hystérique souffrant moins de réminiscence que de l'impossibilité de se souvenir, c'est-à-dire d'avoir un refoulement opérant). Dans le même temps Freud exprime clairement que le traumatique concerne le domaine sexuel (1894, 1895). Le combat de Freud contre la pensée médicale (dégénérative et héréditaire) de son époque se fonde d'abord sur une reconnaissance de l'origine traumatique et sexuelle de l'hystérie.

C'est dans cet esprit qu'il aborde le symptôme névrotique (notamment dans l'hystérie de conversion) comme concernant l'élection d'une partie du corps en lien avec l'expérience traumatique (parce que concernée au moment du trauma ou utile à sa symbolisation) : « Le symptôme corporel se présente ainsi comme un symbole mnémonique de l'expérience traumatique ».<sup>323</sup>

Je me risquerai ici à quelques liens, peut-être un peu hasardeux, avec mon intérêt pour les signifiants formels comme lecture possible de l'informativité traumatique. Je suis bien conscient que l'inscription topique de ces deux « rejets » est bien différente, également de la nature différente de leur « rappel ». Mais il y a bien dans l'élection d'un corps et de sa déformation (ou de son immobilisation), dans la valeur de mémoire et d'adresse

---

<sup>322</sup> *Supra*, Voir à ce sujet mes commentaires dans les chapitres 2-1 et 2-2 de cette thèse.

<sup>323</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.28.

intersubjective de cette distorsion, dans son lien avec l'expérience traumatique première (c'est là sans doute que la différence est plus grande) et enfin dans la répétition pathologique et la matière à symbolisation que cela offre, une parenté évidente entre le symptôme hystérique et le signifiant formel. Tous deux concernent bien des traces non subjectivées mais à valeur d'adresse d'une expérience traumatique touchant au plus près des vécus corporels et en signant les distorsions.

Finalement, c'est encore une fois le statut de l'événement dans le traumatisme qui est posé, celui des réalités psychique et événementielle. Cette question est bien un dérivé du débat sur l'étiologie des névroses, elle la déborde toutefois très largement.

Comme le remarque R. Roussillon<sup>324</sup>, la psychanalyse est évidemment née d'une « mutation » de la pratique hypnotique envers laquelle Freud rappellera toujours sa dette. Il n'est d'ailleurs peut-être pas anodin qu'en 1925 encore, Freud évoque l'hypnose pour convaincre de la réalité de l'inconscient, et qu'il envisage même son intérêt, et ceci à propos du traitement des « névroses traumatiques » et des « névroses de guerre », donc au sujet des expériences traumatiques. Comme si la question de la réalité de l'expérience traumatique, de sa « preuve », pouvait être apportée par l'hypnose.

Dès 1898 la notion d'*après-coup* met en mouvement cette question des relations entre l'événementialité « réelle » et la réalité psychique, Freud montrant que la réalité d'un symptôme n'est pas contemporaine de ses facteurs déclenchants. Facteurs constitutionnels et accidentels vont s'intriquer dans la théorie freudienne mais l'événement restera interne, c'est bien la réaction psychique à un « trouble externe » pouvant faire régresser le sujet vers un point de fixation qui reste central. C'est d'ailleurs cette conception qui amènera Freud à l'invention technique de la *construction* en analyse en 1937.

Dans le long débat « traumatique » sur le statut de l'événement et de la réalité psychique, il est parfois bon de rappeler que les positions des uns et des autres n'ont pas été aussi tranchées qu'on a bien voulu le dire. Je montrerai par exemple que, s'il existe de réelles

---

<sup>324</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.47.

et profondes divergences de point de vue sur cette question entre Freud et Ferenczi, les positions de l'un et de l'autre ne semblent pas aussi inconciliables.

De la même façon, si la pratique psychanalytique freudienne consiste bien en partie à repérer ce qui est là « de tout temps », la question de la remémoration est beaucoup plus complexe qu'une simple levée de l'amnésie. Il ne suffit pas de trouver ou produire un souvenir entièrement tourné vers le passé car le temps (et l'événement parfois) que la thérapie retrouve est tout autant orienté vers le présent et l'avenir ; l'interprétation elle-même est construite sur ce modèle en liant névrose de transfert, névrose actuelle et névrose infantile. Le souvenir, le refoulé trouvé n'est pas un événement appris par cœur et rappelé comme une date de bataille célèbre, ce n'est pas un constat des faits.

Dans *L'Homme Moïse et la religion monothéiste* Freud approfondira nettement sa réflexion sur la vérité historique en l'opposant à la vérité matérielle. Mais, pour Freud, la vérité matérielle reste « une vérité positive recouverte par la négation (la vérité ne s'atteint que par ses déformations) » (A. Green). Une vérité qui est de l'ordre du sexuel.

Le modèle traumatique restera vivace dans les théorisations freudiennes jusqu'au bout. Freud nuancera et complexifiera cependant grandement la question de la topique de l'inscription traumatique, celle du lien entre événementialité psychique et événementialité réelle. Il trouvera une sorte de position intermédiaire où ni l'événement réel ni le fantasme ne seront prépondérants ; l'état psychique sera peu à peu évoqué comme justifiant ou pas le développement pathogène, la nature et la qualité du refoulement, la façon dont l'angoisse aura pu ou pas préparer la psyché à l'événement, le traiter... La réalité concernera désormais une *réalité psychique*, faite notamment d'événements infantiles mélangeant le vrai et le faux (1915-1917).

Toute l'œuvre de Freud sur le traumatisme rappelle la séduction traumatique, y compris dans ses productions tardives. De *L'homme aux loups* (1914) (avec l'intrication du traumatisme de la séduction par la sœur du patient et de la vision d'un coït parental ou animal) aux *Nouvelles leçons* (1932) où Freud signale que les soins corporels provoquent le plaisir de l'enfant, jusqu'à *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* dont j'ai déjà dit qu'elle

évoquait la double causalité névrotique (traumatismes précoces et pulsions résistants aux forces du moi). Dans *L'abrégé*, l'un de ses derniers textes, la séduction sexuelle précoce est encore avancée comme importante dans la conception traumatique.

Finalement, il y a bien dans toute l'œuvre de Freud l'idée que le moi du sujet est devant le traumatisme dans l'incapacité à décider du statut topique de ce qui lui arrive : est-ce à lui, de lui, réel ou représenté ? L'expérience traumatique, même dans sa conception d'une augmentation des excitations, oblige le sujet à modifier sa forme : il s'ampute, sacrifie, se déforme, modifie sa consistance. Selon B. Duez il y a dans tous les travaux freudiens sur le traumatisme l'inscription d'« (...) une forme fondamentale de l'indécidabilité subjective qui constitue le paradigme de toute situation traumatique et toute construction traumatique. »<sup>325</sup>

R. Roussillon quant à lui, admet que le « moment mutatif » et fondateur d'une psychanalyse est à rechercher

*« (...) dans cette mise en incertitude de l'origine, cette mise en indécidabilité de l'origine. Comment expliquer autrement –et à son « meilleur »- le souci constant de Freud, malgré la « découverte » du fantasme sous-jacent aux scènes traumatiques de l'enfance, de maintenir néanmoins l'idée de la « réalité » du traumatisme ? Le fantasme, le fantasme seul, (...) risque de faire courir au psychisme le risque d'une nouvelle déréalisation, de transporter, dans sa « pénombre » associative comme dit W. Bion, le retour d'une forme d'assignation à la chimère, à la simulation, à des formes d'être purement imaginaires, que l'hystérie a dû si longtemps supporter (R. Roussillon, 1992). »<sup>326</sup>*

Trancher pour un fantasme trop « décidable » serait avoir une conception du traumatisme excluant l'intersubjectivité, trouvant une causalité simpliste à la souffrance du sujet. La réalité extérieure est indispensable pour maintenir une tension indispensable au psychisme et au sujet. Dans *L'homme aux loups*, Freud reconnaît d'ailleurs à la fois la grande entreprise de découverte des traumatismes et de leur nature dans laquelle il s'est lancé avec ce patient, mais adopte aussi très régulièrement dans le texte des positions assez souples, refusant de trancher sur la réalité des événements comme sur le fait qu'ils ne seraient que fantasmes :

*« J'aimerais certes moi-même 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*

<sup>325</sup> Duez (B.), « Le traumatisme psychique : de l'affect au modèle », p.6.

<sup>326</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.97.

*parents, de séduction dans l'enfance et de menace de castration, sont incontestablement un patrimoine atavique, un héritage phylogénique, mais elles peuvent tout aussi bien constituer une acquisition de la vie individuelle. Dans le cas de mon patient, la séduction par la sœur aînée était une réalité incontestable ; pourquoi n'en serait-il pas de même de l'observation du coït parental. »<sup>327</sup>*

Devant l'*Hilflosigkeit*, paradigme du traumatisme pour Freud, le sujet ne peut plus assigner un destin à ses pulsions : « Le vécu subjectif n'est pas un vécu d'intrusion mais un vécu d'indécidabilité fondamentale le contraignant à faire figurer une fonction contenante par un contenu représentationnel et réciproquement. »<sup>328</sup>

Il faut donc prendre garde à ne pas trop privilégier le vécu d'intrusion dans l'expérience traumatique au détriment d'une angoisse beaucoup plus massive concernant l'indécidabilité. Dans l'expérience traumatique, il y a urgence à destiner les pulsions, le risque est majeur que l'expérience reste indécidable. Ce qui est traumatique, c'est aussi le caractère indécidable de l'expérience, peut-être même pourrait-on dire que le caractère indécidable de l'expérience la rend traumatique.

C'est bien dans l'intersubjectivité que parviendra peut-être à se « décider » cette expérience. Le transfert pourra constituer une des situations intersubjectives, au sein d'un espace thérapeutique, où cette indécidabilité sera traitée.

Jusqu'à la fin de sa vie Freud n'aura de cesse de creuser la question du « dedans » et du « dehors » du traumatisme, jusqu'à la phylogenèse. L'abord de l'*Hilflosigkeit* est sans doute un moment clé dans une pensée de plus en plus dialectisante de cette question, avec aussi l'idée qu'il s'agirait d'un déplacement contre-investissant le danger de l'excitation interne. Les poussées pulsionnelles deviennent alors les conditions du danger extérieur et assez rapidement très dangereuses par elles-mêmes. Le danger extérieur doit pour Freud « avoir subi une introjection » pour devenir important.

C'est dès ce moment un lien inévitable, une convergence entre danger intérieur et extérieur qui est pensée,

---

<sup>327</sup> Freud (S.), « L'homme aux loups », in *Cinq psychanalyses*, p. 399.

<sup>328</sup> Duez (B.), *Ibid.*, p.6.

« (...) de sorte que, si l'on va jusqu'au bout de la difficile démonstration freudienne, tout danger, quelle qu'en soit l'origine, est vécu comme danger pulsionnel et contre-investi comme lié à une menace externe. »<sup>329</sup>

Freud a évidemment saisi la question du traumatisme comme incontournable et a essayé de l'intégrer à sa conception de l'appareil psychique, à la métapsychologie. Mais, peu de temps après l'exposé de cette dialectique sur le traumatisme, c'est Ferenczi, l'enfant chéri, qui prétend que

« ce sont toujours de réels bouleversements et conflits avec le monde extérieur qui sont traumatiques et ont un effet de choc, qui donnent la première impulsion à la création de directions anormales de développement. »<sup>330</sup>

La question de la réalité des « souvenirs traumatiques » est extrêmement complexe. Encore une fois, on l'a peut-être trop souvent pensée dans l'opposition des propositions de Freud et de Ferenczi. Leurs travaux respectifs permettent d'évidence de réels rapprochements. La notion de « réalité psychique » par exemple me semble pertinente, il ne revient pas au thérapeute de décider de ce qui est vrai ou pas pour le patient : ce qu'il dit, fait, montre est toujours vrai.

D'autre part, si l'on en revient à ces souvenirs traumatiques, il me semble important de ne jamais les disqualifier ou négliger, même lorsque le thérapeute doute beaucoup de leur réalité événementielle. Ils ne sont pas là pour rien. Ainsi, comme le propose J. Godfrind,

« (...) le recours à une image de « traumatisme réel » rendue possible par les caractéristiques du milieu apparaît comme un palliatif vital (et efficace) devant le risque toujours présent de non-figuration. En d'autres termes, je comprends l'« accrochage » de l'hystérique aux aléas des violences vécues non seulement comme une technique de disculpation par rapport à la sexualité infantile refoulée, non seulement comme un contrôle de l'objet, mais aussi comme une manœuvre désespérée pour maintenir son intégrité psychique. On pourrait également dire que le recours aux scènes réelles détermine et assure le fonctionnement hystérique en ce qu'il autorise l'organisation d'un pallier défensif contre le déferlement dissolvant d'une angoisse sans nom. »<sup>331</sup>

---

<sup>329</sup> Cahn (R.), « Le procès du cadre ou la passion selon Ferenczi », p.1108.

<sup>330</sup> Ferenczi (S.) cit. in Cahn (R.), *Ibid.*, p.1108.

<sup>331</sup> Godfrind (J.), « L'hystérique, un vrai traumatisé ? Ou de l'utilité du traumatisme. », p.991.

Douter de la réalité du traumatisme, c'est souvent mettre en question les défenses du patient face à un risque terrible, celui d'une certaine stabilité psychique, celui de ne plus arriver à figurer quoi que ce soit. **La question n'est pas de statuer sur la réalité de l'événement traumatique, elle est de considérer le traumatisme (dans sa valeur processuel) dans tous ses états, dans les défenses également.**

Une fois cela dit, il me faut évidemment mettre en garde les approches trop « militantes » du traumatisme, celles faisant du sujet seulement une victime réductible à la reconnaissance de la réalité de son trauma, de l'événement. D'une façon générale, il faut prendre garde à toutes les propositions visant à innocenter le sujet de sa vie psychique et même de l'événement. L'innocentation, en mon sens, n'est pas à entendre comme un terme juridique. Innocenter le sujet de ce qui lui est arrivé (même bien réel et tout à fait indépendamment de ce qu'il souhaitait) c'est aussi le désobjectiver, le déshumaniser.

On retrouve ici la critique envers les « procédures » ou « protocoles » d'intervention auprès des victimes de traumatisme, cherchant à évacuer l'objet du traumatisme le plus rapidement possible et évacuant par là même le plus souvent le sujet lui-même (on peut faire la même observation en ce qui concerne les vastes et vaines entreprises de « déculpabilisation » où l'on essaie d'enlever au sujet la seule chose qui rendait son traumatisme explicable).

Certes, penser la réalité du traumatisme est compliqué et pose d'importants problèmes techniques dans les thérapies, justement parce que le patient y a parfois recours pour s'innocenter de ce qui lui est arrivé. Le soutien psychique apporté au patient revient finalement toujours en partie (et pas seulement dans l'hystérie) à l'aider à « reprendre en main » sa vie fantasmatique. Mais l'existence de traumatismes, notamment sexuels (avec maintenant leur plus grande reconnaissance par le socius), ne facilite quelquefois pas ce travail : l'autre vu comme un agresseur réduit l'implication personnelle, partage la responsabilité, sert d'alibi, propose une autre personne sur la scène du traumatisme.

Il faut entendre cela mais l'accepter aussi. Nos patients nous ont appris qu'à être trop interprétatif ou à trop enquêter le psychologue peut facilement et rapidement participer à l'effondrement du patient dont l'unité, la cohérence ne tenait qu'à ce fil.



Une observation doit maintenant être faite. Comme l'observe R. Roussillon<sup>332</sup>, Freud va constamment élaborer l'intérêt des processus de symbolisation, acceptant de différer, grâce au processus analytique et à la libre association, la question de la causalité, de l'origine du trouble :

*« Le processus accepte un détournement (...), accepte de ne s'enfoncer que progressivement dans les profondeurs historiques, respecte les couches successives des trajets du moi, l'« ordre du jour » de chaque séance. »*<sup>333</sup>

Je pense que la question de la réalité traumatique n'a pas été évitée par Freud, il s'est plutôt très vite intéressé à celle de la réalité du processus analytique. D'ailleurs, la psychanalyse contemporaine n'aura de cesse de revisiter les processus, jusqu'à en établir une métapsychologie, envisager le traumatisme du transfert. La conception freudienne était d'une rare modernité et l'intérêt de Freud pour le processus analytique a sans doute quelquefois donné l'impression qu'il pouvait négliger la réalité du traumatisme, je dirais plutôt qu'il l'a aussi beaucoup envisagé sous sa forme processuelle.

Son idée de reconnaître le traumatisme dans la chaîne associative et représentative était vraiment révolutionnaire. La méthode inventée, comme ses règles, ont mis en suspens la question de l'étiologie, de la cause traumatique. D'un point de vue clinique, on ne peut que souscrire à cette idée, tant on s'aperçoit que cette question ne reçoit jamais de réponse univoque et que la poser d'emblée court le risque de figer le processus thérapeutique avant même qu'il ne s'installe.

C'est ainsi sur la limite de la remémoration mais, j'insiste, sur l'intérêt pour les processus psychiques de symbolisation et la saisie complexe du traumatisme, que Freud va renoncer à sa neurotica :

*« (...) au fur et à mesure que l'on remonte dans le temps en direction d'une cause première, les repères commencent à se brouiller, il devient de plus en plus difficile de repérer de manière simple ce qui revient au sujet, à ses défenses, à son effort d'assimilation personnelle (Manuscrit G) des événements traumatiques externes, et ce qui revient aux événements eux-mêmes. Petit à petit, l'origine devient indécidable, elle est rendue indécidable dans le processus même de son émergence.*

---

<sup>332</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*.

<sup>333</sup> Roussillon (R.), *Ibid.*, p.86.

La « réalité » originaria a été trop subjectivée pour pouvoir être retrouvée comme telle. C'est sur cette limite que butera la pratique, que la théorie basculera, et que S. Freud sera amené à renoncer à sa *neurotica*. »<sup>334</sup>

R. Roussillon le rappelle aussi, ce renoncement n'est en aucun cas un renoncement à la notion de traumatisme qui sera constamment remaniée dans l'œuvre freudienne. Jusque dans ses derniers travaux, Freud se questionnera sur cette question. Le dialogue avec Ferenczi sur ce sujet continuera même après la mort de ce dernier. Comme le remarque E. Falzeder<sup>335</sup>, Freud hésite encore dans son article « Le clivage du Moi dans le processus de défense » et ne sait pas si « (...) ce qu'il veut transmettre doit être considéré comme connu depuis longtemps et allant de soi ou complètement nouveau et paraissant étrange. »<sup>336</sup>

Dans cet article, Freud essaie en effet de lier le traumatisme et n'envisage finalement qu'une sorte d'expérience traumatique revenant à la confrontation avec une « puissante revendication pulsionnelle », comme si le danger ne pouvait surgir qu'en interne et ne provenait jamais de la réalité extérieure, il repose ainsi la question du mode interne ou externe de l'atteinte traumatique :

« Supposons donc que le moi de l'enfant se trouve au service d'une puissante revendication pulsionnelle qu'il est accoutumé à satisfaire, et que soudainement il est effrayé par une expérience qui lui enseigne que la continuation de cette satisfaction aurait pour conséquence un danger réel difficilement supportable. Il doit maintenant se décider : ou bien reconnaître le danger réel, s'y plier et renoncer à la satisfaction pulsionnelle, ou bien dénier la réalité, se faire croire qu'il n'y a pas de motif de craindre, ceci afin de pouvoir maintenir la satisfaction. C'est donc un conflit entre la revendication de la pulsion et l'objection faite par la réalité. »<sup>337</sup>

Mais cette question est aussi rappelée lorsque Freud écrit *Construction dans l'analyse*. Selon J. Guillaumin<sup>338</sup>, Freud semblait avoir abandonné au début du vingtième siècle le projet de distinguer le vrai du faux dans les souvenirs, centrant son travail sur la subjectivation de

---

<sup>334</sup> *Ibid.*, p.87.

<sup>335</sup> Falzeder (E.), 1992, *Commenter la correspondance Freud-Ferenczi*, Le coq Héron,, n°127., p.5-9. Cit. in Guimaraes (R.), *Ibid.*, p.137.

<sup>336</sup> *Ibid.*

<sup>337</sup> Freud (S.), 1938, « Le clivage du moi dans le processus de défense », p. 283-284.

<sup>338</sup> Guillaumin (J.), « Construction et réalité dans l'analyse ».

l'expérience, négligeant quelque peu les faits matériels et les événements réels. Il change un peu sa perspective avec ce texte tardif, proposant dès lors de rechercher

« (...) l'établissement d'une certitude qui porte non seulement sur l'aventure intérieure du sujet mais sur la mise en ordre chronologique des faits mêmes de sa vie. »<sup>339</sup>

On doit en tout cas aussi à Freud d'avoir donné à penser une économie de l'événement traumatique dépassant très largement sa réalité objective, il n'est pas certain que certaines approches aujourd'hui en vogue concernant le « traitement » du traumatisme (je pense évidemment aux techniques de débriefing ou aux thérapies brèves insistant sur l'abréaction de la situation traumatique, et donc sur son objectivation (en court-circuitant totalement le processus individuel de symbolisation), n'aient pas oublié cet apport fondamental.

Au-delà du débat opposant Ferenczi à Freud, un livre publié en 1970 par S. Viderman<sup>340</sup> proposait trois idées principales concernant la question du poids de la réalité dans le traumatisme :

- 1- Freud est resté (et cela malgré l'abandon de sa *neurotica*) hanté par « les sources du Nil », recherchant dans toute son œuvre l'événement originaire, repérable et expliquant les symptômes.
- 2- Cet événement serait fondamentalement inaccessible à la connaissance (à cause du refoulement originaire), tout essai d'historicisation devenant donc un mythe
- 3- Toute thérapie analytique doit *inventer* cette origine pourtant inaccessible. C'est ce que fait Freud dans *L'homme aux loups* où la profondeur du refoulement ne permet pas de trancher entre fantasme et histoire. Freud était à ce moment animé d'une sorte de volonté historiciste en recherchant les indices de la réalité de la scène primitive pour peut-être assurer la scientificité de son propos.

Viderman explique cette position à partir d'*Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* où Freud, rapportant un souvenir de Léonard (un vautour lui ouvre la bouche avec la queue et le frappe avec la queue entre les lèvres, cela alors qu'il est dans son

---

<sup>339</sup> *Ibid.*, p.285.

<sup>340</sup> Viderman (S.), *la construction de l'espace analytique*.

berceau), interprète de façon très créative ce souvenir mais à partir d'une erreur de traduction (le vautour est en fait un milan).

Viderman souligne ici que la faiblesse de Freud n'a pas été dans l'erreur de traduction mais dans le trop grand souci d'avoir voulu baser un fantasme sur un élément de réalité. « Peu importe » dit-il, ce qu'a vu Léonard, ce qu'il a dit puisque l'analyste doit « sans égard pour la réalité » tenir l'ensemble et tenter une sorte de production psychique (un fantasme), la faire émerger plutôt que de l'exhumer.

Evidemment, on retrouve là tout l'intérêt des travaux de Freud (mais aussi de Ferenczi) autour de la *construction*. S'il faut sans doute se débarrasser d'une illusion positiviste pour comprendre l'expérience traumatique (comme d'ailleurs toute expérience), si l'acte thérapeutique vise certainement plus en ce domaine à construire une représentation commune dans l'intersubjectivité plutôt qu'à restituer une expérience au sujet, le risque est alors le suivant : comment ne pas délirer ? A partir de quels éléments construire ?

Revenant un peu sur sa position un peu tranchée d'être « sans égard pour la réalité », Viderman propose une métaphore souvent reprise dans la littérature psychanalytique : celle de la perle formée à partir du grain de sable. Le thérapeute doit en effet essayer de comprendre comment les processus psychiques (défenses, symptômes, fantasmes...) se greffent *autour* de l'événement. Le grain de sable, c'est l'événement (ou sa trace, je dirais même sa non-trace en ce qui concerne parfois le traumatisme) autour duquel se greffent les constructions psychiques, comme les concrétions perlières.

Accepter cette métaphore revient aussi peut-être à considérer le noyau traumatique de tout processus psychique ; on retrouverait là sans doute, comme le remarque C. Janin<sup>341</sup>, l'idée exprimée par Freud reconnaissant que « L'objet naît dans la haine ». L'objet interne se constitue sur une absence de l'objet réel, pas toujours sur un excès de réalité.

---

<sup>341</sup> Janin (C.), *Figures et traitement du traumatisme*, p.24.

## 2-1-6 b) Ferenczi ou l'importance de la réalité du traumatisme

Pas plus qu'il ne faudrait voir dans la modélisation freudienne un propos qui aurait totalement négligé la réalité du traumatisme, il ne faudrait considérer Ferenczi comme un auteur ayant élaboré un paradigme réaliste simpliste du facteur traumatique.

Le projet de Ferenczi d'accorder plus d'importance à la réalité du traumatisme, y compris dans les névroses, s'est accompagné d'une sorte de dénonciation du traitement parfois cruel des adultes envers les enfants. J'y reviendrai.

De plus, Ferenczi ne fait appel ni à la société (comme Reich, Adler ou K. Horney ont pu le faire), ni à l'inconscient collectif (comme Jung) mais à un véritable et bien réel traumatisme sexuel ou à une violence réelle d'un ou des deux parents tout en continuant d'affirmer son adhésion à l'analyse freudienne. La polémique a duré des décennies, encourageant chez les psychanalystes des positions parfois militantes, comme si les deux positions, celle de Freud et de Ferenczi, n'étaient pas conciliables.

N'oublions pas également que Ferenczi, contrairement à Freud, dut, lui, soigner le plus rapidement possible des névroses de guerre durant le premier conflit mondial. En 1916, il fut en effet mobilisé comme médecin chef du Service de Neurologie de l'Hôpital Militaire Marie-Valéria où il observera deux cents cas en deux mois. Et c'est un an plus tard avec les *Pathonévroses* (1917) qu'il étend aux psychonévroses ses observations des névroses traumatiques de guerre en y affirmant le continuum des chocs psychique et physique.

Et c'est encore l'année suivante dans son Rapport au V<sup>ème</sup> Congrès International de Psychanalyse de Budapest intitulé « Psychanalyse des névroses de guerre » que Ferenczi insiste pour la première fois sur ce qui selon lui fondait le traumatisme, à savoir le silence transformant une expérience en une partie morte-vivante, enclavée dans la psyché du patient. On sait que la conception férenczienne du traumatisme est fondée sur le silence.

Le silence, aussi, maintenu jusqu'il y a peu sur l'œuvre de Ferenczi (certains de ses textes ne sont pas encore traduits, d'autres l'ont été très récemment) fut sans doute

dommageable pour la connaissance de l'œuvre de ce psychanalyste qui, s'il ne s'est pas exempté de nombre d'excès (notamment dans la mise en application de ses « techniques actives »), a fait preuve d'un remarquable sens clinique et d'une pensée d'une grande originalité sur la question du traumatisme.

L'analyste hongrois a toujours été convaincu qu'on pouvait trouver dans la petite enfance de tout patient une expérience ou une série d'expériences traumatiques l'ayant forcé à une réaction adaptative rapide :

- Soit une expérience traumatique grave obligeant un refoulement immédiat
- Soit une série d'expériences traumatiques moins intenses étant plus ou moins refoulées
- Soit une soumission permanente à des réactions émotionnelles d'adultes, sadiques ou masochistes, plus ou moins mises en mémoire et refoulées.

Il n'a jamais assuré que ces expériences étaient toutes de nature sexuelle, se présentant sous différentes formes, toutes également traumatiques.

Ferenczi a longtemps cherché à étudier l'intérêt d'une extrême plasticité du contre-transfert, ce qui le conduira aux techniques actives et à l'analyse mutuelle. Dans sa « technique », patient et thérapeute peuvent changer de place, inversant rôle et sens de transmission. Je rappellerai comment cette mise en scène dans le réel vient souligner une mise en scène psychique et montre l'importance accordée à la réalité du traumatisme ; le transfert du thérapeute vers le patient devient un « organe adaptatif interne » permettant de mieux gérer l'expérience traumatique.<sup>342</sup>

Par cette technique, Ferenczi cherche à maîtriser l'angoisse. On s'approche il me semble d'une façon de traiter le traumatisme par le traumatisme, le mal par le mal. Mais, comme le précise P.Lacoste<sup>343</sup>, il ne faudrait pas caricaturer à ce point la position de Ferenczi mais plutôt observer comment il a privilégié « la voie hystérique de la psychanalyse » : l'institution de l'acte transférentiel, la conception des « cicatrices mnésiques » comme « un

---

<sup>342</sup> Lacoste (P.), *Destins de la transmission*, p.195.

<sup>343</sup> *Ibid.*, p.196.

*tissu nouveau* avec des fonctions propres »<sup>344</sup>, image proche d'une conversion assez opposée à la conception de la mémoire freudienne.

C'est parce que la conception de l'expérience traumatique par rapport à la réalité de l'événement est différente, parce que Ferenczi est persuadé que le refoulement originaire peut être levé grâce à sa technique de *néocatharsis* que l'ancien disciple de Freud peut affirmer :

« (...) après avoir reconstruit l'histoire du développement du Ca, du Moi et du Surmoi, beaucoup de patients répètent aussi...le combat originel avec la réalité (...), ce sont toujours de réels bouleversements et conflits avec le monde extérieur qui sont traumatiques(...) »<sup>345</sup>

Ferenczi reconnaît d'ailleurs lui-même que, même si ce n'est qu'occasionnellement, il est obligé de *trahir la fidélité au principe* des règles fondamentales de la cure. C'est la reconnaissance de la réalité de l'événement traumatique qui l'oblige à transgresser. Le psychanalyste peut dès lors accepter que le malade se lève et déambule, parle « les yeux dans les yeux avec le psychanalyste », de prolonger la séance ou augmenter le nombre des séances, et même dispenser le patient de venir ou de payer...

Si l'on peut facilement convenir que la systématisation d'un tel type de dispositif paraît difficilement possible, quel thérapeute ne pourrait pas reconnaître que la question de ce type d'aménagements ne s'est pas posée à lui lors d'un travail thérapeutique avec un patient ?

Face à la clinique du traumatisme sexuel et celle des pathologies limites, j'ai pour ma part pu constater la pertinence des propositions de Ferenczi. On se rappellera aussi sur ce sujet les écrits de Winnicott et de M. Little (notamment du désormais célèbre récit de sa cure avec Winnicott<sup>346</sup>).

Ainsi, il a semblé important, à certains moments et après en avoir pensé les incidences (le dispositif n'étant pas celui de la cure-type mais d'entretiens en cothérapie), de téléphoner à un patient hospitalisé (par l'intermédiaire du secrétariat du lieu de soins), d'écrire (cela n'a pas la même valeur), de lui proposer d'écrire aux psychologues pendant leurs vacances (à l'adresse postale du lieu de soins) et même pour certains d'accepter de travailler avec le

---

<sup>344</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.209.

<sup>345</sup> Ferenczi (S.), cit. in Cahn (R.), « Le procès du cadre ou la passion selon Ferenczi », p.1113.

<sup>346</sup> Little (M.), *Des états-limites*.

matériel qu'ils apportaient (livres, articles de presse, dessins, créations personnelles, film réalisé par le patient lui-même...).

Ces « entorses » aux règles habituelles sont évidemment peu nombreuses et toujours pensées, y compris avec l'aide du superviseur. Elles ne doivent devenir ni un protocole d'action ni être phobiquement évitées. Cela va de paire je crois avec le fait que la réalité du dommage, réalité elle-même traumatique, peut être reconnue sans être fétichisée ni prendre toute la place.

La question de la réalité du trauma fut un point de cassure entre Freud et Ferenczi, et c'est dans le traumatisme même de cette rupture, bien réelle et elle-même traumatique (sans doute plus pour Ferenczi que pour Freud) que s'est développée une pensée d'une très grande richesse :

« Car le coup de génie, et qui ne sera jamais assez souligné, c'est d'avoir alors compris que « la situation analytique » (en l'occurrence le cadre freudien strict, ici inadéquat, de même que le contre-transfert *défensif* qu'il implique, face à ce qui se trouve mobilisé dans cette situation si archaïque où les inconscients des deux protagonistes interfèrent en permanence) « ne diffèrent pas essentiellement de l'état de choses qui autrefois avait agi en tant que facteur pathogène ». Ferenczi tente de théoriser le phénomène avec les outils conceptuels de son époque, nécessairement inadéquats, la métapsychologie ne pouvant rendre compte de ce qui se jouait au sein de ces paramètres différents de ceux édifiés par Freud, d'autant qu'il n'y puisait que ce qui convenait tant à sa problématique personnelle qu'à ses intérêts et à ses inclinations, tels les concepts de catastrophe ou de traumatisme. Mais pas seulement : il ne pouvait pas ne pas s'y référer de par sa conviction acharnée que le recours à la prédisposition, à la constitution, que Freud n'abandonnera jamais, y compris en 1938, et *a fortiori* de la phylogenèse, n'était qu'un cache-misère. Il lui fallait donc accéder au refoulé originaire, et donc aux perturbations traumatiques fondamentales qu'il implique, cause première de l'organisation pathologique de tous les patients. Cette passion à aller de l'avant, toujours plus avant, l'a ainsi conduit en des zones où, lui, seul, et le premier, a eu accès. Seul, et le premier, comme Freud. A la différence près que Freud n'avait pas eu, comme Ferenczi, un Freud de génie qui aurait déjà presque tout découvert avant lui, hormis cette zone apparemment inaccessible, un Freud ami privilégié, un Freud père et un Freud analyste en la seule et même personne et qui, de surcroît, récusait ce à quoi, si profondément et si essentiellement, Ferenczi croyait. »<sup>347</sup>

---

<sup>347</sup> Cahn (R.), *Ibid.*, p.1130.



Je ne reviendrai pas sur la *Confusion de langues entre les adultes et l'enfant*, déjà longuement exposée dans cette thèse. Retenons seulement que cet exposé charnière dans l'histoire de la psychanalyse du traumatisme est, sur sa forme déjà, présenté de façon très revendicative et presque militante par Ferenczi.

Le propos est affirmé et tout le texte tient sur l'affirmation de la réalité du traumatisme sexuel :

« (...) on ne pourra jamais insister assez sur l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. Même des enfants appartenant à des familles honorables et de tradition puritaine sont, plus souvent qu'on osait le penser, les victimes de violences et de viols (...) L'objection, à savoir qu'il s'agissait des fantasmes de l'enfant lui-même, c'est-à-dire de mensonges hystériques, perd malheureusement de sa force, par suite du nombre considérable de patients, en analyse, qui avouent eux-mêmes des voies de faits sur des enfants. »<sup>348</sup>

Ferenczi insiste d'ailleurs encore dans la suite de l'article comme si cette réalité là devait à tout prix être entendue:

« De véritables viols de fillettes, à peine sorties de la première enfance, des rapports sexuels entre les femmes mûres et des jeunes garçons, ainsi que des actes sexuels imposés, à caractère homosexuel, sont fréquents ». <sup>349</sup>

M. Berger a essayé de comprendre pourquoi de nombreux thérapeutes se refusaient par exemple à trouver dans les attitudes éducatives déplacées de certains parents, dans certaines formes de maltraitance, bref dans une réalité des faits et des relations, des éléments de compréhension de la problématique de leurs patients.

En s'intéressant à des parents qui ne seraient que fantasmatiques pour en partie éviter de se confronter à ce type de vécus traumatiques, le psychanalyste pourrait ainsi s'enfermer dans sa cure :

« Si dans le registre de la névrose, la réalité est souvent utilisée par le sujet pour s'innocenter de ses désirs, ici n'existe-t-il pas le danger que se produise l'inverse, le désir utilisé par le thérapeute pour camoufler une certaine réalité. Cette conception, qui serait alors destinée à éviter de remettre en

---

<sup>348</sup> Ferenczi, « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », p.129.

<sup>349</sup> *Ibid.*, p.132.

cause l'objet réel, et à maintenir une image idéalisée des parents, concerne aussi une certaine conceptualisation psychanalytique centrée exclusivement sur la théorie du fantasme. »<sup>350</sup>

Evidemment, cela suppose que chaque soignant s'intéresse à l'enfant qui est en lui mais aussi à ses propres théories sexuelles infantiles, sa propre neurotica (R. Roussillon).

De nombreux psychanalystes contemporains se sont attachés à saisir la part de réalité dans l'expérience traumatique. Ainsi, lorsqu'il reprend le terme freudien d' « ombre de l'objet », C. Janin<sup>351</sup> parle de la « part de réel » soutenue par « tout objet inscrit psychiquement » ; pour lui, cette ombre renvoie au « noyau traumatique » originel, le fameux grain de sable du réel au centre des fantasmes-perles. Cette part sombre témoignerait de quelque chose fondant la première reconnaissance de la réalité, la perception d'une absence se figurant ensuite comme deuil.

Ce qui est essentiel en tout cas concernant la réalité du traumatisme, c'est de ne pas l'oublier. C'est aussi de ne pas en faire ou en demander trop dans ce domaine. Point n'est besoin de connaître l'emploi du temps du patient au moment de l'événement, d'enquêter sur les faits, d'en savoir plus.

Lorsque l'inceste pointe dans la clinique par exemple, on ne peut parfois éviter, et c'est quelquefois dommageable, d'y voir plus clair, trop clair dans les faits. Cela revient aux faits certes, mais aussi au thérapeute, qui souhaite éclaircir les faits pour aider le patient.

Cela aide parfois, cela entrave souvent le développement et le déploiement de l'expérience du patient. S'il n'y voit pas clair, lui, pourquoi le psychologue aurait-il la vue plus aiguisée ?

Lorsque les psychologues se mettent en quête, de façon un peu exagérée, de noter les faits, les liens familiaux, les dates, lorsqu'ils essaient de dessiner de beaux arbres généalogiques qu'ils aimeraient presque montrer aux patients tellement ils en sont fiers, ils confirment et amplifient pour leurs patients le côté spectaculaire et parfois effrayant de leurs expériences ; ils peuvent aussi en augmenter les aspects de séduction, voire de perversion.

---

<sup>350</sup> Berger (M.), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi –La topique de la profondeur*, p.176-177.

<sup>351</sup> Janin (C.), *Figures et destins du traumatisme*.

Captés et aveuglés par les faits, ils courent le risque d'en oublier ou tout au moins négliger la réalité interne du patient. Une fois repris leurs esprits, les psychologues peuvent faire bonne figure, il est parfois trop tard, ou bien alors la chose sera difficilement reprise. J'ai suffisamment rappelé que le moindre défaut d'attention, dans les pathologies du traumatisme, pouvait réactiver des blessures narcissiques.

Comme dans l'analyse de Z faite par les auteurs de *L'enfant de Ca*, la réalité fonctionne parfois comme un piège : « (...) **ce piège, c'est que le « contenu » du récit vient en occulter la forme.** »<sup>352</sup> **Ma recherche est une recherche sur le déploiement de la forme de l'expérience, ce risque est donc double.**

Un des risques principaux dans cette clinique est évidemment de se laisser trop impressionner par les contenus, parce qu'ils sont souvent denses, terribles, catastrophiques et d'oublier qu'**avant même ces contenus, justement pour pouvoir les accueillir, il y a la forme.** Le risque encouru est d'autant plus grand que les patients perçoivent souvent très bien notre faiblesse potentielle en ce domaine et le moyen pour eux de s'en servir sur un plan défensif : ils présentent alors les aspects les plus élaborés de leur expérience, ceux qui sont le plus « racontables » dans les deux sens du terme, c'est-à-dire ceux qui sont le plus facilement mis en récit et ceux qui sont les moins difficiles ; bref, finalement ceux qui devraient être traités après les autres et qui pourtant pourraient bien les masquer.

Ce qui ne se raconte pas, ce qui n'est pas racontable, non inscrit dans le temps, non subjectivé même, n'est souvent pas présenté aussi facilement.

---

<sup>352</sup> Donnet (J.-L.) et Green (A.), *L'enfant de Ca*, p.199.

## 2-1-7 La complexité topique du traumatisme

J'ai commencé à explorer la complexité topique du traumatisme dans le chapitre précédent avec les notions plus précises d'ambiguïté et d'indécidabilité. Je souhaiterais maintenant aborder les conceptualisations dont l'essence même impose de penser cette complexité topique de l'inscription traumatique.

L'œuvre de Freud concernant le traumatisme est remarquable aussi dans son développement. Elle s'intériorise peu à peu, gagne en profondeur, passe de la périphérie au noyau, de l'événement extérieur avec ses circonstances vers l'intrapsychique de plus en plus précisé.

Le traumatisme externe sera toujours central dans l'œuvre freudienne mais, si le danger vient toujours de l'extérieur, Freud insistera de plus en plus sur la menace interne (ce qui peut provoquer ou expliquer le traumatisme, la castration...) :

« On se protège donc des dangers extérieurs en se protégeant des dangers intérieurs. On est bien là dans une culture de la culpabilité où le sujet est coupable des traumatismes du dehors. »<sup>353</sup>

Si l'on peut voir là une certaine filiation judéo-chrétienne, on peut aussi remarquer la complexité topique de ce modèle.

Notons d'ailleurs que cela concerne la question du traumatisme mais aussi l'ensemble de ses modélisations. *L'interprétation des rêves* marque sans doute un point de bascule où Freud s'inquiète moins des conditions physiologiques, du confort du rêveur ou d'une « clé des songes » qu'il ne se retourne vers la nature solipsiste du rêve et du psychisme du rêveur.

Freud n'a jamais négligé la place de la réalité et de l'objet extérieur ; on retrouve cette place notamment en 1917 dans l'appréhension du deuil et de la mélancolie où l'intrapsychique reste au premier plan.

En 1925 la notion de castration marque un moment important dans le déploiement topique de la question du traumatisme. La topique est alors nouvelle, plus complexe et

---

<sup>353</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.24.

nuancée que la conception énergétique de 1895. Les aspects topique et dynamique prennent de l'ampleur, le conflit oedipien, la bisexualité, les processus identificatoires donnent une épaisseur topique, y compris au traumatisme.

L'angoisse n'est plus seulement destin de l'affect en cas de refoulement de la représentation, elle devient signal d'alarme déclenchant les défenses, organisée sur l'angoisse de castration. La détresse devant l'absence de la mère est alors centrale, prototypique de cette angoisse.

Commence alors à s'articuler et même s'inverser le schéma antérieur de la séduction : il ne s'agit plus d'un enfant séduit par un adulte trop excitant mais d'un bébé excité par l'absence de l'adulte trop attendu. Il est encore bien question de charge économique et de facteur quantitatif mais la question de l'angoisse –et avec elle celle du traumatisme- se complexifie topiquement.

J'observe ainsi à quel point ces changements concernent ma recherche, en s'orientant vers un modèle où le traumatique articule le vide et le plein, la présence et l'absence, le trop présent et le perdu... **Dans ma modélisation, ces positions s'articulent et s'activent l'une l'autre alternativement et simultanément.**

Dans la suite de cette thèse j'aborderai le cas clinique de Denis et l'on verra bien alors comment les aspects séduit et abandonné se combinent, se jouent alternativement et simultanément. Le psychologue aura cependant à sa charge de repérer ces positions dans le contre-transfert, au risque sinon de les confondre ou d'en oublier une.

L'enfant séduit ou le bébé en désaïde sont

*« (...) tout autant démunis et en détresse, l'un et l'autre s'avèrent incapables d'élaborer la perturbation énergétique qui les ravage. Brûlure muette de la séduction ou bruyant désespoir de l'absence, c'est le même trop de la même excitation qui les déborde. Cependant, la cause déterminante du traumatisme est radicalement différente, et c'est là, précisément, que le modèle théorique a changé. »<sup>354</sup>*

En continuant de filer la métaphore sonore, on pourrait dire que Ferenczi s'est peut-être plus intéressé au traumatisme qui revient dans le silence, Freud à celui qui revient de façon plus bruyante.

---

<sup>354</sup> Cournut (J.), *Ibid.* p.54.

Si j'ai beaucoup insisté sur l'importance de la valeur économique du traumatisme chez Freud, j'ai aussi montré comment il avait sans doute aussi été le premier à évoquer la complexité topique du traumatisme. Il ne faudrait pas réduire sa théorisation au défaut du pare-excitations.

C.Couvreur rappelle cette ébauche de la topique dans l'œuvre de Freud concernant le traumatisme<sup>355</sup>. Le traumatisme perturbe gravement l'appareil psychique et engage des défenses :

- Les traumatismes constituent une « (...) écorce qui, à force d'avoir été perforée par l'action, par la brûlure (...) »<sup>356</sup>, sert de couche protectrice cicatricielle. Plus complexe encore, l'ébauche de moi primitif ainsi formé servira aussi très vite d'interface de liaison séparant et protégeant mais permettant également les échanges (c'est le modèle cellulaire). Cette topique du dedans/dehors engagée de façon très dynamique par l'expérience traumatique est très intéressante pour ma recherche, elle signe la possibilité d'une organisation par le traumatisme.
- Ce moi primitif garde ce qui est source de plaisir et expulse ce qui cause le déplaisir : « décharger pour limiter l'excitation » est sans doute alors la défense la plus évidente contre le traumatisme, défense radicale et coûteuse qui ne peut être toujours employée.
- Le double retournement et le refoulement, sans trop briser l'équilibre, compromettre l'homéostasie, permettent aussi de se défendre du traumatisme. Le moi, par des contre-investissements, rejette à l'intérieur, le haï, l'étranger et le traumatique.

On comprend bien ici à quel point Freud a dépassé la seule question des aspects quantitatifs de l'expérience traumatique pour non seulement envisager les aspects potentiellement organisateurs de cette expérience mais aussi en construire une véritable topique : certes le bombardement d'excitations causant le traumatique garde sa valeur économique (et comment pourrait-on la lui enlever !) mais les perturbations internes comme externes participent au développement de la topique psychique.

---

<sup>355</sup> Couvreur (C.), « Le trauma : les trois temps d'une valse », p.1443.

<sup>356</sup> Freud (S.), *Au-delà du principe de plaisir*, p.68.

En complexifiant sa modélisation, Freud a d'ailleurs souvent dépassé ce seul aspect quantitatif des excitations. Ainsi, en 1923 dans « le moi et le Ca » il suggère que le conflit des instances provoque des états d'autant plus traumatiques que le moi est fragilisé par des traumatismes antérieurs. La question de l'angoisse est très développée en 1926 notamment à travers l'angoisse diffuse proche de l'expérience traumatique primaire d'effroi ; Freud remarque dans ses thérapies qu'au danger réel et connu vient se superposer un danger instinctuel inconnu qui suscite une situation traumatique avec un vécu d'impuissance vécu par l'analyste. Le thérapeute devra évidemment tenir compte du fait que l'actuel peut rappeler des événements traumatiques antérieurs mais ignorés du patient.

Dans les derniers textes freudiens concernant plus particulièrement le traumatisme (*Analyse avec fin et Analyse sans fin* et *Constructions en analyse* en 1937, *L'Abrégé* en 1938 et *l'Homme Moïse et la religion monothéiste* enfin en 1939), on retrouve ce souci de l'inventeur de la psychanalyse de complexifier sa théorie tout en gardant le point de vue économique comme central.

Ainsi, s'il remarque que plus le traumatisme est fort plus il peut être nocif, même dans des « conditions pulsionnelles normales », Freud ajoute immédiatement :

*« Il n'y a aucun doute que l'étiologie traumatique offre à l'analyse de loin l'occasion la plus favorable<sup>357</sup>. C'est seulement dans les cas à prépondérance traumatique que l'analyse réalisera ce dont elle est magistralement capable : substituer grâce au renforcement du moi une résolution correcte à la décision inadéquate remontant à l'âge précoce. Ici, l'analyse a fait son devoir et n'a pas besoin d'être poursuivie. »<sup>358</sup>*

Il poursuit en notant en revanche qu'il est plus difficile de liquider les défenses et les déformations négatives du moi que le traumatisme lui-même : la force de la pulsion développée dans cette défense contre le traumatisme (par dislocation et restriction) est un facteur défavorable à la thérapie. Le conflit pulsionnel ne se liquiderait pas aussi facilement que les effets du trauma et ce malgré la gravité des traumatismes infantiles.

---

<sup>357</sup> C'est moi qui mets en caractères gras.

<sup>358</sup> Freud (S.), *L'analyse sans fin et l'analyse avec fin*.

Derrière ce paradoxe apparent, on peut entendre qu'il s'agit d'expériences certes traumatiques mais admises par le moi et appartenant à l'« analysable », le transfert (en repérant ces répétitions) permettant d'élaborer et de dépasser ces « mauvaises décisions ». Ces commentaires de Freud m'obligent à quelques remarques se rapprochant de ma thèse :

- Considérer que le traumatisme, ou plus précisément son étiologie, offre les conditions les plus favorables au traitement psychanalytique est tout à fait intéressant et permet enfin d'envisager le traumatisme non seulement comme une atteinte, une blessure mais aussi comme un remède (comme l'entend son étymologie) ; c'est admettre qu'il peut offrir les conditions de résolution de son propre mal.
- Il reste difficile de savoir ce que Freud entend par les « cas à prépondérance traumatique » ; la question des névroses traumatiques est sans doute ici ouverte, mais il n'est pas certain que l'expérience traumatique dont parle Freud couvre l'ensemble des expériences traumatiques de ma clinique.

Ainsi, en ce qui concerne ma recherche et la clinique du traumatisme sexuel, il s'agit le plus souvent d'expériences non reconnues par le moi, ou alors de façon assez superficielle (dans l'événement par exemple, mais pas dans l'ampleur de leur réalité psychique) ; il peut s'agir d'expériences qui n'ont pas été appropriées subjectivement par le sujet, qui ne se sont pas réellement produites pour lui, qui ne laissent place qu'à « une béance dans le perceptif et le représentationnel » (C. et S. Botella).

- Si le modèle construit par Freud dépasse bien la seule prise en compte des aspects quantitatifs, l'approche économique est prépondérante et le traumatisme reste construit il me semble sur le mode du défaut : son traitement ne passe pas par son déploiement mais par son remplacement, par la substitution d'une expérience à une autre, en substituant, par la consolidation du moi, une issue correcte à une décision antérieure inadaptée.

On entend derrière cette proposition l'appel au transfert et au fait d'y trouver une personne secourable (sur ce point Freud et Ferenczi se rejoignent) mais il y est encore question d'évacuer l'expérience pour la remplacer par une autre plus adaptée. Il est moins question d'explorer les qualités de l'expérience traumatique première et de



prendre appui sur leur déploiement ; l'accent porte moins sur le qualitatif de l'expérience, ses particularités. Bref, il s'agit moins de qualifier l'expérience en la contenant que de l'évacuer en consolidant le moi.

- L'observation de Freud concernant la difficulté, dans les expériences traumatiques, à traiter la force de la pulsion, les défenses, les modifications du moi qui se « liquident » beaucoup plus difficilement que les effets du trauma (même très précoces et graves) est très utile.

Ne serait-ce que par le champ lexical et sémantique utilisé par Freud, on note bien la particularité de ces aspects (plus marqués par des déformations, une spatialisation comme la dislocation et la restriction, une dynamique, un déploiement) qui ne peuvent pas entrer dans le moule de la liquidation, de l'abréaction ou de la substitution.

**Selon moi, ce sont ces aspects qui qualifient profondément l'expérience traumatique et notamment sexuelle, ils concernent la forme même de cette expérience, la trace des déformations subies (on retrouve l'insistance freudienne sur la restriction et la dislocation mais aussi l'atomisation et la fragmentation férenczienne, les restrictions du Moi d'A.Potamianou) et l'effort du sujet traumatisé pour rejouer cette forme, qualifier son expérience traumatique en la déployant dans le transfert.**

**Bien sur, cela n'est possible qu'en contenant cette expérience qui, livrée à elle-même, est condamnée au mieux à se répéter, au pire à user de toute sa destructivité contre le sujet.**

**Toute thérapie faisant l'impasse sur un de ces trois points ne peut prendre en compte la totalité de l'expérience du sujet.**

Lorsque je proposerai mon *modèle topique*, je montrerai comment il est certes **constitué d'épaisseurs internes et externes, de parois, de brèches et de « vannes »** mais aussi comment sa constitution même permet d'envisager (par sa conception en anneaux de Möbius) une activation simultanée de plusieurs temps et registres, de plusieurs modalités, et pas seulement une régulation des flux d'excitations. Le modèle de l'échange cellulaire ou de la vanne d'un barrage ne conviendra plus à sa lecture. Mon modèle

**devrait permettre, sans évidemment négliger l'impact économique du traumatisme, de déplacer la topique vers le qualitatif du traumatisme, peut-être vers ce qui qualifie l'expérience traumatique dans la nature de son inscription topique plus que dans la quantité d'énergie contenue, déplacée ou expulsée.**

## 2-1-7 a) L'après-coup et sa complexification : la réorganisation de l'expérience

La notion d'*après-coup*, ressort de la théorie de la séduction et même de celle du refoulement, est présentée dans l'*Esquisse d'une psychologie scientifique* (adressée à Fliess) en 1895, avec le célèbre cas d'*Emma*. Je ne décrirai pas ici cette cure, connue de tous. Rappelons seulement qu'elle marquera beaucoup Freud et sera l'objet de nombreuses controverses.

Elle s'inscrit tout à fait je crois dans la « complexité topique » du traumatisme. Son modèle est assez révolutionnaire dans la conception freudienne en ce qu'il permet de penser la compression, la condensation de différents temps dans le trauma. Il sera plus tard encore complexifié par d'autres auteurs. Freud lui-même décrira d'abord un après-coup assez désorganisateur pour envisager ensuite un après-coup plus positif. Il s'intéressera à un traumatisme de plus en plus précoce, pré-pubertaire ; c'est la connexion avec cette première expérience qui activera le potentiel traumatique d'une situation plus récente.

Freud parlera d' « action posthume du trauma », écrivant :

*« Le souvenir déploiera une puissance qui fait totalement défaut à l'événement lui-même ; il agira comme s'il était un événement actuel. Il y a pour ainsi dire une action posthume du trauma. »*<sup>359</sup>

---

<sup>359</sup> Freud (S.), « L'hérédité et l'étiologie des névroses »

L'émergence du souvenir provoquerait donc, en après-coup, un appel venant du trauma lui-même.

Expérience traumatique et souvenir de cette expérience agissent selon Freud comme « corps étrangers » qui persistent dans la psyché et continuent de l'influencer même très longtemps après l'événement initial. La complexité topique commence donc là : le passé est toujours présent, actuel, le souvenir agit comme une expérience actuelle.

Pour Freud, un souvenir refoulé ne se transforme qu'après-coup en traumatisme, l'évolution biologique et psychologique conférant alors une puissance importante à ce qui n'aurait pu être qu'un incident s'il n'avait été fortement associé avec le plus ancien.

Un événement fortuit peut donc être porteur d'une trace dont le sujet ne connaît pas les implications et qu'un autre événement, plus tardif, convoque ultérieurement à *des fins de présentation* (peut-être plus encore que de représentation). S.Freud a d'abord envisagé les aspects négatifs de l'après-coup avant de pouvoir penser ses aspects potentiellement organisateurs. L'après-coup fait resurgir la scène avec les transformations subies dans l'espace séparant les deux événements, ce travail est évidemment en lien avec une certaine réflexivité, le deuxième temps rendant compte d'une psyché qui se réfléchit, prend conscience de son propre travail (R.Roussillon).

Les notions de règles et de cadre analytiques ont-elles aussi été pensées différemment, faisant finalement de la cure « (...) une sorte de traumatothérapie, qui ne réussit souvent, en après-coup, qu'à *sa limite* de rupture ». <sup>360</sup> Je rejoins ici, avec J.Guillaumin l'idée assez dynamique d'une quête « traumatotopique » du réel ou de l'expérience traumatique, je dirai même de la forme de l'expérience traumatique.

On voit bien comment, dans la clinique du traumatisme sexuel, viennent toujours se superposer des scènes appartenant à des époques et registres différents, c'est aussi le projet de ma proposition topique que de le mettre en relief. Le cas clinique de Madame Korschov l'a bien montré, comme je le ferai également à travers l'expérience de Betty ou d'Astrid.

---

<sup>360</sup> Guillaumin (J.), « Besoin de traumatisme et adolescence », p.136.

S.Freud a évidemment abordé sous différents aspects la complexité de l'inscription topique du traumatisme. Il ne faudrait pas retenir de ses recherches que la conception d'un traumatisme comme débordement d'excitation ou encore l'aspect décisif de l'après-coup.

Il faut ainsi également se rappeler que Freud a sans cesse réétudié le lien entre l'événement traumatique et la conversion par exemple, enrichissant la théorisation du traumatisme et complexifiant sa topique : ainsi, la sommation des traumatismes (étudiée dès les *Etudes sur l'hystérie*) devient aussi importante que la latence première, y compris en ce qui concerne les affects. Freud remarquera que l'explication économique est insuffisante à expliquer tout développement pathologique : il faut que le souvenir écarté ait un lien avec la sexualité et même avec une sexualité conçue en deux temps !

Dans sa vingt-deuxième conférence intitulée *Point de vue sur le développement de la régression-Etiologie*, il insiste sur la dialectique entre deux séries, celle se situant du côté de la *fixation* et celle concernant les événements extérieurs et ultérieurs de la vie, pour finalement situer le traumatique entre l'endo-psychique et l'accidentel (mais plaçant encore son étiologie plutôt du côté de l'accidentel). Tout au long de son œuvre, S.Freud poursuivra cette interrogation sur les part exogène et endogène des excitations traumatiques, sans jamais exclure ni l'une ni l'autre.

F. Marty<sup>361</sup> rappelle comment la première guerre mondiale, la participation de psychanalystes au traitement des névroses de guerre, l'expertise faite par S.Freud (en février 1920) au procès de son collègue viennois J.Wagner-Jauregg (qui avait diagnostiqué comme une simulation la névrose traumatique d'un militaire), ont encouragé une nouvelle approche, plus riche et complexe du traumatisme (Freud postulant dès 1920 une origine traumatique au sexuel). Par ce débat, c'est la notion de réalité psychique (dégagée par Freud en 1916)<sup>362</sup> qui est avancée, permettant de penser ensemble les mondes interne et externe, la réalité événementielle par exemple étant reprise dans une subjectivité lui donnant épaisseur et sens.

---

<sup>361</sup> Marty (F.), « Traumatisme, une clinique renouvelée », p.8.

<sup>362</sup> En 1897, Freud dissociait nettement réalités événementielle et psychique dans *La naissance de la psychanalyse*.

Cette conception de l'après-coup est donc mise en œuvre même dans les névroses traumatiques, les névroses de guerre (1919). C'est l'activation par l'événement extérieur d'une menace plus intérieure et précoce qui constitue, dans un second temps, le traumatisme.

Ces deux « mondes » deviennent dès lors indissociables, comme deux faces d'une même réalité. Cette idée intéresse tout particulièrement ma recherche où la question **d'un traumatisme dynamique en bi-face** est centrale. On peut tout à fait entendre cet aspect de la théorisation freudienne sous cet angle : reconnaître les parts à la fois endogène et exogène du traumatisme permettrait de le concevoir comme un « non-événement » ou une expérience non advenue, non représentée ni même perçue comme telle par l'appareil psychique.

Dans *Constructions en analyse*, texte d'une importance majeure, Freud continuera à « creuser » la question du traumatisme. Il s'agit bien de « creuser » car les métaphores de fouilles, d'enfouissement et de « couches profondes » deviennent alors plus nombreuses dans son texte. Tout se passe comme si Freud envisageait de plus en plus la profondeur du traumatisme, la superposition de strates traumatiques, l'enfouissement de traumas précoces ; bref comme si une topique de la profondeur et de la superposition se développait. Je reviendrai sur l'intérêt de l'usage de la construction, dans la technique psychanalytique, tout particulièrement en ce qui concerne la clinique du traumatisme sexuel.

L'après-coup est évidemment aujourd'hui très utilisé dans la théorie et la pratique analytiques. Cette notion est d'ailleurs tout à fait compatible avec l'idée générale de Freud de rechercher le lien avec le passé. Mais c'est aussi là un écueil.

En généralisant le modèle de la séduction traumatique à tout traumatisme, en observant que c'est l'activation de traumatismes antérieurs non symbolisés qui « rendent traumatique le traumatique », c'est reconnaître que

*« (...) le passé est éclairé par le présent, est interprété à la lumière du présent. On pourrait presque dire que, du point de vue de la subjectivation, ce n'est pas le passé qui détermine le présent, mais le présent qui détermine le passé. »<sup>363</sup>*

A. Ciccone et A. Ferrant soulignent ainsi le risque d'une telle conception : « (...) celui de déconsidérer l'impact des événements actuels, de disqualifier leur valeur traumatique. »<sup>364</sup>

---

<sup>363</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.32.

La variante de la notion d'après-coup proposé par ces auteurs, déjà présente dans les travaux de la Tavistock Clinic de Londres, est plus proche de l'idée d'un bouleversement du rapport du sujet aux objets internes comme externes :

*« (...) le traumatisme produit une perte de confiance en un monde prévisible et en une fonction protectrice des bons objets, internes et externes. Cela génère une résurgence des peurs primitives de la cruauté et de la force des mauvais objets. L'effondrement dû au traumatisme concerne non seulement le fonctionnement harmonieux de l'appareil psychique, mais concerne la signification, le sens. L'effondrement du sens s'accompagne de la perte de croyance en la protection offerte par les bons objets. »<sup>365</sup>*

L'angoisse signal ne fonctionne plus ou mal, le symbole devient réalité. Mais le lien avec un après-coup revisité est le suivant : devant l'expérience traumatique, le sujet transforme l'événement désorganisateur en une expérience reconnaissable, familière. Cet événement actuel est donc ainsi imprégné d'une signification perturbante passée.

Dans cette conception exposée par C. Garland, l'événement actuel n'est pas disqualifié. Il est traumatique et relié au passé à la fois et « (...) sa valeur traumatique n'est pas seulement le fait du poids traumatique des expériences passées. »<sup>366</sup>

Ces travaux, très en lien avec la topique du traumatisme que j'exposerai, le sont encore plus si j'avance l'hypothèse que **ce serait une forme reconnaissable et familière qui serait attirée. Plus précisément, je pense que quelque chose de reconnaissable de la forme de l'expérience traumatique est attiré (et pas seulement une expérience ou un contenu).**

A. Ciccone et A. Ferrant en viennent à formuler les trois temps suivants :

1- Le traumatisme actuel attire et réchauffe les expériences traumatiques passées « (...) d'autant plus si ces expériences sont en souffrance d'élaboration, d'intégration ».<sup>367</sup> Je dirai aussi **d'autant plus si la forme de ces expériences est en souffrance d'élaboration et d'intégration.**

---

<sup>364</sup> *Ibid.*, p.32.

<sup>365</sup> *Ibid.*, p.32.

<sup>366</sup> *Ibid.*, p.33.

<sup>367</sup> *Ibid.*, p.33.

2- Il donne forme à ces expériences passées, ces dernières trouvant à cette occasion la chance de *prendre forme* et se *déployer* : **les notions de mise en forme et de déploiement sont centrales dans ma modélisation.**

3- Le sujet essaie de proposer *une forme reconnaissable* au traumatisme actuel en rappelant des expériences connues pour donner une forme et un sens à l'actuel, pour l'articuler à l'ensemble de la vie psychique. L'idée **d'une forme se retrouvant dans une dynamique et tentant d'intégrer le traumatisme à l'ensemble de la vie psychique** est également à la base de la construction de ma topique.

Je montrerai comment de nouvelles approches permettent de mieux prendre en considération l'actuel dans la théorisation du traumatisme (les travaux issus de la Tavistock Clinic notamment, toutes les approches que je situerai autour de la notion de contenance).

Il ne faut pas oublier non plus que certains traumatismes ne peuvent pas être repris dans un processus d'après-coup, je pense ici aux « traumatismes perdus » (R.Roussillon) ou extrêmement précoces par exemple, mais également à ceux ayant tellement fait exploser ou disparaître les limites de la topique que l'après-coup n'est plus possible.

C. et S. Botella apportent également quelques nuances quant à la conception de l'après-coup.<sup>368</sup> En se demandant si le caractère traumatique vient vraiment (comme Freud le dit) du retour d'un souvenir anodin jusque là, ils avancent l'idée que le caractère traumatique pourrait plutôt venir d'une

*« (...) expérience psychique inconnue » comme celle du remaniement pubertaire ou de celui de l'Œdipe infantile, « (...) d'une période d'instabilité du Moi marquée par des organisations et des désorganisations qui placent le Moi quasi en permanence face à des situations traumatiques actuelles ? »<sup>369</sup>*

L'après-coup serait un processus permanent de la psyché tendant à s'organiser, processus que le Moi inconscient réalise

---

<sup>368</sup> Botella (C. et S.), « Trauma et topique ».

<sup>369</sup> *Ibid.*, p.1467.

« (...) pour maintenir en continuité une vision unitaire de lui-même en accord avec les exigences libidinales changeantes selon son moment évolutif et avec les situations traumatiques du moment. Paradoxalement, l'après-coup dit traumatique est en réalité un mouvement organisateur du psychisme ayant une fonction antitraumatique. Il relève de l'ordre d'une liaison inconsciente entre une représentation du passé et une situation traumatique actuelle, il est une façon de donner sens à l'une en entraînant l'autre dans les systèmes topiques et dans les liaisons de processus primaires et secondaires. »<sup>370</sup>

Considéré ainsi, le trauma infantile de l'après-coup obtient le statut de représentation et ne peut donc réellement être entendu comme désorganisateur, le trauma infantile dans l'après-coup active le refoulement et organise donc la psyché ; un exemple en est donné par Freud avec celui de la scène primitive de l'Homme aux loups. Vingt ans après le célèbre cas d'Emma qui reste la référence métapsychologique pour la théorisation de la séduction et de l'après-coup, c'est en effet dans *L'Homme aux loups* (1918) que l'on retrouve l'achèvement du modèle.

Il paraît ainsi difficile d'accorder le caractère traumatique à une représentation, à son contenu :

« (...) Toute représentation, aussi effrayante qu'elle soit, aussi incomprise qu'elle soit, désagréable, voire insupportable pour le Moi qui cherchera à l'éviter, ne pourra jamais, du fait même d'être une représentation, avoir un réel caractère traumatique, c'est-à-dire celui d'empêcher le psychisme de lier, de fonctionner selon les principes des topiques et des processus primaires et secondaires. »<sup>371</sup>

Il me semble en effet important de rappeler ce qui n'est pas si communément admis : **une représentation ne peut pas être traumatique, c'est même tout l'inverse. La topique que je proposerai mettra bien en évidence cette observation : ce sont les ruptures de liaisons psychiques, la difficulté ou l'impossibilité d'établir un lien entre les éléments de la psyché qui originent et entretiennent le trauma ; c'est bien la capacité de l'appareil psychique à contenir ou pas l'événement ou l'affect qui fait ou pas le traumatisme.**

Cette remarque s'accorde d'ailleurs avec les observations cliniques les plus courantes concernant le traumatisme : chaque praticien a bien remarqué que le même événement pouvait ou pas acquérir le statut de traumatique selon la capacité du sujet à le contenir, chaque praticien a bien connu également des situations humaines ou accidentelles gravissimes mais

---

<sup>370</sup> *Ibid.*, p.1468.

<sup>371</sup> *Ibid.*, p.1468.



qui n'entraînaient pas pour autant un vécu traumatique, chaque praticien enfin connaît des situations (et ceci peut-être encore plus particulièrement dans la clinique des agressions sexuelles) où l'effleurement d'une robe, une remarque douteuse d'un membre de la famille est la cause d'une désorganisation massive à valeur traumatique. Ce n'est pas l'événement qui crée le trauma mais la capacité de l'appareil psychique à en lier les composantes.

Evidemment, plus l'événement est grave, moins la psyché du sujet y est préparée (par la jeunesse du sujet ou la rapidité de l'événement par exemple), plus l'expérience risque d'être traumatique. Je rappelle certaines différences qui sont des différences de nature plus que de degré (un viol ne peut être comparé à une inondation) ; mais une fois cela dit, il faut admettre que ce n'est ni l'événement ni le contenu de la représentation qui peuvent être traumatiques, ce sont les défauts des liaisons psychiques.

Ce qui reste traumatique dans la névrose traumatique par exemple c'est plus une perception qu'une représentation, une perception se répétant de façon hallucinatoire, non réellement investie : le caractère traumatique réside bien dans le défaut voire l'échec des processus de liaisons ou de la liaison entre les processus (et même dans l'impossibilité à établir toute liaison ou représentation diraient les Botella).

C'est bien pour cela qu'il ne me semble pas possible de comprendre le traumatisme sans une théorie du négatif (A. Green, 1982 à 1986). Ferenczi l'avait bien senti, c'est dans le silence, la fragmentation, la cassure que l'on reconnaît le traumatisme. Le traumatisme ne se situe pas dans le champ de la représentation, c'est même sa définition.

Se situant hors du refoulement, non inscrit dans la topique habituelle où le préconscient jouerait son rôle par exemple, il ouvre plus directement sur l'hallucinatoire, voire le vide, le néant, la désorganisation. **C'est bien parce que, selon moi, le trauma a moins à voir avec le contenu qu'avec l'insuffisance de contenants et de liaisons que j'ai essayé de travailler sa dynamique avec la question de sa forme.**

Sans doute cela a-t-il à voir avec ce que Freud appelait le « corps étranger », c'est-à-dire quelque chose de non inscrit dans la mémoire ou dans les représentations. Il resterait « Un élément « extérieur » aux topiques dont l'existence ne peut être que soupçonnée à travers certains troubles psychiques, conséquences indirectes, témoignant de l'existence d'une

perturbation due à une non-représentation, et non au contenu de l'événement en lui-même non représentable. »<sup>372</sup> on retrouve là encore une fois la géniale intuition de Ferenczi définissant le traumatisme comme « une impression qui n'est pas perçue ».

La terreur liée à un cauchemar (mais non ses images, son contenu), une couleur se répétant avec insistance, l'expression d'une plainte somatique peuvent ainsi signer la non-représentation sans qu'évidemment celle-ci puisse à aucun moment être nommée.

Il est aussi intéressant de noter que, pour traumatiques qu'elles puissent être ces expériences ne sont pas exclues de la psyché. On dispose, avec l'élaboration des théories sexuelles infantiles, d'un modèle tentant de rendre compte comment des perceptions et cassures traumatiques peuvent tenter de se figurer et de se structurer. Elles essaient de mettre un sens, de rendre compréhensibles des éléments qui aboutissaient à une non-liaison, l'absence de représentation : l'autre absent et différent, la différence des sexes, d'importantes blessures narcissiques d'apparence non représentables peuvent ainsi se structurer, se former, se lier psychiquement pour donner naissance aux fantasmes de scène primitive, de séduction et de castration.

Face à un événement ou une représentation très violente, le psychisme peut être bouleversé mais des processus défensifs peuvent se mettre en œuvre. A l'extrême, même le déni (qui n'exclue pas l'événement ou la représentation de la psyché mais « crée une liaison d'exclusion ») peut éviter de qualifier l'expérience de traumatique ; des défenses archaïques et drastiques ne suffisent pas à définir le traumatique.

Je signalai dès l'introduction de cette thèse deux écueils possibles concernant le traumatisme : le risque que ce concept envahisse tout le champ théorique (concernant alors tout élément débordant un peu la psyché), le risque aussi d'exclure le traumatique de l'appareil psychique, de considérer l'événement traumatique comme totalement forclus. Ma proposition est fort différente, **elle considère comme traumatique ce qui reste en lien avec la psyché mais en bouleverse la topique** (sans l'absenter toutefois comme le proposent les Botella).

---

<sup>372</sup> *Ibid.*, p.1469.

Avec C. et S. Botella je propose en effet de distinguer le traumatisme des traces mnésiques qui en dérivent et qui ont une « allure traumatique » dans la thérapie et que l'on qualifie à tort de traumatiques alors qu'elles ne sont pas aussi désorganisatrices que le véritable trauma.

Une façon dynamique de penser l'après-coup et les systèmes de traces traumatiques pourrait être de considérer que le sujet se trouve avec des « condensations mémorielles » en attente d'être réorganisées, élaborées, pour trouver du sens, plus de sens, pour que l'expérience traumatique soit moins énigmatique.

**Ces « condensations mémorielles » ont selon moi souvent des constantes, l'une d'entre elles étant l'informité ; cette constante signe le caractère traumatique de l'expérience mais permet aussi sa reprise.**

Le passé n'est pas immuable, l'informité traumatique peut se rejouer et l'on peut aussi se rappeler que l'*après-coup* est un remaniement qui peut-être dû à des expériences nouvelles, qui peuvent être mauvaises mais aussi bonnes. Ces bonnes expériences peuvent donc entrer en résonance avec le passé et décondenser la mémoire, lui permettre de se déployer.

De la même façon, la maturation sexuelle ou le processus adolescent peuvent entraîner un nouveau remaniement, une nouvelle chance de trouver une forme à l'expérience traumatique.

Renoncer au thème de l'après-coup en ce qui concerne l'expérience traumatique pourrait aussi en rabattre la théorie sur une conception seulement économique et quantitative. B. Golse remarque que c'est en fait le temps intermédiaire de maturation entre les deux traumatismes qui pose problème dans le cas des traumatismes hyper-précoces, dans la clinique de l'autisme par exemple. Dans un langage d'obstétricien, il a donc recours aux notions de dilatation et de contraction du temps :

« Doit-on faire intervenir une dilatation transgénérationnelle de ce temps intermédiaire (le premier temps du traumatisme pour l'enfant valant comme deuxième temps traumatique pour ses parents et sa famille), ou doit-on faire intervenir au contraire une contraction de ce temps de maturation intermédiaire au sein même du système interactif où chaque reprise, chaque répétition de scénario, de script ou de procédure vient se jouer au sein d'une dyade en évolution continuelle ?

Ces deux hypothèses ne sont évidemment pas contradictoires mais plus probablement complémentaires. »<sup>373</sup>

D'autres auteurs comme R. Diatkine ont proposé un renversement des deux temps traumatiques mais en maintenant la théorie de l'après-coup, jusque pour la compréhension des troubles psychopathologiques les plus graves. Selon Diatkine, c'est le second temps qui serait directement traumatique, conçu comme absence de l'objet primaire, cet écart étant absolument inassimilable par le sujet car cet objet posséderait des particularités qui n'avaient pas permis, dans un premier temps avec l'enfant, de développer les conditions de liaison et de symbolisation.

Rappelons aussi avec R. Roussillon que Freud a quelque peu abandonné cette notion d'après-coup pendant quatre décennies, en tout cas dans le sens premier qu'il lui avait donné. Curieusement, les références trouvées à cette notion en inversent souvent le sens, concernant plutôt l'interprétation d'expériences tardives à partir d'expériences plus précoces, le présent étant interprété en fonction du passé. Selon R. Roussillon, cette conception est d'ailleurs aussi un modèle de compréhension du transfert. Le modèle de l'après-coup pourrait donc bien fonctionner dans les deux sens.

Il ne faudrait pas également réduire la notion d'après-coup à l'événement lui-même, elle concerne plus clairement le sens de cet événement. R. Roussillon souligne aussi que ce processus d'après-coup doit être mis en lien avec le caractère plus ou moins traumatique de l'expérience : une expérience bien subjectivée et intégrée au moi reste moins présente « telle quelle » ; en revanche, une expérience débordant le moi tend à être conservée sous les formes d'enregistrement de l'époque, et à être reproduite comme telle.

De nombreux auteurs s'attacheront donc à complexifier l'après-coup ainsi que les temps traumatiques qu'il implique. On trouvera par exemple<sup>374</sup> dans la conception des noyaux chaud et froid du traumatisme exposée par C. Janin un bel exemple de cette extension des recherches freudiennes sur cette notion.

---

<sup>373</sup> Golse (B.), *Du corps à la pensée*, p.112.

<sup>374</sup> *Supra*, Voir le chapitre 2-1-7 c) de cette thèse .

F. Marty fait aussi des propositions permettant d'étendre la modélisation freudienne de l'après-coup en articulant le modèle traumatique à celui de l'adolescence. Il va plus loin que rappeler l'influence du sexuel infantile dans l'étiologie des névroses et des nouveaux investissements lors de la puberté. Il souligne chez Freud la conception du temps pubertaire comme d'un seuil nécessaire à l'éventuelle constitution d'un traumatisme mais aussi comme d'un passage ouvrant à la découverte de nouveaux éprouvés : le temps pubertaire, articulé à la question traumatique, devient ainsi un modèle de continuité (avec l'après-coup) et de radicale nouveauté.

F. Marty note ici que cette modélisation traumatique n'est pas à considérer dans une version trop restreinte ou pathologique et, croisant sa pensée avec celle de J. Laplanche proposant que la séduction n'est pas limitée à sa mise en acte dans l'abus sexuel mais reste généralisée (propre à la rencontre entre les mondes de l'enfant et de l'adulte), offre un modèle plus étendu et dynamique articulant l'adolescence au traumatique :

*« Si, de plus, nous prenons en compte le caractère biphasé de la sexualité humaine, nous sommes conduits à penser que ce à quoi ouvre le franchissement du seuil pubertaire et son événement, c'est à une relecture généralisée de la sexualité infantile ; relecture généralisée « après-coup » qui nous laisse entrevoir la théorie du traumatisme comme pouvant être celle du traumatisme généralisé. »<sup>375</sup>*

L'événement pubertaire est le second temps du traumatisme, le premier temps étant marqué par une sexualité intrusant la psyché de l'enfant (par la séduction) ; une détresse est ressentie face à l'irruption du sexuel n'étant pas reconnu comme tel dans l'enfance. Mais le pubertaire est traumatique car il réveille ce premier temps et lui donne sens :

*« Il va rendre explicite l'expérience de l'infantile et lui donner la dimension sexuelle de l'échange entre parents et enfants. Le pubertaire est le révélateur d'un excès que subit l'enfant depuis sa naissance : l'excès traumatique de la séduction (généralisée). »<sup>376</sup>*

Il se produit ainsi une sorte d'interprétation du sexuel infantile, la séduction oedipienne peut prendre sens, après-coup, avec les données génitales pubères.

---

<sup>375</sup> Marty (F.), « La violence de l'adolescence : de l'événement traumatique à la névrose de l'adolescence », p.45. F. Marty rappelle qu'il a soutenu cette position lors de la rencontre organisée par l'Unité de recherche sur l'adolescence de l'université Paris 7 Denis Diderot à l'UNESCO en avril 1996 avec J. Laplanche.

<sup>376</sup> *Ibid.*, p.47.

En fait, F. Marty propose une conception dynamique et cumulative de l'expérience traumatique à travers la notion d'après-coup dans le temps pubertaire :

*« Si l'événement pubertaire est à penser comme étant le révélateur de l'excès traumatique de la séduction (généralisée), il l'est aussi comme étant, en soi, un traumatisme issu du corps génital. La violence de ce traumatisme (...) participe de la violence de l'adolescence. Nous pouvons envisager de ce point de vue la violence « de » l'adolescence comme étant liée au cumul de ces traumatismes, l'actuel –à savoir, le traumatisme créé par l'effraction du pubertaire- et l'originaire qui constitue, quant à lui, le premier temps du traumatisme lié à la séduction. Ce cumul est source de violence et décuple l'effet traumatique de chacun des deux temps que nous avons décrits précédemment. »<sup>377</sup>*

Pour F. Marty, cela explique l'attitude paranoïde ou dépressive (quelquefois agie dans la violence délinquante) de certains adolescents fragiles narcissiquement, ne pouvant résister efficacement aux effets de ce cumul traumatique (actuel et originaire).

Cette proposition fait aussi de l'excès, du traumatisme, une nécessité de la vie psychique permettant la subjectivation, l'individuation. Elle permet de comprendre violence et traumatisme dans leur bipolarité : destructrice s'ils ne sont pas intégrés à la vie psychique, créatrice de mouvements psychiques et de pensée également (à condition que la violence, particulièrement au temps de l'adolescence, ne soit pas trop projetée sur les objets externes). F. Marty va jusqu'à penser le vécu traumatique face à la violence de l'effraction pubertaire en analogie aux découvertes freudiennes sur les névroses de guerre et névroses traumatiques :

*« Dans le processus d'adolescence réussi, la névrose de guerre constitue un premier moment d'élaboration du traumatisme pubertaire, le second aboutissant à une névrotisation, elle aussi réussie, du traumatisme. Dans les cas d'impasses d'adolescence, cas où le processus d'adolescence échoue, la névrotisation « réussie » du traumatisme ne se produit pas, on observe –mais ce n'est qu'un des destins de l'échec de la névrotisation- que le traumatisme se répète dans une traumatophilie, source des agirs adolescents violents. »<sup>378</sup>*

F. Marty cite ainsi le cas de ces adolescentes victimes d'abus sexuels lorsqu'elles étaient enfants et qui, à l'adolescence, passent violemment à l'acte ; cette violence est aussi un

---

<sup>377</sup> *Ibid.*, p.48.

<sup>378</sup> *Ibid.*, p.53.

mode de survie face au traumatisme tout en mettant en évidence l'incapacité à le représenter. L'effet traumatique de l'événement pubertaire est ainsi un moyen, pour F. Marty, de proposer une conception complexe et dynamique de l'expérience traumatique en général.

Il est enfin intéressant de remarquer que certains travaux neurobiologiques, comme ceux de G. Edelman<sup>379</sup> sur la construction de la mémoire et des souvenirs selon le contexte, notamment affectif, peuvent rejoindre les théorisations psychanalytiques, cela notamment quant à la notion d'après-coup.

H.G. Edelman parle d'une première forme de mémoire approximative, à la fois inscrite biologiquement et permettant un certain jeu : son interprétation future suppose une actualisation perceptive de la trace première, un moment hallucinatoire dont G. Edelman note qu'il se produit à l'aide d'un *processus réentrant*.

Freud insiste sur la parenté des affects dans la première et la deuxième scène du processus traumatique : c'est la reviviscence d'un affect commun à ces deux scènes (honte, culpabilité, gêne...) qui relance chez le sujet les traces mnésiques de la scène première (qu'elle soit réelle ou fantasmée) en lui donnant, dans l'après-coup une valeur traumatique, alors que les traces de l'expérience étaient jusqu'ici refoulées comme corps étrangers dans le psychisme, inactivées (c'est d'ailleurs en cela que cette modélisation aborde la complexité topique de l'expérience traumatique, dépassant largement les limites dedans/dehors ou interne/externe).

Le schéma exposé par G. Edelman pour la compréhension de la mémoire est assez proche, si ce n'est qu'il insiste sur une construction dynamique de souvenirs plutôt que sur une réactualisation des traces mnésiques fixées.

En tout cas, la neurobiologie et la psychanalyse contemporaine s'attachent à envisager des modèles complexes et dynamiques de l'expérience traumatique, dans lesquels l'inscription topique du trauma n'est pas donnée une fois pour toute mais où s'ouvrent des possibilités de construction, reconstruction, de mise en synergie de forces psychiques. La théorisation du *traumatisme perdu* appartient à ce type de travaux.

---

<sup>379</sup> Ces travaux ont été publiés en français dans un livre d'H. Rosenfeld intitulé *L'invention de la mémoire*.

## 2-1-7 b) Le traumatisme perdu

R.Roussillon a bien montré l'importance pour le psychanalyste de « reconstruire » « ou d'imaginer » les traumatismes historiques ayant influencé la psyché du patient, traumatismes laissant peu de traces, indécélabes par le patient, « perdus » :

*« C'est le cas de conjonctures transférentielles dans lesquelles apparaît le problème que j'ai relevé chez Winnicott de « la réminiscence de ce qui n'a pas pu être expérimenté. » »<sup>380</sup>*

On constate en effet avec R.Roussillon que S.Freud, dans ses derniers travaux, généralise aux autres pathologies sa formule de 1895 « L'hystérique souffre de réminiscence » :

*« C'est à un retour à la pratique des années 1895-1897 que S.Freud implicitement nous convie, à une pratique dans laquelle le fondement premier de la cure serait ce que j'appellerai le « traumatisme perdu » ».<sup>381</sup>*

Selon R.Roussillon, le passage de Freud à la théorie de « l'étiologie traumatique sexuelle » (de 1892 à 1896) a aussi infléchi sa pratique et provoqué « *une mutation de la théorie sexuelle infantile du traumatisme* »<sup>382</sup> qui, d'une théorie anale (voulant matérialiser le symptôme, l'étiologie, la souffrance et soigner en objectivant la scène-origine, abréagissant et soulageant par une décharge), deviendra une théorie phallique du traumatisme, avec ses conséquences thérapeutiques. Ainsi, ce n'est plus la seule décharge qui soigne mais la décharge dans l'objet, en sa présence et au bon moment.

Par cette mutation, S.Freud peut déconstruire la neurotica sans perdre la réalité psychique :

*« L'enjeu étant bien ici : comment élaborer la question pour la dématérialiser sans la désobjectiver, la désobjectualiser ? Le corollaire étant que la réalité psychique aurait besoin de rester matérielle ou suffisamment matérialisée dans une étiologie traumatique jusqu'à ce que patient et psycho-analyste*

---

<sup>380</sup> Roussillon (R.), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, p.182.

<sup>381</sup> *Ibid.*, p.187.

<sup>382</sup> *Ibid.*, p.189.



*soient en « bonne » position pour abandonner la neurotica sans abandonner en même temps l'objet psychique. »<sup>383</sup>*

Cette conception du traumatisme qui en complexifie la topique me semble finalement lier les travaux de Freud et Ferenczi. R.Roussillon finit d'ailleurs par définir le traumatisme comme une « absence de représentation », la question de la représentation (représentance ?) de cette absence de représentation se posant désormais.

Le problème pourrait-il bien être plus dense encore ? Les traumatismes que j'étudie, peut-être eux aussi « perdus », avec une valeur psychique/prépsychique (R.Roussillon), ne se définiraient pas seulement par une absence de représentation. Il y aurait ainsi des effets psychiques et une valeur prépsychique du traumatisme dans la mesure où la psyché de ces patients n'aurait pas encore pu se représenter l'impact de l'expérience :

*« Autrement dit il n'y a pas de représentation de l'absence de représentation, pas de représentation du trauma. »<sup>384</sup>*

La théorisation de R.Roussillon s'inscrit clairement dans une approche de la complexité de l'inscription du traumatisme, de sa complexité topique. Elle refuse de trancher aussi radicalement que d'autres sur l'exclusion ou pas du trauma de la psyché. Il y a je crois plus qu'une nuance à remarquer qu'« il n'y a pas de représentation de l'absence de représentation ».

C'est d'ailleurs il me semble sur ce point que les travaux de R.Roussillon peuvent nuancer les propositions de C. et S.Botella. Il conviendrait ainsi de ne pas opposer perception et représentation (la représentation n'étant en fait qu'une perception organisée), toutes deux fonctionnant sous un même méta-système. R.Roussillon poursuit même jusqu'à la description d'un système « auto-méta », informant sur les informations, régulant les régulations... S.Freud lui-même n'opposait pas perception et représentation, reconnaissant cependant qu'une perception, faute d'être contextualisée, ne pouvait avoir le statut de représentation. En 1897 déjà, il appelait représentation un ensemble de percepts (y compris tactiles) reliés entre eux. Dans cet esprit, le regard clinique se tourne ainsi vers ce que les patients tentent de

---

<sup>383</sup> *Ibid.*, p.190.

<sup>384</sup> *Ibid.*, p.196.

communiquer, y compris par leurs actes ; le fait que je fasse aussi souvent référence aux signifiants formels par exemple ou aux aménagements du dispositif tentant de contenir les actes des patients est significatif : ces derniers ne seraient-ils pas une « interprétation de la perception » ou une proto-représentation ?

J'insiste sur l'intérêt de cette modélisation qui à la fois souligne la complexité de l'inscription traumatique mais aussi sa valeur de « reprise » potentielle. Contrairement peut-être à S.Freud qui semblait considérer ce type de trauma comme définitivement perdu, R.Roussillon pense que l'absence de trace représentative ne signifie pas l'absence de toute trace :

*« Certains symptômes psychosomatiques, certaines pathologies du narcissisme, certains symptômes psychotiques, certains processus autistiques, certains clivages du moi profond qui ne sont pas représentables par le sujet, certaines perceptions peuvent néanmoins être considérées par l'analyste comme des représentants non psychiques (on pourrait dire psychiques/prépsychiques) du trauma. J'insiste : non pas des représentants-représentations, mais des représentants non représentation du traumatisme. Un travail de reconstruction du traumatisme perdu qui prendrait de telles traces non psychiques (psychiques/prépsychiques) comme point de départ pourrait aboutir à une mise en scène du traumatisme psychique/prépsychique. »<sup>385</sup>*

C'est bien je crois aux représentants-non-représentation du traumatisme que je vais souvent m'intéresser, à ces traces-non-traces. Si R.Roussillon souligne l'intérêt d'aboutir à une mise en scène de ce type de traumatisme, **j'insisterai plutôt sur leur mise en forme. Je fais l'hypothèse que ce travail de déploiement de la forme de l'expérience, de sa configuration, s'inscrirait aussi dans une réobjectivation aidant à la réobjectalisation telle que R.Roussillon peut en parler.** Cela rejoint bien entendu les travaux de Winnicott sur ces traumatismes non représentables parce que « le sujet n'était pas là pour se les représenter. »<sup>386</sup>

---

<sup>385</sup> *Ibid.*, p.196-197. R.Roussillon remarque rejoindre en partie sur ce point les travaux de C.Janin concernant la *représentation par le traumatisme*.

<sup>386</sup> Winnicott (D.), *La crainte de l'effondrement*.

## 2-1-7 c) Le traumatisme cumulatif

Il faut se rappeler que Freud a sans cesse réétudié le lien entre l'événement traumatique et la conversion par exemple, enrichissant la théorisation du traumatisme et complexifiant sa topique : ainsi, la sommation des traumatismes (étudiée dès les *Etudes sur l'hystérie*) devient aussi importante que la latence première, y compris en ce qui concerne les affects. Freud remarquera que l'explication économique est insuffisante à expliquer tout développement pathologique : il faut que le souvenir écarté ait un lien avec la sexualité et même avec une sexualité conçue en deux temps !

Il soutiendra l'idée d'un *groupe de motifs* traumatisants et d'apparitions temporaires de symptômes avant leur cristallisation sous l'effet d'un nouveau choc. Dans cette idée, les premières expériences traumatiques peuvent ne pas laisser de traces, un traumatisme ultérieur similaire pouvant cependant provoquer un symptôme dont la suppression devra tenir compte de toutes les motivations, de leur effet cumulatif.

Dès les *Etudes sur l'hystérie* est ainsi envisagée la série des traumatismes successifs, une idée de leur sommation, de leur réactivation. Cette théorisation aboutira évidemment à la conception de l'après-coup mais la dépasse largement. Pour Ferenczi, le traumatisme n'est jamais relié à un événement unique concernant un seul temps, il ne devient traumatisme qu'après-coup, après le désaveu et la répétition (Ferenczi envisagera d'ailleurs le report de l'expérience traumatique sur plusieurs générations).

C'est dans cet esprit que M. Khan (1963) conçoit le « traumatisme cumulatif » lorsque la rencontre avec l'objet traumatisant n'est pas unique mais répétée :

« J'ai toujours considéré qu'un unique traumatisme, même grave, n'affecte pas la structuration du caractère de la même façon que ce que je désigne par le terme de « traumatisme cumulatif », par quoi

J'entends la répétition de traumatismes mineurs entravant le fonctionnement du moi dans l'enfance ou l'adolescence. »<sup>387</sup>

L'expérience traumatique dont il est question ne frappe ni par la brutalité de sa survenue, ni par l'ampleur de ses conséquences immédiates. Le trauma dont il s'agit est quotidien, ordinaire et laisse une impression d'habitude, c'est d'ailleurs là une « familiarité pernicieuse ».

La détresse du sujet (peut-être plus que la terreur) vient alors plutôt de l'accumulation de la tension à long terme qui va occasionner un impact cumulatif, répétition de traumatismes insidieux.

C'est la répétition qui rend toxique l'expérience, la sommation et la récurrence de traumatismes cumulés dont l'effet occasionnera une profonde blessure narcissique. M. Khan ne fait donc pas ici référence à un trauma « explosif » ou très visible, c'est là son originalité. Il ne se place pas non plus dans une conception en négatif de l'expérience.

Il fait référence aux « ratés » d'accordages entre l'enfant et ses parents, aux négligences, aux légers rejets...qui, à la façon de grains de sable s'accumulant, trouveront une dimension traumatique dans leur sommation.

M. Khan parle bien d'une « distorsion du moi » consécutive aux défaillances maternelles : le « bouclier de protection » n'est pas efficace, créant des micro-traumatismes répétés qui, ultérieurement, pourront entraîner des pathologies du Moi et des formations de type schizoïde. Le sujet est à la fois précipité dans une indépendance trop précoce et dans une grande dépendance à la mère archaïque.

Cela se traduit quelquefois par une tendance apathique et peut être repérable, dans la situation thérapeutique, lorsque le patient tend à déformer la réalité pour éviter les zones de stress auxquelles son Moi ne peut faire face. Je retrouve là une réelle parenté avec la position phobique centrale (A. Green) ou encore les personnalités en archipels (M. De M'Uzan). Cliniquement, le sujet peut apprendre à se cacher de plus en plus dans son propre monde tout en essayant de s'ajuster, de se conformer à celui des autres :

---

<sup>387</sup> Khan (M.), « La main mauvaise », p.15.

« Ce qu'il y a de perfide dans le traumatisme cumulatif c'est qu'il opère et s'édifie silencieusement tout au long de l'enfance jusqu'à l'adolescence. Ce n'est que depuis peu que nous avons appris à reconnaître comme pathogènes, certains développements précoces chez les enfants. Une telle précocité jusqu'alors avait été prise comme un don... »<sup>388</sup>

C'est en fait le concept de « micro-traumatismes cumulatifs », associé aux distorsions du Moi consécutives et à la nécessité d'une reconstruction qui rend le mieux compte de cette modélisation. J'ai évoqué dans cette thèse les « cicatrices traumatiques maternelles infantiles archi-originaires » décrites par S. Ferenczi<sup>389</sup> concernant des parents aux conduites folles bien qu'eux-mêmes ne le soient pas vraiment. Ces deux conceptualisations sont assez proches.

L'intérêt de cette théorisation pour ma recherche est évident en ce qu'elle concerne bien la question des déformations produites par l'expérience traumatique mais aussi parce qu'elle en souligne les aspects dynamiques.

M. Khan insiste en effet sur l'idée de négocier une alliance avec un « autotraitement du patient » :

*« Traiter cette pratique d'autotraitement, simplement, comme s'il s'agissait d'une résistance, ce serait méconnaître sa valeur pour la personne du patient... Traiter un traitement, c'est le paradoxe auquel nous confronte ce type de patient. »*<sup>390</sup>

Thérapeutiquement, le psychanalyste sera pris comme un Moi auxiliaire pouvant permettre au patient de prendre conscience de ses distorsions pour les déployer afin de « reconstruire » la relation mère-enfant.

Cette conception est extrêmement moderne et dynamique : il faut cesser de toujours considérer le traumatisme dans sa valeur uniquement pathologique, **les effets traumatiques ne doivent pas exclusivement être interprétés comme une résistance au traitement thérapeutique mais aussi comme un traitement de l'expérience traumatique.**

---

<sup>388</sup> Khan (M.), *Le soi caché*, p.85.

<sup>389</sup> Ferenczi (S.), *Journal Clinique*, note du 10 mars 1932, il s'agit de l' « *Urertraumatische mütterliche-kindliche Narbe* ».

<sup>390</sup> *Ibid.*, p.133. C'est moi qui souligne en caractères gras.

## 2-1-7 d) Le chaud et le froid du traumatisme, un traumatisme à trois temps

Comme il le reconnaît lui-même, c'est pour éviter de tomber dans la classique opposition entre les théorisations freudiennes et férencziennes du traumatisme (dont il dit qu'elles sont assez inconciliables sur le plan métapsychologique en raison de la nature de la réalité en jeu pour chacun d'entre eux : psychique essentiellement pour Freud, événementielle selon Ferenczi), que C. Janin introduit en 1985 l'idée des noyaux chaud et froid du traumatisme.

C. Janin a beaucoup interrogé les temps du traumatisme, sa conception d'un traumatisme condensant, collapsant ces temps est particulièrement riche.

Il décrit souvent des cliniques mêlant, intriquant un traumatisme précoce lié à une carence maternelle provoquant excitation et blessure narcissique (traumatisme pouvant aussi être vécu comme triomphant dans une relation avec le père par exemple) et un deuxième temps traumatique, parfois lié par une coexcitation, où le trouble sexuel est l'après-coup d'une excitation interne suscitée par une carence de soins.

Plusieurs configurations cliniques permettent de repérer trois temps traumatiques :

- Un temps premier de blessure narcissique où les besoins de l'enfant n'ont pas été respectés
- Un deuxième temps d'après-coup réinterprétant (et assimilant au Moi) le premier temps comme un temps de plaisir libidinal
- Un troisième temps (post-pubertaire en principe) où ces deux temps sont confondus : c'est le « (...) *traumatisme paradoxal* dans lequel la situation traumatique est vécue à la fois sur le registre de la blessure narcissique et de l'excitation libidinale. »<sup>391</sup>

C'est alors que le sujet opère dans le même temps (et parfois dans la même séance) un double mouvement dépressif et maniaque.<sup>392</sup>

---

<sup>391</sup> Janin (C.), « Le chaud et le froid : les logiques du traumatisme et leur gestion dans la cure psychanalytique », p. 670.

Cette approche des temps traumatiques est particulièrement utile à la lecture de la clinique que j'ai recueillie et s'intègre parfaitement à mon souci de respecter la complexité topique de l'expérience traumatique. L'intrication des lignées narcissiques et libidinale d'autre part est toujours vérifiée.

**Ce propos est très pertinent en ce qu'il permet à la fois de s'intéresser aux différents temps du traumatique, de les distinguer mais en envisageant aussi leur condensation à certains moments. Il envisage enfin une articulation constante entre des aspects opposés de l'expérience traumatique (maniaque/dépressif, narcissique/libidinal...). Ces deux observations sont à la base de l'élaboration de mon modèle topique. J'y ajouterai l'idée d'une dynamique et d'un déploiement.**

J'ai trouvé dans l'expérience d'Astrid un exemple de la façon dont blessure narcissique, excitation et triomphe maniaque ont pu être intriqués au point d'être confondus, le lecteur se réfèrera à l'exposé de ce cas clinique dans le dernier chapitre de cette thèse.

C.Janin rappelle que le sujet traumatisé ne dispose pas de représentation lui permettant de lier l'excitation interne du traumatisme et donc de le *qualifier*, que la source externe soit par excès ou par défaut, par carence ou par sur-stimulation. L'expérience traumatique est alors selon lui vécue subjectivement dans l'après-coup comme un *trop d'excitation*.

Ainsi, un traumatisme froid peut être décrit comme un traumatisme chaud pour l'excitation assimilable par le Moi et comme un traumatisme froid pour la blessure narcissique correspondant par exemple à une réponse maternelle déplacée. **Le traumatisme est chaud et froid à la fois.**

Le traumatisme serait ainsi constitué :

- D'un premier temps : **le noyau froid** non assimilé par le Moi, l'atteinte narcissique de l'enfant non respecté comme tel

---

<sup>392</sup> C.Janin envisage ici les aspects maniaques dans un sens différent de celui adopté par les auteurs kleiniens.

- D'un deuxième temps de sexualisation du premier temps traumatique : **le noyau chaud** du traumatisme. On retrouve très clairement ce temps dans le cas de Madame Korschov où à l'abandon maternel (correspondant à une mère absente, qui la confie à ses propres parents pour s'occuper ensuite de son frère) fait place la relation incestueuse avec l'oncle Heinz, pervers mais permettant tout de même de maintenir quelque chose d'un investissement objectal. Cet investissement, à la fois vital pour son existence et signant l'échec d'une vraie sexualisation de la pulsion, se lit aussi pour Madame Korschov dans le rapport avec son autre oncle Maxime décédé, ce « frère-oncle-amoureux-père » idéalisé dans une relation très incestuelle. Il faut voir dans ces relations ou « temps chauds » à la fois une tentative de cicatrisation, d'organisation, de liaison et un échec de cette tentative.

On pourrait aussi analyser de la sorte la liaison homosexuelle d'Astrid qui n'a de cesse de vanter les mérites de sa compagne qui lui offre selon ses propres mots « l'occasion inespérée d'exister aux yeux de quelqu'un, enfin » mais avec laquelle elle ne supporte aucun contact génital. Le « compromis » homosexuel signe autant ici la tentative d'organisation que l'échec de la sexualisation.

- Un troisième temps post-pubertaire qui est *le traumatisme paradoxal constitué de ces deux noyaux*, indissociables et confus.

On arrive donc à un traumatisme conçu sur trois temps dont les deux premiers sont plus précoces, ce modèle pourrait, selon J.Guillaumin, être compatible avec celui de l'étayage de la pulsion sexuelle. Cet échec de l'étayage de la pulsion sexuelle chez ces sujets précocement traumatisés, échec de la transformation du « non sexuel » en « sexuel » pourrait bien se lire aussi dans les inventions (les « bricolages » dit J.Guillaumin) des scénarios pervers.

Sans répit, ces sujets essaieraient de transformer du traumatique (non-sexuel) en « quelque chose de sexuel », leurs essais continuels témoigneraient d'un échec primaire de l'étayage des pulsions sexuelles sur les pulsions d'autoconservation, un défaut du « double-retournement » pulsionnel :



*« (...) dans cette perspective ce serait la mise en échec, dans la situation traumatique, de la pulsion d'emprise, qui interdirait la mise en route du processus d'étayage normal. Peut-être pourrait-on d'ailleurs avancer que l'essence même du traumatique c'est la mise en échec de l'emprise. »<sup>393</sup>*

Concernant cette approche des noyaux chaud et froid du traumatisme, **il faut évidemment mettre cette proposition en lien avec la « technique » de soin et le modèle topique que je proposerai : le thérapeute devra veiller à ne pas trop se laisser happer ou séduire par le sexuel avancé par le patient (a fortiori évidemment lorsque le traumatisme qui l'amène en thérapie est de nature sexuelle) au risque d'oublier le non-sexuel ; il devra en quelque sorte attribuer à chaque registre ce qui lui appartient (sans oublier bien sur le fait que les deux registres puissent fabriquer une « production commune », de la même façon qu'il y a du sexuel dans le narcissique et inversement).**

**Dans cet esprit, la « double-écoute » est intéressante en ce qu'elle permet à la fois de diffracter ces deux noyaux et de les rassembler sur un « objet-couple-thérapeutique ».** Le dernier chapitre de cette thèse étudiera cet aspect.

Il faudra aider le patient à qualifier son expérience, qu'il puisse d'une certaine façon identifier les noyaux chaud et froid de son propre traumatisme. Un tel travail est sans cesse entravé par les défenses du patient, l'une d'entre elles consistant à refroidir le chaud, l'autre à réchauffer le froid : toute intervention du psychanalyste sur un aspect chaud du traumatisme peut pousser le sujet à avancer l'aspect froid, et inversement évidemment.

A ce sujet, je tiens à relater une vignette clinique mettant en évidence la confusion possible de ces deux registres, confusion contaminant parfois l'entourage thérapeutique ou plus généralement l'environnement du patient :

Denis est un adolescent de 17 ans au moment où je le rencontre. Il vient sous injonction thérapeutique après avoir abusé sexuellement de ses deux petits frères et révélé qu'il avait lui-même été victime de son oncle lorsqu'il était enfant (sa thérapie sera longuement retracée dans la suite de cette thèse).

A un moment où nous nous approchons dans les entretiens d'éprouvés plus dépressifs, à un moment où les aspects pervers sont quelque peu abandonnés pour faire apparaître le bébé-

---

<sup>393</sup> *Ibid.*, p.674-675.

Denis délaissé par une mère froide, paradoxante et trop préoccupée par la naissance d'un petit frère, c'est-à-dire à un moment où le chaud du traumatisme (les agressions subies ou commises par Denis, l'excitation permanente) laisse deviner le froid du contact à l'objet primaire, à ce moment là donc surgit du chaud, une excitation venue de l'extérieur.

Ce chaud, c'est la consultation en sexologie ordonnée par le juge qui viendra rompre pour un temps l'exploration du traumatisme froid en réactivant, par un discours opératoire (concernant les raisons neurologiques de l'érection), les tentatives d'innocentation perverse de Denis.

En effet, alors que les aspects sexualisés en surface de l'expérience traumatique de Denis (les agressions subies et commises sont bien de nature sexuelle) commençaient à être rattachés (sans être confondus) à des zones plus froides de cette même expérience traumatique (précédant ces agressions), les propos du sexologue sont venus refermer un temps l'accès au noyau froid du traumatisme.

Alors qu'une longue et intense chaîne associative avait amené ce patient lors de la séance précédente à passer du choc ressenti d'une érection non maîtrisée à la question du lait maternel potentiellement toxique et au bébé abandonné dans son lit, Denis revient à la séance suivante avec le seul noyau chaud : il a commis les viols parce qu'un nerf de sa moelle épinière provoque neurologiquement l'érection, sans qu'il y soit pour quelque chose.

Evidemment, avec ces patients, il convient donc de qualifier ce qui est vécu et de construire puis d'historiciser l'expérience traumatique. Je l'ai dit dans le premier chapitre de cette thèse, l'économie traumatique est une économie paradoxale et les thérapeutes sont très souvent sur des lignes de clivages.

Je ferai volontiers l'hypothèse que **le dispositif en double écoute pourrait diffracter les pôles chaud et froid du traumatisme** (et les unifier bien entendu). Pourrait-on penser que l'un des psychologues représenterait « plutôt » le noyau chaud du traumatisme, l'autre le noyau froid ? Plus précisément, l'élaboration des noyaux chaud et froid de l'expérience pourrait-elle se distribuer, se répartir, se diffracter, s'organiser autour de tel ou tel psychologue ? Dans l'étude du dispositif en double écoute qui suivra, j'exposerai de longues vignettes cliniques (notamment la thérapie d'Astrid) tendant à le démontrer.

**Je montrerai comment le modèle topique du traumatisme que je propose permet de parfaitement intégrer cette modélisation de C.Janin : sa conception en anneaux de Möbius rend tout à fait compte des « alternances » de froid et de chaud dans le traumatisme et même de leur simultanéité ou de leur inversion.**

Dans la clinique du traumatisme sexuel, il est très fréquent que le récit du traumatisme s'ordonne autour d'un traumatisme sexuel utilisé comme défense tentant de verrouiller le questionnement autour d'autres problématiques. Il faut donc penser le lien de ce traumatisme avec le narcissisme.

La conceptualisation de C. Janin donne aussi des indications sur la technique de soin. L'enfant ayant vécu ce type de traumatisme a vu ses besoins disqualifiés, les générations déniées, son degré de maturité n'a pas été respecté ; cela est donc aussi nécessairement une expérience traumatique pour le Moi. C'est ce que C. Janin considère comme le noyau froid du traumatisme dont cette expérience serait le premier temps. Evidemment, cela rappelle encore que l'impact traumatique est différent selon la capacité du Moi infantile à supporter l'excitation suscitée.

Il va donc falloir reconstruire les frontières, requalifier l'expérience sur les lignes de crête des clivages, reconsolider la topique en en différenciant les espaces, rendre à César ce qui est à César.

C. Janin fait allusion à une expérience « épidermique » : notre épiderme possède des récepteurs périphériques discriminant les sensations de chaud et de froid. Mais, un sujet aux yeux bandés et dont on soumet la peau à un chaud ou froid intense ne pourra absolument pas qualifier la nature de l'excitation subie : là aussi le trop et le pas assez d'excitations sont vécus de façon identique, sur un mode excessif. Il convient cependant, malgré la même manifestation, de revenir au contexte historique d'apparition :

*« (...) il me semble tout à fait essentiel de reconstruire très soigneusement ce qui s'est passé historiquement pour nos patients, et que l'excès d'excitation a rendu inintelligible et inintégrable par le Moi, du moins jusqu'à ce que la cure permette de l'élaborer. »<sup>394</sup>*

---

<sup>394</sup> Janin (C.), « La réalité, entre traumatisme et histoire », in La réalité psychique, p.123.

J'irai plus loin : il me paraît tout à fait indispensable d'arriver à qualifier, pour le sujet, s'il s'agissait du chaud ou du froid dans l'expérience traumatique. Nous ne parlons tout de même pas de la même chose avec Astrid lorsqu'il s'agit de l'abandon qu'elle a subi de sa mère ou des agirs incestueux de son père à l'adolescence. Si ce froid et ce chaud sont bien extrêmement intriqués dans les effets traumatiques comme dans leurs modalités de déploiement et de traitement, ne pas arriver à les qualifier comme tels reviendrait à reproduire l'indécidabilité traumatique.

## 2-1-7 e) Le collapsus topique

On doit reconnaître l'apport considérable des travaux de C. Janin à la fois pour dialectiser les apports de Freud et de Ferenczi mais aussi pour enrichir la complexité topique des approches du traumatique.

Après l'« invention » des noyaux chaud et froid du traumatisme, la proposition d'un *collapsus topique* est venue étoffer encore la clinique et la métapsychologie. C. Janin reconnaît l'apport fondamental de Winnicott pour la modélisation du traumatisme, notamment parce qu'il s'est appuyé sur l'importance de l'objet dans le développement de l'enfant et parce qu'il a conceptualisé l'objet et le phénomène transitionnel.

Reprenant ce dernier point, C. Janin, s'il reconnaît évidemment le droit au psychanalyste de penser les indices de réalité des événements dont lui parle son patient (et même de différencier constamment fantasme et réalité), propose que la réalité évoquée par le patient est de nature transitionnelle :

*« (...) la question de la topique de la réalité évoquée dans la séance ne se pose habituellement pas ; il va de soi qu'elle est à la limite de l'intérieur et de l'extérieur. Entre l'analyste et son patient, il y a un pacte tacite selon lequel l'objet dont on parle est toujours un « entre-deux », c'est-à-dire qu'il est à la fois :*

- un objet réel, modifié par les « opérateurs » du travail psychique que sont introjection, projection, mise en représentation par le biais des rêves et des fantasmes ;
- un objet psychique construit en étayage sur les caractéristiques « réelles » de l'objet et de l'environnement. »<sup>395</sup>

C'est après avoir établi la nature transitionnelle de la réalité, ou plutôt au même moment, qu'il décrit une forme spécifique de traumatisme qu'il nomme « collapsus topique » ou « collapsus de la topique interne », considérant qu'une des principales figures du traumatisme relève de la « détransitionnalisation de la réalité » :

*« C'est le cas, par exemple, lorsqu'un sujet se trouve confronté à un événement qui vient redupliquer un fantasme : l'enfant confronté à une séduction réelle, reduplication dans la réalité, du fantasme originaire de séduction, ou bien encore l'enfant qui voit, avec la disparition d'un proche, la réalisation de certains fantasmes agressifs inconscients (...) »<sup>396</sup>*

Ce sont ces « malheureuses rencontres » (A. Green) entre fantasmes et événements qui mettent en contact espaces psychique et externe de telle façon que la psyché ne peut plus assurer son rôle de contenant du monde interne. Se produit alors un collapsus de la topique interne :

*« Dans de telles circonstances, le sujet ne sait plus quelle est la source de son excitation –interne ou externe-, et perd alors temporairement la possibilité de constituer quelque chose d'extrêmement important sur le plan psychique, l' « épreuve de réalité » (...) »<sup>397</sup>*

Cliniquement, on observe alors une perte du sens, une « répétition de l'identique » (M. de M'Uzan).<sup>398</sup> Ainsi, dans ce type de traumatismes, certains retraits, certaines inhibitions peuvent tenter d'auto-guérir le collapsus, réparer l'enveloppe psychique. D'autres peuvent surinvestir soit la réalité interne soit la réalité matérielle aux mêmes fins. D'autres enfin s'engagent dans la traumatophilie.

---

<sup>395</sup> Janin (C.), « Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme », in *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, p. 47-48.

<sup>396</sup> *Ibid.*, p.48

<sup>397</sup> *Ibid.*, p.48.

<sup>398</sup> Le sentiment d' « inquiétante étrangeté » est un état de collapsus topique normal et bref mais qui donne un bel exemple du rapide sentiment de dépersonnalisation, une dépersonnalisation qui, selon C. Janin, protège du collapsus topique en permettant au sujet de « décollaber » l'événement et le fantasme.

## 2-1-7 f) Abraham et Torok, l'identification endocryptique

L'identification endocryptique est un processus identificatoire décrit par N. Abraham et M. Torok pour la première fois en 1975, processus rendant compte d'une « solution » trouvée suite à une perte traumatique d'objet, un deuil insupportable créant un « caveau secret » dans le sujet.<sup>399</sup> Il s'agit là d'une *incorporation*, ces auteurs parlant plutôt d'*inclusion* (l'incorporation concernant le fantasme supporté par le processus) :

« Ce mécanisme qui consiste à échanger sa propre identité contre une identification fantasmatisque à la « vie » d'outre-tombe de l'objet, perdu par effet d'un traumatisme métapsychologique, ce mécanisme tout à fait spécifique, nous l'avons dénommé, en attendant mieux : *identification endocryptique*. »<sup>400</sup>

La crypte alors constituée vient continuer un cloisonnement du moi suite à une expérience objectale honteuse, un secret partagé est donc à la source et produit un « morcellement de la topique », ce secret est inavouable et concerne un lien perdu avec un objet ayant joué le rôle d'idéal du moi (Abraham et Torok donnant l'exemple d'un grand frère idéal devenant objet idéal incorporé, le petit frère devenant le grand frère pour annuler la perte traumatique).

En modélisant l'identification endocryptique commençant là où le travail d'introjection à peine en œuvre bute sur un obstacle massif, Abraham et Torok supposent une expérience traumatique indicible (en rapport avec la honte, le secret) face à un objet devant alors être enfermé dans le sujet, mis en conserve par un *refoulement conservateur*.

Ce processus pourrait être mis en lien avec le clivage et même l'encapsulation autistique dont je parlerai plus tard. Retenons pour l'instant qu'incorporation et identification secrète sont aussi un ultime recours, une solution pour sauver l'objet et conserver l'état de la topique. En quelque sorte, parce que l'introjection échoue et à partir du fantasme d'incorporation, une « solution » se met en œuvre qui change la topique en y positionnant une inclusion.

---

<sup>399</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *Deuil ou mélancolie*, 1972.

<sup>400</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p. 298.

Dans l'identification endocryptique, il y a un « troc » de l'identité du sujet contre celle fantasmée de l'objet par un « fantasme d'empathie identificatoire ». Il est important de comprendre, comme le propose A. Ciccone, l'intérêt topique de cette manœuvre : « L'identification endocryptique a pour objet de maintenir l'illusion du statu quo topique, antérieur au traumatisme de la perte. »<sup>401</sup>

De façon mélancolique le sujet prend la place de l'objet et éprouve sa souffrance devant la perte du sujet comme mère (Abraham et Torok, 1973). Il vit alors et ressent en lieu et place d'un autre encrypté. Ce processus n'a évidemment rien à voir avec un processus de refoulement névrotique mais engage des défenses et processus beaucoup plus radicaux (déli, idéalisation, clivage, fétichisation).

A. Ciccone souligne la présence des processus d'identifications projectives dans ces effets de crypte. En s'identifiant narcissiquement (en urgence) à l'objet idéal en l'incorporant, le sujet incorpore aussi le secret inavouable dont est porteur l'objet (une scène sexuelle traumatique par exemple), il y a aussi *inclusion* de ce négatif qui formera une « (...) crypte déjà préparée par un éclatement topique lié au partage traumatique du secret dans le lien réel à l'objet avant sa perte. »<sup>402</sup> Le sujet est piégé, aliéné par cette identification.

A. Ciccone, tout en reconnaissant la pertinence pour la clinique d'une telle théorisation, émet quelques réserves quant à la notion de *fantôme*<sup>403</sup> décrite par ces auteurs selon laquelle le sujet semble possédé par l'inconscient d'un autre plus que le sien, l'analyste devant reconnaître les fantômes et leur extériorité à la psyché du sujet pour les « éjecter ». J'ai déjà pour ma part rappelé à plusieurs reprises le risque pris à considérer comme trop exclu de la psyché tout élément traumatique, risque d'« innocentation » dirait A. Ciccone.

Ce dernier remarque aussi que ces auteurs insistent beaucoup sur le fait que ce fantôme se transmettrait par la parole, de l'inconscient du parent à celui de l'enfant, les parents transmettant une *nescience*, une lacune dans l'inconscient même : « Un dire enterré

---

<sup>401</sup> Ciccone (A.), *La transmission psychique inconsciente*, p. 83.

<sup>402</sup> *Ibid.*, p. 83 à 85.

<sup>403</sup> « Le fantôme est le travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre (inceste, crime, bâtardise, etc.). Sa loi est l'obligation de nescience. Sa manifestation, la hantise, est le retour du fantôme dans des paroles et actes bizarres, dans des symptômes (phobiques, obsessionnels...) etc. L'univers du fantôme peut s'objectiver par exemple dans des récits fantastiques. On vit alors un affect particulier que Freud a décrit comme « inquiétante étrangeté », Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.391.

d'un parent devient chez l'enfant un mort sans sépulture. »<sup>404</sup> On retrouverait là un lien avec le refoulement primaire décrit par Freud.

Ces auteurs négligeraient donc quelque peu toutes les communications non et infra-verbales, celles qui se transmettent dans la façon de transmettre en quelque sorte, dans la manière de dire. Enfin, A.Ciccone propose de considérer de telles transmissions comme des fantasmes, rendant ainsi au sujet ce qui lui appartient, mettant crypte et fantôme plus en contact avec lui-même, rendant la perte traumatique comme le processus au sujet.

Je retrouve dans l'identification endocryptique et la lecture qu'en fait A. Ciccone de nombreux points proches de ma tentative de compréhension de l'expérience traumatique.

Cette « solution » au traumatisme est :

- Un processus qui rend compte des tentatives de subjectivation d'un traumatisme
- Un processus faisant éclater la topique habituelle et n'étant saisissable qu'avec l'idée d'une topique morcelée, éclatée ; le moi a besoin de se cloisonner, des empiètements imagoïques sont en œuvre, des cryptes formées...
- Un processus articulant plusieurs scènes appartenant à des temps et registres différents : par exemple une strate temporelle jouant des relations idéalisées avec un objet aimé, une période marquant le temps du secret inavouable partagé avec cet objet, un autre temps signant la perte traumatique et au moins un quatrième temps plus actuel organisant les rapports de la crypte avec le traumatisme.
- Un processus bien en deçà du refoulement névrotique et faisant intervenir des modes de transmission et de défenses archaïques et massifs dépassant de loin les représentations de mots.
- Un processus construit sur des éléments en biface ; on trouverait ainsi par exemple partie infantile/partie adulte, expérience idéalisée/expérience honteuse, identité de

---

<sup>404</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), 1975, p.297.



l'objet/identité du sujet, idéal avouable/secret honteux inavouable, objet réel/idéal incorporé, inconscient du sujet/inconscient de l'autre, fantasme de culpabilité/innocentation...

La conception de l'identification endocryptique ouvre bien entendu tout le champ du traitement inter et transgénérationnel du traumatisme. Je n'explorerai pas vraiment les propositions analysant les modalités de ce traitement, préférant me centrer sur le traitement, dans l'actuel, de l'expérience traumatique.

A. Eiguer, à travers le concept de *représentation d'objet transgénérationnel* (1983), a bien montré comment certaines représentations d'ancêtres ou de parents de générations antérieures, inconscientes mais intégrées dans des fantasmes ou mythes, pouvaient rendre compte d'un phénomène de reconstruction d'événements traumatiques, construction fantasmatique et inconsciente recevant l'adhésion de la famille.

D'autres théorisations, souvent en lien avec les travaux concernant la thérapie familiale, traitent cette question. E. Granjon par exemple parle d'une transmission psychique transgénérationnelle (et non inter-générationnelle) pour définir une transmission concernant le *négatif* (les secrets, les non-dits, les fantômes...), c'est-à-dire plutôt ce qui implique le non-représentable et donc le traumatique. Dans cette transmission « (...) le traumatisme se transmet sans se représenter, ou se transmet pour ne pas être représenté. »<sup>405</sup> Elle qualifie d'« objets bruts » ces restes impensés, ces « trous » dans les représentations, ces signifiants en quête de sens, ces restes transgénérationnels non symbolisés et déposés tels quels dans les appareils psychiques du sujet, du groupe ou de la famille.

Je reviens cependant un temps sur l'approche du traumatique selon N. Abraham et M. Torok, notamment dans l'idée d'une complexité topique. Selon eux, la « réalité » (au sens métapsychologique) concerne tout ce qui influence la psyché en lui imposant une modification topique, que l'origine en soit exogène ou endogène. A l'inverse, le fantasme tend à l'effet opposé, « (...) c'est-à-dire au maintien du *status quo* topique. »<sup>406</sup>

Le fantasme transforme donc le monde et

---

<sup>405</sup> Ciccone (A.), *La transmission psychique inconsciente*, p. 95

<sup>406</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.260.

*« Le fait qu'il est souvent inconscient signifie, non pas qu'il est hors sujet, mais qu'il se réfère à une topique secrètement maintenue. Dès lors, comprendre un fantasme acquiert un sens précis : c'est repérer, concrètement, à quel changement topique il est appelé à résister. »<sup>407</sup>*

Comme l'observe R. Gumaraes, ces auteurs soulignent une étroite relation entre fantasme et trauma, je dirais une étroite relation en ce qui concerne la dynamique topique :

*« Quand on observe le fonctionnement du fantasme dans les analyses, on constate que celui-ci entretient un rapport allusif avec le trauma ; il symbolise avec un trauma. Les mots du fantasme, tout comme les mots du rêve, demandent le déchiffrement de leur au-delà traumatique et absent »<sup>408</sup>*

En inscrivant ainsi trauma et fantasme dans une relation « allusivement dynamique », Abraham et Torok insistent sur la complexité topique de l'expérience traumatique mais aussi sur ses possibilités de reprise et de résolution. Le fantasme (comme le mythe) servirait d'écran devant le trauma, cherchant à « (...) couvrir le drame, en assourdir le bruit. »<sup>409</sup> Le fantasme devient ainsi une sorte d'amortisseur du traumatisme, il en porte donc et la trace de son impact, et la possibilité d'une relance.

Evidemment, l'expérience traumatique conçue comme stoppant le travail de l'introjection permettra à Abraham et Torok de se tourner vers une lecture de la clinique traumatique à travers de nouvelles constellations comme les secrets de famille, le deuil impossible, la secrète identification partielle ou totale avec un autre étranger (l'incorporation), l'exclusion ou l'enterrement d'un vécu invouable (la crypte).

K. Abraham a toujours mis en valeur ce qu'il considérait comme un des plus grands apports de la psychanalyse freudienne, l'idée d'un symptôme psychique comme trace mémorielle de désirs et traumatismes dans l'instant inaccessibles. Sa conception de l'inconscient est transphénoménologique, au-delà de l'observation directe. Il supposera que le développement psychique dépend de suites de catastrophes de natures différentes dont des fragments restent dans les phénomènes provoqués. Ses références phénoménologiques l'ont sans cesse poussé à travailler la question du sens, « Abraham

---

<sup>407</sup> *Ibid.*, p.260.

<sup>408</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), 1987, *Une vie avec la psychanalyse*, Aubier, Paris, 2001, p.91., cit. in Gumaraes (R.), *Ibid.*, p.209.

<sup>409</sup> *Ibid.*, p.91.

définit en somme la psychanalyse comme une théorie de l'investigation des sources lisibles du sens »<sup>410</sup>

Cette investigation ira notamment vers la mise en échec devant les traumatismes, cela pour trouver le moyen thérapeutique de les surmonter. *L'écorce et le noyau* est un livre qui porte une attention particulière au risque de désintégration du sens, à la perte des traces mémorielles pouvant empêcher la lecture de l'histoire traumatique.

Les conceptions de ces auteurs s'inscrivent tout à fait dans une complexité topique, ainsi lorsqu'ils définissent la névrose traumatique comme

« (...) la répétition du moment traumatique qui la caractérise, non pas tel qu'il a été vécu, mais tel qu'il aurait pu être vécu. »<sup>411</sup>

L'expérience traumatique est ainsi parfois conçue comme l'ouverture de l'Inconscient (fictive ou réelle) pendant ou après le traumatisme, et qui réveille un fantôme le travaillant. Et ce fantôme, selon eux, peut menacer d'envahir le Moi entier. Je livre ici une longue citation où l'on perçoit bien aussi le travail littéraire censé rendre compte de la complexité topique de ce type d'expérience (et, j'insiste, souvent poétique au point que la forme risque quelquefois de l'emporter sur le propos) :

« C'est alors que la névrose traumatique –avec sa symptomatologie caractéristique de rêve répétitif du « trauma objectif qui me frappe moi »- fonctionne comme un garde-fou contre l'envahissement fantomatique aliénant : invasion par les éléments d'un drame activement non-su « en » celui qui le subit (et maintenu, en lui, dans la nescience *pour* l'autre, selon l'exigence de l'autre).

Le « puissé-je avoir peur de la catastrophe externe dont l'arrivée est imminente et à laquelle la mère me réveille » garantit le non-retour de la catastrophe *interne* à laquelle la mère « m'endort ». Dans la répétition onirique de ce vœu l'effroi maternel puise l'espoir que la publication éventuelle de ses secrets, dans un moment extrême, n'aura pas lieu.

Les mots qu'offre la mère pour signaler la présence de la catastrophe onirique imminente sont destinés à un maniement objectif précis : ils doivent désigner sans équivoque *la* chose dont on a à avoir peur (trauma) et au sujet de laquelle on peut échanger des propos. Comme, paradoxalement, dans la névrose traumatique cette chose a déjà eu lieu effectivement, il faut supposer à la base de ce paradoxe le brusque réveil *d'autres horizons du même mot* devant mener à d'autres catastrophes, celles-ci non-nommables, ayant eu lieu dans une autre vie (= dans la vie de la mère par exemple),

---

<sup>410</sup> Rand (N), Préface à *L'écorce et le noyau*, p.IV.

<sup>411</sup> Abraham (K.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.412.

dans un « *au-delà de moi* ». Or, dans cette autre vie et dans cette autre topique, les autres horizons du même mot, ses horizons secrets (à ne pas envisager ouvertement) sont destinés à la non-existence, au silence, à la mort sans sépulture (par exemple : drame encrypté dans la mère).

Ce n'est qu'au cours du travail analytique du traumatisé que l'on pourra retrouver d'autres paroles du même mot (autant de messagers des horizons cryptés, « *au-delà* ») :

- homonymes, cryptonymes, rimes animées en actes, etc.,
- autant d'effets de hantise, témoins, également, de l'intensité et de la tension qui revient et qui convient au drame initial devenu figé et muet dans un « *au-delà de moi* ». <sup>412</sup>

Dans ce texte, les métaphores et le style lyrique, parfois heurté et à la limite de l'ésotérisme, aborde cependant (et peut-être à travers cela) l'essentiel de la conception topique du traumatisme chez Abraham et Torok. Il y est toujours question de profondeurs topiques, d'articulation de topiques différentes, d'un traumatisme « *au-delà de moi* », de cryptes et de fantômes, d'un sujet hanté par les éléments d'une expérience qui ne lui appartient pas pleinement, qui ne lui est pas arrivée.

Ici le traumatisme est une catastrophe non-sue, un drame innommable, il se joue au milieu de secrets. De nombreuses définitions de l'expérience traumatique sont données par ces auteurs, allant dans ce sens, mélangeant l'histoire du sujet à celle de ceux qui le précèdent, au sein d'héritages et de secrets. Ces définitions portent cependant toutes l'idée d'une symbolisation possible, le drame n'est jamais totalement joué :

*« Si le traumatisme se définit par la défaite d'un refoulement analogique à celui que comporte l'appareil psychique de la mère (et non pas à ce qu'imposent les interdits maternels à l'enfant comme appareil psychique fictif) alors on peut dire que le jeu et plus particulièrement les jeux secrets ne font rien d'autre que de symboliser cette défaite. »* <sup>413</sup>

L'introjection est au centre de la conceptualisation proposée par Abraham et Torok. D'une certaine façon, elle synthétiserait selon eux la catharsis, l'abréaction, le frayage, la perlaboration et le travail du deuil dans l'héritage freudien et de ses théories sur le traumatisme. <sup>414</sup>

---

<sup>412</sup> *Ibid.*, p.412-413.

<sup>413</sup> *Ibid.*, p.416.

<sup>414</sup> Remarque proposée par Nicholas Rand dans sa préface à *L'écorce et le noyau*.

Très logiquement, la psychopathologie et les difficultés à symboliser les expériences traumatiques tiennent donc d'un défaut d'introjection. Plus précisément, ce sont bien les traumatismes (Abraham et Torok parlent souvent de « catastrophes »), personnels ou familiaux, qui bloquent le processus introjectif. C'est là un point de rencontre avec les travaux de Ferenczi : le trauma peut anéantir, bloquer la pensée en empêchant l'introjection.

Alors, lorsque l'introjection est mise en défaut, c'est l'analyse cryptonymique qui fait face à l'expérience traumatique innommable à l'origine de l'instauration du secret. Abraham et Torok cherchent alors les secrets, dans les caveaux des traumatismes muets, où sous la sépulture se cachent parfois des événements tentant de faire croire qu'ils ne se sont jamais déroulés.

Ainsi, beaucoup plus profondément que le refoulement freudien, Abraham et Torok trouvent enfouies des choses mortes dont tout le monde dit qu'elles n'ont jamais existé, y compris le sujet lui-même. C'est une topique de la profondeur par excellence et c'est pour cela que les auteurs parlent d'un *refoulement conservateur* (et non dynamique, comme celui décrit par Freud) :

« *Le refoulement conservateur ne cherche point à refouler des désirs. Il barre l'accès à une partie de notre vie, il dérobe au regard de tous et de soi le monument traumatique d'un événement à jamais effacé comme tel.* »<sup>415</sup>

Le silence, le non-dit sont théorisés, ont un statut métapsychologique et topique (qu'ils concernent d'ailleurs le sujet, sa famille ou la société), dans leur version honteuse, niée, innommable, non ressentie... Tout ce qui relève du secret est traumatique.

Introjecter c'est, en quelque sorte, essayer de dépasser les traumas, survivre, éviter toute atomisation. On pourrait décrire le processus de l'introjection en trois phases : quelque chose d'inconnu m'arrive, je me familiarise avec elle (par le jeu, les fantasmes, la projection, tous les procédés possibles), je me l'approprie et enfin je conscientise cette rencontre et arrive ainsi à désigner cette chose et la dire aux autres, je sais à quel point elle m'a modifié.

Pour lever le secret, point n'est besoin d'avouer. La clé est dans la topique de la crypte :

---

<sup>415</sup> *Ibid.* p.xx.

*« Ce n'est ni l'Inconscient dynamique ni le Moi de l'introjection. Ce serait plutôt comme une enclave entre les deux, sorte d'Inconscient artificiel, logé au sein même du Moi. L'existence d'un tel caveau a pour effet d'obturer les parois semi-perméables de l'Inconscient dynamique. Rien ne doit filtrer vers le monde extérieur. C'est au Moi que revient la fonction de gardien de cimetière. [...] Sa devise : à malin, malin et demi.*

*Le caveau, avec sa serrure (...) nous l'appellerons refoulement conservateur. »<sup>416</sup>*

## 2-1-7 g) Vers une conception d'un traumatisme « articulé »

Il m'a semblé indispensable de présenter ici une théorisation mettant en jeu la grande complexité topique de la question du traumatisme. Une conceptualisation articulant l'expérience traumatique à l'ensemble de la vie psychique, en faisant certes une « expérience à part » mais parfaitement intégrable à une topique et une dynamique psychique, ne pouvant même se comprendre que dans ses liens avec le monde des affects, des instances et de la temporalité psychique.

Dans un récent ouvrage<sup>417</sup> Albert Ciccone et Alain Ferrant soutiennent l'hypothèse d'un « affect mêlé », un « fond commun » où honte et culpabilité primaires seraient indifférenciées et qui servirait de base à la secondarisation de la honte et de la culpabilité.

Ils remarquent que, malgré leur différenciation ultérieure, ces affects demeurent articulés et cela notamment dans les contextes traumatiques :

*« On peut très globalement avancer que la culpabilité est liée à la perte traumatique de l'objet alors que la honte est liée à la perte du sujet. On peut ainsi dire que le rapport qui articule la honte à la culpabilité est du même ordre que celui qui relie la mélancolie à la dépression. »<sup>418</sup>*

---

<sup>416</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.255.

<sup>417</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*.

<sup>418</sup> *Ibid.*, p.2.

Perdre ou abîmer un objet d'amour rend plutôt coupable, être perdu ou abîmé par cet objet d'amour rendrait plutôt honteux.

Dès l'introduction de leur livre ces auteurs rendent compte d'un modèle complexe du traumatisme conçu comme potentiellement attracteur et donnant forme (et sens) :

- à des éprouvés passés
- à l'expérience traumatique actuelle elle-même (en attirant une « forme reconnaissable » comme une expérience de honte ou de culpabilité )

Ce modèle est d'un grand intérêt pour ma recherche puisqu'il insiste sur **la forme** (et son attraction), **l'articulation** des différents temps et expériences et l'aspect « **attracteur** » de l'expérience traumatique. Sa complexité s'étend enfin au fait que l'origine du traumatisme, ses effets et ses « solutions » peuvent être liés (par la honte et la culpabilité par exemple).

Soulignant le risque d'une conception de l'après-coup pouvant négliger l'impact de l'événement actuel, « disqualifier » sa valeur traumatique, A. Ciccone et A. Ferrant proposent une variante du modèle freudien en lien avec les travaux de la Tavistock Clinic de Londres.<sup>419</sup> Il y est question d'un traumatisme comme :

*« (...) bouleversement concernant le rapport du sujet aux objets internes autant qu'aux objets externes : le traumatisme produit une perte de confiance en un monde prévisible et en une fonction protectrice des bons objets, internes et externes. Cela génère une résurgence des peurs primitives de la cruauté et de la force des mauvais objets. L'effondrement dû au traumatisme concerne non seulement le fonctionnement harmonieux de l'appareil psychique, mais concerne la signification, le sens. L'effondrement du sens s'accompagne de la perte de la croyance en la protection offerte par les bons objets. La capacité du moi de croire aux signaux (l' « angoisse signal ») est ainsi perdue, et la différence entre symbole et réalité est écrasée : le symbole devient réalité. »<sup>420</sup>*

---

<sup>419</sup> *Supra*, Le lecteur se référera au chapitre 2-1-5 de cette thèse concernant une conception du traumatisme en lien avec la notion de contenance, théorisation opérée notamment dans les remarquables travaux sous la direction de Caroline Garland : *Comprendre le traumatisme : une approche psychanalytique* (1998).

<sup>420</sup> *Ibid.*, p.32-33.

Cette nouvelle lecture de la notion d'après-coup (dont j'ai montré précédemment qu'elle développait déjà la complexité topique de l'expérience traumatique) m'intéresse tout particulièrement :

- **Elle articule l'expérience traumatique à l'ensemble de la vie psychique.** La notion même d'*effondrement* évoquée est significative. On pourrait penser à un ébranlement de tout l'être, un bouleversement de la psyché. Cette insistance signifie bien l'économie dans laquelle se trouve le traumatisme. L'expérience est globalement désorganisatrice et s'accompagne d'une perte de repères sur tous les secteurs psychiques (plus ou moins évidemment).

Plus encore, elle occasionne une perte de confiance (on retrouve là une observation clinique faite à la fois par Freud et Ferenczi) en la prévisibilité et la protection du monde et de ses objets. Le sens même se perd.

Ces remarques permettent de mieux comprendre à quel point les sujets traumatisés ne croient plus en rien et, comme dans les pathologies limites, désespèrent du désespoir lui-même.

- **Elle propose un modèle de « reconnaissance » de l'expérience traumatique fondée sur la *forme*.** L'expérience désorganisatrice et traumatique est transformée en une expérience connue, reconnaissable : « C'est ainsi que l'événement présent est imprégné d'une signification (perturbante) venue du passé. »<sup>421</sup>

- Dans cette conception, **l'actuel n'est pas négligé**, sous-estimé (comme il peut l'être dans le modèle classique de l'après-coup). Cette remarque est fondamentale tant nos patients passent du temps à essayer de nous faire entendre que l'actuel est en soi traumatique, harcelant, épuisant.

L'attention aux expériences infantiles mais aussi je pense parfois une certaine jouissance à interpréter trop rapidement et trop intellectuellement en fonction de références théoriques un peu idéologisées expliquent quelquefois le défaut d'attention des thérapeutes face aux expériences actuelles.

---

<sup>421</sup> *Ibid.*, p.33.



Je me demande d'ailleurs si la pensée protocolisée autour des thérapies brèves ou de débriefing devant le traumatisme, saisie en masse par le socius, n'est pas en partie explicable par ce défaut d'attention. La méthode psychanalytique, avec des théorisations comme celle proposée par Caroline Garland , évite cet écueil ; elle accorde autant de poids à l'événement actuel (et je dirais au ressenti du patient face à son expérience traumatique d'aujourd'hui) qu'à celui passé.

- La proposition de relecture du phénomène d'après-coup par A.Ciccione et A.Ferrant est parfaitement compatible avec le modèle topique et dynamique que je propose.

Je la rappelle :

*« - Le traumatisme actuel a un effet d'attraction d'expériences traumatiques passées, qu'il réveille, réchauffe, rappelle à la mémoire, d'autant plus si ces expériences sont en souffrance d'élaboration, d'intégration ;*

*- Le traumatisme actuel donne forme à des expériences traumatiques passées, qui trouvent dans l'expérience actuelle l'occasion de prendre forme, de se déployer, de se représenter, de prendre sens ;*

*- Le sujet tente de donner au traumatisme actuel une forme reconnaissable, familière, en attractant des expériences passées, en faisant appel à des expériences connues pour donner une forme et un sens à l'expérience actuelle, afin qu'elle puisse être liée, intégrée. »<sup>422</sup>*

Elle insiste à la fois sur l'aspect attracteur du traumatisme (et donc sur les possibilités de reprise de traumatismes plus anciens), sur le jeu de la forme du traumatisme dans cette attraction et enfin sur une conception de l'expérience traumatique articulée à l'ensemble de la vie psychique.

L'on comprendra mieux dans les pages suivantes de cette thèse et notamment lors de la présentation de mon modèle topique à quel point ces éléments sont concordants. **Je propose la théorisation d'une expérience traumatique dynamique, permettant d'attirer/rejouer d'autres scènes, activant simultanément différents points de la psyché, s'étendant bien au-delà de la zone traumatique apparemment impactée.**

---

<sup>422</sup> *Ibid.*, p.33.

## 2-1-7 h) L'effondrement, l'événement-non-événement

« Mais s'il faut un fléau majeur pour faire apparaître cette gratuité frénétique et si ce fléau s'appelle la peste, peut-être pourrait-on rechercher par rapport à notre personnalité totale ce que vaut cette gratuité. L'état du pestiféré qui meurt sans destruction de matière, avec en lui tous les stigmates d'un mal absolu et presque abstrait, est identique à l'état de l'acteur que ses sentiments sondent intégralement et bouleversent sans profit pour la réalité. **Tout dans l'aspect physique de l'acteur comme dans celui du pestiféré, montre que la vie a réagi au paroxysme, et pourtant, il ne s'est rien passé.** »<sup>423</sup>

J'ai commencé dans le chapitre précédent à envisager l'expérience traumatique avant tout comme un effondrement (du contenant, de la capacité de croire en des objets secourables).

Il n'était pas possible d'aborder la question du traumatisme et de sa complexité topique sans penser à D. Winnicott. Ses travaux, et notamment ceux concernant la « crainte de l'effondrement »<sup>424</sup> sont d'une remarquable richesse et nourrissent tout à fait la lecture de la clinique du traumatisme.

Il s'agit plus que jamais chez Winnicott d'une théorisation née de la clinique que le célèbre psychanalyste trouvait lui-même d'une très grande portée pour certains de ses patients. Cette crainte de l'effondrement est éprouvée par « empathie » et ne parvient parfois jamais à être éprouvée face à des défenses drastiques.

Winnicott parle de « *breakdown* »<sup>425</sup> comme d'un échec de l'organisation des défenses, l'effondrement concernant « (...) l'état de choses impensable qui est sous-jacent à l'organisation d'une défense. »<sup>426</sup> Cet effondrement n'est bien entendu pas situé dans une économie névrotique et concerne l'effondrement de l'unité du Self : « Le moi organise des

---

<sup>423</sup> Artaud (A.), *Le théâtre et son double*, p.35.

<sup>424</sup> Winnicott (D.W.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*.

<sup>425</sup> *Ibid.*, p.206. Il souligne lui-même la polysémie de ce mot : « *Breakdown*, c'est la panne d'auto : quelque chose s'est cassé, ou il n'y a plus d'essence. C'est aussi la personne qui s'arrête tout d'un coup de parler et fond en larmes, celle qui s'écroule d'épuisement ou de maladie ; c'est aussi la raison qui sombre. »

<sup>426</sup> *Ibid.*, p.207.

défenses contre l'effondrement de l'organisation du moi, et c'est l'organisation du moi qui est menacée. »<sup>427</sup>

Afin d'exposer ce nouveau concept, Winnicott éprouve le besoin de faire un détour par le développement des stades précoces du développement émotionnel, où le sujet passe d'une dépendance absolue (la mère assurant une fonction de moi auxiliaire, le sujet ne différencie pas encore « non-moi » de « moi ») à une dépendance relative, l'environnement facilitateur évoluant d'un *holding* à un *handling* où la *présentation d'objet* s'ajoute. Le développement premier sera donc classifié en *intégration*, puis en *installation* (ou *complicité psychosomatique*) et enfin en *relation d'objet*.

Il liste également ce qu'il nomme les *angoisses disséquant primitives* pour rassembler des angoisses d'une très grande intensité, angoisses auxquelles sont associées des défenses : la désintégration se défend du retour à un stade de non-intégration, le *self-holding* lutte contre l'angoisse de « tomber à jamais », la dépersonnalisation fait face à la perte de la complicité psychosomatique, à l'échec de l'installation dans le soma, les états autistiques signent la perte de la capacité d'être en relation avec les objets...

L'insistance porte bien sur le fait que l'observation montre toujours une organisation défensive, l'angoisse disséquante sous-jacente étant impensable. La psychose par exemple n'est pas un effondrement mais une défense en générale efficace contre ce type d'angoisses.

Il était nécessaire de revenir sur ces points avant d'énoncer le propos principal de Winnicott :

« Je soutiens que la crainte clinique de l'effondrement est la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé. C'est la crainte de l'angoisse disséquante qui fut, à l'origine, responsable de l'organisation défensive que le patient affiche comme un syndrome pathologique. »<sup>428</sup>

Winnicott décrit bien la portée clinique de cette remarque, montrant les moments où certains de nos patients ont besoin qu'on leur dise que cette crainte, crainte envahissante, concerne un effondrement qui a déjà eu lieu.

---

<sup>427</sup> *Ibid.*, p.207.

<sup>428</sup> *Ibid.*, p.209.

Un bel exemple clinique est apporté par une patiente de Winnicott : M. Little. Racontant à quel point Winnicott l'a accompagnée dans sa thérapie, y compris par des interventions dans la réalité (aller la chercher à l'hôpital, prévenir son médecin...), M. Little rappelle la prudence de son analyste avec les interprétations trop oedipiennes la concernant. Elle souligne en revanche la pertinence d'une autre interprétation fournie dans le même moment de sa maladie : Winnicott lui propose de comprendre la crainte d'annihilation qu'elle ressentait si fortement comme en partie celle d'une annihilation s'étant déjà produite : « J'avais été annihilée psychiquement mais survécu corporellement et je revivais cette expérience. »<sup>429</sup>

Cette conceptualisation est aussi selon moi celle d'une expérience traumatique (on retrouve là différents aspects que j'ai déjà évoqués concernant le traumatisme : l'effondrement du contenant, le bouleversement topique, une expérience dépassant très largement la conception d'un excès d'excitation...). Elle s'accompagne d'ailleurs pour Winnicott d'une référence à un inconscient qui n'est pas celui issu du refoulement tel qu'on l'observe dans la névrose.<sup>430</sup>

C'est un inconscient en rapport avec un moi dans l'incapacité d'intégrer (« *de l'inclure* » dit Winnicott), le moi immature ne pouvant rassembler tous les éléments dans « *l'aire de l'omnipotence personnelle* ».

L'énigme tient donc au fait de savoir ce qui, du passé, tourmente encore le sujet. Winnicott y répond ainsi :

**« (...) l'épreuve initiale de l'angoisse disséquante primitive ne peut se mettre au passé si le moi n'a pu d'abord la recueillir dans l'expérience temporelle de son propre présent, et sous le contrôle omnipotent actuel (qui prend la fonction de soutien du moi auxiliaire de la mère [l'analyste]).**

**Autrement dit, le patient doit continuer de chercher le détail du passé qui n'a pas encore été éprouvé. Il le cherche dans le futur, telle est l'allure que prend sa quête.»<sup>431</sup>**

---

<sup>429</sup> Little (M.), *Des états-limites*, p. 519.

<sup>430</sup> Winnicott remarque que ce n'est pas non plus l'inconscient de Jung ni celui décrit par Freud dans son lien avec un fonctionnement neurophysiologique de la psyché.

<sup>431</sup> *Ibid.*, p.210. C'est moi qui mets en caractères gras.

On comprend bien ici pourquoi j'ai souhaité intégrer cette conception du traumatisme (à mon avis relativement proche de celle dont parle Ferenczi avec l' « impression qui n'est pas perçue ») dans les théorisations soulignant la complexité topique de cette expérience. Il est bien question de chercher dans le futur un élément du passé qui n'a pas été éprouvé.

C'est en effet une conception basée sur le paradoxe, comme l'a bien rappelé R. Roussillon. Winnicott étendra d'ailleurs son hypothèse à d'autres problématiques défensives dans le champ psychotique ou des cas limites : se tuer pour ne pas être annihilé, organiser le vide en ne mangeant ou n'apprenant pas (anorexie) devant la crainte du vide psychique... Dans une sorte de retournement, le sujet essaie de se confronter aux traces mnésiques d'une *agonie primitive*.

Il est aussi évident que cette modélisation insiste sur l'aspect dynamique, sur l'effort du patient (la « quête ») pour recueillir, inscrire dans l'expérience temporelle l'angoisse disséquante primitive, l'actualiser pour ensuite enfin pouvoir la mettre au passé.

Cette vérité « d'un genre bizarre » dit Winnicott, concerne bien quelque chose qui s'est bien produit dans le passé mais dont le sujet n'a pas encore « *fait l'épreuve* ». Soit le patient continue indéfiniment de craindre cela, soit il accepte cette vérité et s'engage, avec son thérapeute, à éprouver l'angoisse disséquante dans le transfert.

Dans la conception de Winnicott, ce sont les failles de l'analyste, lorsqu'elles sont supportables par le patient<sup>432</sup>, qui vont douloureusement et lentement permettre cette expérience :

*« Autrement dit, il recueille peu à peu la faillite originelle de l'environnement facilitateur dans l'aire de son omnipotence et dans l'expérience de l'omnipotence propre à l'état de dépendance (fait transférentiel) ».*<sup>433</sup>

Winnicott insiste pour rappeler que beaucoup d'analyses se font « pour rien », dans une certaine connivence entre thérapeute et patient où les avancées n'en sont pas, où la psychose ne se dévoile pas, où l'on remet à plus tard la fin du drame. Pour lui, il n'y a pas de fin thérapeutique sans que « l'on n'ait touché le fond », sans également avoir « fait l'épreuve

---

<sup>432</sup> Quand elles sont « à dose raisonnable », quand il peut « *se débrouiller avec ses erreurs* » dit Winnicott.

<sup>433</sup> *Ibid.*, p.210.

de la chose redoutée ». L'effondrement peut être une des conditions de la réussite thérapeutique, cela suppose cependant la *compréhension* du thérapeute et *l'insight* du patient.

L'effondrement dont il est question peut tout à fait être très précoce (dans les débuts de la vie) et Winnicott en souligne très bien le paradoxe et l'incidence clinique :

*« Le patient doit s'en « souvenir », mais il n'est pas possible de se souvenir de quelque chose qui n'a pas encore eu lieu, et cette chose du passé n'a pas encore eu lieu parce que le patient n'était pas là pour que ça ait lieu en lui. Dans ce cas, la seule façon de se souvenir est que le patient fasse pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée. Cette chose passée et à venir devient alors une question d'ici et maintenant, éprouvée pour la première fois. C'est l'équivalent de la remémoration, et ce dénouement est l'équivalent de la levée de refoulement qui survient dans l'analyse des patients névrosés (...). »<sup>434</sup>*

Cette théorisation et cette clinique du traumatisme (que Winnicott ne présente pas comme telle) est d'une grande pertinence et, sous une formulation assez simple, cache une réelle complexité rendant compte à mon sens de la complexité de l'expérience traumatique.

Elle est aussi très novatrice en pensant le traumatisme comme venant de l'effondrement en la croyance en un environnement prévisible.

Elle insiste sur une économie psychique particulière qui n'est pas névrotique, elle souligne la complexité des temps traumatiques, elle rappelle que le « rien » peut être traumatique (la chose non éprouvée), n'oublie pas les défenses du sujet tout en ne les confondant pas avec le traumatisme lui-même, insiste enfin sur l'effort du sujet et la solution transférentielle.

Cette théorisation, d'évidence, est issue et parle de la clinique (Winnicott se souvient ainsi de sa patiente schizophrène venue le voir avant de se suicider et lui demandant de l'aider à le faire « pour la bonne raison », il comprendra plus tard qu'il aurait pu lui formuler qu'elle était déjà morte, morte dans sa petite enfance).

J'insiste absolument pour rappeler que la crainte de l'effondrement n'est pas présentée par Winnicott comme une conception du traumatisme. Je l'entends cependant comme telle, sans doute parce que certains auteurs comme Ferenczi, Winnicott évidemment, mais aussi

---

<sup>434</sup> *Ibid.*, p.212.

tous ceux travaillant autour des « *traumatismes perdus* » (R.Roussillon), de l'expérience traumatique comme effondrement des contenants interne et externe (C.Garland) ou comme une expérience de négativité (A. Green), d'une « béance » (C. et S. Botella) ont ouvert la voie à un traumatisme non réductible à un fait ou un événement, fut-il psychique. **Un traumatisme en rapport avec le vide, la mort, le rien, la non-existence, la béance, un bouleversement topique, une recherche de forme.**

Parlant des sujets concernés par une expérience de vide (cette expérience pouvant se saisir avec le concept de crainte de l'effondrement) et rappelant la nécessité de remonter à un passé précédant la maturité du sujet pour en faire l'épreuve, Winnicott ajoute :

*« 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. A l'époque, le patient ne savait pas ce qui aurait pu se produire et, donc, tout ce à quoi se ramenait son expérience était de remarquer que quelque chose aurait pu être. »<sup>435</sup>*

Cette citation, qui semblerait placer la conception winnicottienne de la crainte de l'effondrement hors du champ traumatique, est en effet une belle définition du traumatisme lui-même, concordante avec toutes les observations des cliniciens (je pense par exemple aux magnifiques descriptions d'états traumatiques par Ferenczi). Peut-être pourrais-je penser que le traumatisme auquel fait référence Winnicott dans cette citation est entendu comme le fait ou l'événement s'étant produit, ayant effracté la psyché. On sait aujourd'hui, sans doute en partie grâce à Winnicott, que le traumatisme peut aussi être ce qui ne s'est pas produit.

Winnicott, comme souvent, donne aussi de précieux conseils aux praticiens. Il rappelle ainsi que certains analystes à « la morale analytique rigide » ne leur autorisant pas certaines choses (toucher le patient par exemple) passent à côté d'éléments cliniques importants. Il signale ainsi que ces derniers ne savent jamais ceci :

---

<sup>435</sup> *Ibid.*, p.214

« C'est que l'analyste a une petite crispation chaque fois qu'il s'endort un instant ou même laisse son esprit vagabonder (et cela peut arriver) dans un fantasme personnel. Cette crispation est l'équivalent d'une défaillance du *holding* dans le vocabulaire de la relation mère-enfant. L'esprit a laissé tomber le patient. »<sup>436</sup>

Winnicott s'est évidemment beaucoup intéressé à la communication entre le bébé et sa mère, y compris aux phénomènes très corporels comme les battements du cœur, la respiration, la chaleur du souffle, les légers mouvements indiquant la nécessité de changer de position.

Ce qu'il qualifie de « techniques primitives » d'où va dériver la communication aboutit à des interactions « encore plus primitives », « fondamentales » et « silencieuses ». Pour Winnicott « (...) la communication ne devient bruyante que lorsqu'elle échoue. »<sup>437</sup> On pourrait aussi se rappeler qu'il n'est point besoin pour le thérapeute de parler plus fort que le patient, que certains silences sont épais, que certaines interprétations sont parfois beaucoup trop bruyantes.

Dans son sens le plus étendu, le « *holding* » concerne tout ce qu'une mère fait en prenant soin physiquement de son bébé (y compris lorsqu'elle le pose, moment où le bébé expérimente un *holding* avec des matériaux non-humains mais convenables). Dans ce *holding* la mère s'identifie (temporairement) au bébé, sachant sans le savoir ce qui est bon pour lui. Cette communication « silencieuse » est fiable et préserve ainsi le bébé de *réactions automatiques* aux empiètements issus de l'extérieur,

« (...) réactions qui rompent la ligne de vie du nourrisson et constituent des traumatismes. Un traumatisme est ce contre quoi un individu n'a pas de défense organisée, de sorte que s'instaure un état confusionnel suivi peut-être d'une réorganisation des défenses – défenses d'un type plus primitif que celles qui étaient suffisantes avant l'apparition du traumatisme. »<sup>438</sup>

Pour Winnicott, l'observation clinique du nourrisson dans le *holding* permet de conclure à une communication soit silencieuse (et fiable) soit traumatique (susitant une anxiété impensable ou archaïque). On aurait donc ainsi deux « catégories » de nourrissons :

---

<sup>436</sup> Winnicott (D.W.), « Entre la mère et l'infans : expérience de l'échange », p.185.

<sup>437</sup> *Ibid.*, p.187.

<sup>438</sup> *Ibid.*, p.188. Winnicott remarque que Masud Khan (1964) a aussi exposé cet aspect du traumatisme.



- Ceux que l'on n'a pas « laissé tomber » de façon significative dans l'enfance, qui ont confiance en la fiabilité et pourront ainsi prendre des risques, avancer et reculer, aller vers l' « indépendance ».
- Ceux que l'on a « laissé tomber » significativement (en principe en relation avec un état psychopathologique de l'environnement maternel). Ces enfants ont connu une expérience impensable (ou archaïque), connaissent la terreur d'être dans un état de confusion extrême avec l'angoisse disséquant (agony) de la désintégration.

Ils savent ce que c'est d'être lâchés, de « tomber à jamais », de se sentir clivés dans une dissociation psychosomatique :

*« En d'autres termes, ils ont l'expérience du traumatisme et leur personnalité doit se construire autour de la réorganisation des défenses qui suivent les traumatismes, ces défenses conservant nécessairement des traits primitifs tels que le clivage de la personnalité. »<sup>439</sup>*

La crainte de l'effondrement est une modélisation très heuristique d'un certain type de traumatisme, ou plutôt d'une certaine approche du traumatisme. On reconnaît sa valeur dans la pratique clinique où, quelquefois, certains patients la formule presque telle que Winnicott l'a fait. Quand ce n'est pas le cas, les aspects transféro-contre-transférentiels en sont un mode de lecture.

Claude Balier y fait même référence à propos des secrets de famille, s'en servant par exemple pour aider à la réponse d'une question telle que : « Comment comprendre que tel violeur est le petit-fils d'une femme violée, dont on a caché le viol par un mariage précipité tout à fait honorable? »<sup>440</sup> L'épaisseur de cette transmission ne permettant pas de croire à des coïncidences, il propose d'en résumer le contenu ainsi :

*« Il y a quelque chose de terrible qui m'est arrivé que tu ne dois pas savoir. » Ce qui revient à souligner un événement traumatique dont on ne dit rien : « Il est arrivé quelque chose mais ça n'est pas arrivé » ; j'ai nommé le déni de réalité, qui fait étrangement écho à « c'est moi et pourtant c'est pas moi ». »<sup>441</sup>*

---

<sup>439</sup> *Ibid.*, p.189.

<sup>440</sup> Balier C.), *La violence en abyme*, p.15.

<sup>441</sup> *Ibid.*

Ce qui ne peut s'inscrire dans une histoire (et qui a à voir avec le viol et la mort) reste actuel et hérité, précédant le sujet : « « Ca », c'est ce que le petit-fils a agi, qui avait été vécu par la grand-mère come une mort psychique. »<sup>442</sup>

Au-delà d'un modèle de transmission lisible avec la théorisation férenczienne de l'identification à l'agresseur et l'idée du recours à l'acte (C. Balier), on trouve bien dans ce type de formulation une déclinaison de la crainte d'effondrement winnicottienne que je résumerai ainsi: « Ce qui ne s'est déjà pas passé pour un autre s'est encore moins produit pour toi. » Autrement dit, « ta grand-mère n'a pas pu se représenter ce qui lui arrivait quand elle a été violée, c'est encore plus difficile pour toi. »

On reconnaît aussi la valeur de la Crainte d'effondrement en ce qu'elle suppose de repenser, comme l'avait déjà proposé Freud, nos modèles thérapeutiques et interprétatifs. Le modèle de l'abréaction par exemple est tout à fait inopérant pour approcher cette forme traumatique en creux. De même, il faudra penser un dispositif où la contenance sera suffisante pour permettre au sujet d'éprouver cet effondrement. Enfin, l'interprétation doit en partie se réfléchir autrement (ne serait-ce déjà qu'en pensant que contenir en est peut-être le premier temps de l'interprétation), notamment avec le modèle freudien de la *construction*.

Cet effondrement est assez proche de ce que Ferenczi nommait « l'anéantissement du sentiment de soi ». Peut-être pourrais-je aussi le rapprocher des « blessures précoces faites au moi (blessures narcissiques) » dont parle Freud qui remarque que la « perte d'amour » peut porter un préjudice durable, restant en tant que cicatrice narcissique<sup>443</sup>. Du point de vue de l'économie traumatique, ce qui a déjà eu lieu sans être éprouvé pourrait bien renvoyer aux impressions de désinvestissement massif du sujet par l'être aimé :

*« Le fondement négatif du trauma infantile résiderait, en somme, dans l'impossibilité de l'enfant de se représenter non investi par l'objet de désir ; dans l'irreprésentable de sa propre absence dans le regard de celui-ci. »<sup>444</sup>*

Cette conception du traumatisme serait d'ailleurs alors parfaitement lisible avec la modélisation des noyaux froid et chaud du traumatisme décrit par C. Janin (l'agression

---

<sup>442</sup> *Ibid.*

<sup>443</sup> Conception exposée dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud ajoutant l'échec à la perte d'amour.

<sup>444</sup> Botella (C. et S.), « Sur le processus analytique : du perceptif aux causalités psychiques » ,p.359.

sexuelle étant le noyau chaud, l'irreprésentable de l'absence du sujet dans le regard de l'être aimé en devenant le noyau froid).

Pour finir, c'est toute la question du transfert qui est engagée : **le transfert est-il à chaque fois une représentation de ce qui s'est passé ou une occasion pour le sujet (comme l'avait pressenti Ferenczi) de présenter dans l'espace thérapeutique une expérience qui n'a jamais réellement été présentée à la psyché ?**

Il me semble impossible de concevoir un traumatisme qui ne se référerait pas au négatif. Ainsi, même si jusque dans *Analyse avec fin et analyse sans fin*, Freud affirmera le caractère sexuel du trauma, il envisagera clairement dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* les *effets négatifs* du traumatisme. Ferenczi a davantage insisté sur la possibilité d'un trauma en rapport avec ce qui n'a pas eu lieu, avec les carences de l'objet primaire. Pour lui, l'absence de réponse de cet objet pouvait créer des zones traumatiques, comme on peut le lire dans son article posthume de 1934 « Réflexions sur le traumatisme » où il remarque qu'aucune trace mnésique ne reste « même dans l'inconscient, de sorte que les origines de la commotion sont inaccessibles par la mémoire ».

Les traumas ainsi évoqués par Freud et Ferenczi ne sont pas ceux modélisés par le traumatisme de guerre, ils ne répondent pas non plus au modèle de l'après-coup, ne se lisent pas avec la dynamique du refoulement, ouvrent sur le pôle hallucinatoire et se caractérisent par la non-liaison, la non-représentation (C. et S. Botellà).

Ferenczi et plus tard Winnicott se sont référés à ce qui avait déjà eu lieu mais sans que la psyché du sujet puisse se l'approprier. A leur suite, C. et S. Botella, A. Green ou R. Roussillon ont accordé une nouvelle importance aux traumatismes très précoces caractérisés par une non-liaison ou un non-advenu, une béance.

**La complexité topique de ces dernières conceptions, rompant notamment la traditionnelle opposition perception/représentation, laisse envisager une psyché marquée traumatiquement par une expérience vide de contenus.**

On comprend bien que le modèle de l'élaboration de la Crainte de l'effondrement dépasse vraiment une remémoration puisqu'il s'agit d'une expérience vécue avant qu'elle puisse être réellement reconnue par le sujet. Les entretiens sont aussi l'espace-temps où peuvent se vivre les défaillances de l'environnement, vivre dans l'actuel ce qu'il n'a pas encore vécu dans le passé.

Les thérapies de patients victimes de traumatismes importants sont remplies d'histoires de séparations, de pertes, de manques, de vide ou de « non-advenu », ici encore plus qu'ailleurs.

Il est souvent vain et néfaste de vouloir en positiver les contenus par une représentation d'un événement réel supposé être l'événement traumatique (il m'arrive d'ailleurs fréquemment de le dire aux patients, plus simplement bien entendu).

J'insiste, ceci même dans le cas où le traumatisme réel est avéré, gravissime et qu'il relève d'un crime reconnu et puni par la loi pénale. J'insiste encore, il ne s'agit pas de dédaigner l'événement et de l'interpréter sous forme de fantasme, je crois avoir été suffisamment clair sur ce point.

Il est seulement question, avant tout, de ne pas simplifier la causalité traumatique, de ne pas en réduire le déploiement et surtout de ne pas transformer les aspects négatifs de l'événement traumatique en positivant son contenu :

« On est bien là en présence d'une *métapsychologie* négative qui implique de dépositiver les contenus spatiaux de repérage topique et de rendre paradoxal le temps grâce auquel le concept est techniquement reconnu. Autrement dit, ce qui compte principalement c'est que l'analyste invente ici *une topique temporelle paradoxale* qui vaille comme construction technique opératoire : s'il cherche, en écoutant le patient, à conférer un contenu positif à l'effondrement ou au vide, il est de fait porté à se représenter un traumatisme localisé dans une zone psychique déterminée et temporellement réalisé dans un passé ancien de la vie –ce qui ne manque pas de conduire à une impasse thérapeutique. Si, par contre, son écoute est réglée sur l'insistance répétitive de la menace en instance, comme suspendue dans son imminence, il entend le *déjà eu lieu-nulle part-jamais* et c'est la menace de l'imminence à venir qui donne pouvoir métaphorique à l'effondrement ou au vide. »<sup>445</sup>

---

<sup>445</sup> Fedida (P.), *L'absence*, p.309.

**Mon schéma topique espère bien tenir compte de ce « déjà eu lieu-nulle part-jamais » et rend aussi compte d'une certaine dépositivation des contenus spatiaux dans une topique atopique et atemporelle. C'est le jeu de la forme dans cette topique paradoxale qui permettra de lire à la fois l'inscription (plus ou moins stable) des éléments de l'expérience traumatique et de son déploiement.**

En visitant les différentes théorisations du traumatisme, j'ai essayé de regrouper les modélisations en sept grands pôles. La pensée sur le trauma a d'abord été médicale avant d'être élaborée en termes économiques et topiques.

Les premières théorisations freudiennes ont mis l'accent, je l'ai maintes fois répété, sur l'excès d'excitation mais aussi sur l'idée de vider la poche traumatique, il faut alors « faire sortir » ; M. Schneider note la surabondance des *aus* (le « hors » en allemand, l'équivalent de notre *ex* en latin) dans le champ lexical freudien : aussprechen, ausweinen...). Aussi insuffisante que peut être cette conception du traumatisme dans la clinique qui m'occupe dans cette thèse, il faut déjà reconnaître un changement important face à la psychiatrie d'autrefois, empreinte de la défectologie. Pour Freud il n'y a pas un handicap, il y a quelque chose d'enfoui à découvrir et à expulser.

On peut revenir très synthétiquement sur l'apport férenczien également à travers le champ lexical utilisé : les métaphores concernent la violence du *reisen* (arracher) et du *wegwerfen* (jeter au loin). Il s'agit pour Ferenczi de mutilation plus que d'enfouissement : c'est l'*autotomie*, la destruction d'une partie de soi, qui permet la survie. L'autodestruction est préférée à la souffrance sourde et muette et la destruction concerne d'abord la conscience : en la détruisant le sujet détruit son unité, il est désorienté psychiquement et même corporellement. Je trouve d'ailleurs sur ce point chez P. Marty et son étude des désorganisations du sujet (y compris somatiques) une parenté avec la pensée férenczienne.

Chez Ferenczi, c'est l'atomisation plutôt que l'enfouissement ou le refoulement qui sauve le sujet devant l'expérience traumatique, les fragments souffrent en lieu et place du corps et de la psyché toute entière.

Dans le sens freudien, le traumatisme n'est jamais réduit à un événement, une factualité. Il est aussi par exemple question d'impressions précoces oubliées et Freud comme Ferenczi iront jusqu'à des spéculations phylogénétiques quelque peu hasardeuses, des « fantaisies scientifiques », pour construire de puissants traumas préhistoriques aidant à rendre compte de cette complexité.

On doit à ces différentes approches de n'avoir jamais renoncé à saisir la complexité de l'expérience traumatique. Ce sont aussi les auteurs allant le plus franchement dans la densité du trauma qui ont laissé dans leur œuvre les pistes ouvrant à son élaboration. Il me semble impossible de ne pas lier la réflexion sur les effets traumatiques à celle concernant leur possibilité de résolution. Encore une fois, Freud et Ferenczi avaient bien compris cela, proposant dans leur œuvre respective des « solutions » au traumatique. Je pense par exemple à la fonction *traumatolytique* du rêve selon Ferenczi, se caractérisant par le retour d'impressions traumatiques, de nature sensorielle, non élaborées mais qui aspirent à leur résolution. Le rêve traumatique peut aussi être entendu dans sa double fonction de répétition traumatique et d'ultime recours.

Penser l'expérience traumatique suppose de le faire en liaison avec la façon de l'organiser. D'une certaine façon, il est absolument nécessaire de laisser se déployer le champ du traumatique hors d'un rapport événementiel et de causalité.

Ce déploiement passe sans aucun doute par le rapport qu'entretient le thérapeute avec ses propres traumatismes, ses propres théories du traumatisme (R. Roussillon) et donc évidemment à tout le champ contre-transférentiel, ici encore plus qu'ailleurs :

*« (...) la question de la ou des théories du traumatisme ouvre à ce que j'ai appelé « les théories sexuelles infantiles du traumatisme » pour lesquelles je propose le nom générique de neurotica. Nos propres « théories » du traumatisme quelque élaborées et épistémologiquement cohérentes qu'elles soient ne peuvent négliger la question de leur immanquable infiltration par nos propres théories sexuelles infantiles du traumatisme. »<sup>446</sup>*

---

<sup>446</sup> Roussillon (R.), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, p.184.

Celles-ci, si l'on peut toujours en avoir quelques représentations, demeurent aussi en partie énigmatiques. Mais l'énigmatique, beaucoup plus que la causalité, reflète très bien le champ du traumatisme.

On trouve aussi, assez curieusement, dans la pensée moderne de la « catastrophe » telle que R. Thom a pu l'aborder, une façon « dynamique » de poser la question du traumatisme.

On peut concevoir la catastrophe comme un passage brutal d'un système ou d'un état à un autre. Ce concept, issu de la physique moderne, pourrait bien intéresser le propos du clinicien, en admettant que ce passage brutal d'un état à l'autre n'est pas le seul fait d'un agent perturbateur extérieur mais pourrait aussi tenir de propriétés propres à l'état initial du système (théorie du chaos déterministe) comprenant déjà des mouvements internes d'équilibres et de déséquilibres. Dans le dernier chapitre de cette thèse, chapitre présentant le dispositif en double écoute, je parlerai plus longuement des « attracteurs étranges » issus de cette théorie du chaos, objets étranges de nature fractale et interrogeant la question de la mise en forme d'une expérience chaotique, traumatique pourrais-je dire.

Cette théorie, comme l'observe B. Golse<sup>447</sup>, pose la question du traumatisme organisateur, structurant (une « crise mutative ») et dépassant la valeur trop destructrice de l'expérience traumatique. Il faut absolument, et cela est bien inscrit dans les fondements de cette thèse (exposés dès son introduction), s'intéresser aux capacités d'auto-organisation des systèmes vivants, à leur propres possibilités de résolution, à leurs « solutions » au traumatique.

---

<sup>447</sup> Golse (B.), *Du corps à la pensée*, p.104.

## 2-2 Les modèles les plus dynamiques de l'expérience et leurs issues traumatiques

Il m'a semblé important de revenir un temps sur ces modélisations en insistant sur celles qui sont au plus proche des aspects potentiellement organisables voire organisateurs du traumatisme, au plus proche du processus. Le titre de cette thèse comporte son esprit : la psychopathologie ne peut faire l'impasse sur ce qui manifeste les efforts parfois désespérés des sujets pour organiser leur monde interne.

Le traumatisme lui-même n'est pas que désastre ou forclusion, atomisation ou effondrement. Il n'est pas seulement un état (c'est bien ce que je peux reprocher aux conceptions comme l'Etat de Stress Post Traumatique qui n'envisagent jamais les aspects psychodynamiques) mais aussi un processus. Il porte aussi, sur son autre face, une dynamique dépassant de loin la simple répétition.

Il suppose l'effort du sujet pour l'organiser, il déploie une forme à condition qu'on lui offre les conditions intersubjectives nécessaires pour le faire. Il échoïse quelque chose de la déformation de la psyché qui l'a subi et nécessite que cet écho trouve place et prenne à son tour forme dans l'intersubjectif, sans quoi il se perd dans l'espace.

Freud a étudié nombre de processus de liaison antitraumatique employés dans l'urgence par le sujet face au traumatisme : le pare-excitation en est un, comme les contre-investissements, le fétiche, les processus d'identification. Si, dans le travail thérapeutique, le patient doit souvent lâcher peu à peu les défenses « narcissiques » (R. Roussillon) mises en place devant le trauma, le thérapeute doit simultanément aider le patient à reconstruire la zone des traumatismes primaires. Cette conception du soin rappelée par R. Roussillon<sup>448</sup> rejoint la modélisation freudienne des *Constructions dans l'analyse*.

---

<sup>448</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.13.



L'étymologie du mot traumatique est instructive, son sens premier notamment : emprunté dès 1549 au bas latin *traumaticus* signifiant « bon pour les blessures », on utilisait ce vocable pour désigner ce qui soignait.

F. Marty<sup>449</sup> rappelle qu'on retrouve dans l'étymologie de traumatisme le double sens d'effraction et de remède que Freud repère dans ces deux premiers points : « Traumatikos » en grec tardif signifie « qui concerne les blessures », qui donnera en bas latin « Traumaticus » (efficace contre les blessures). Traumatikos dérive aussi cependant de « Trauma » signifiant blessure, désastre, dérouté (repris par les médecins au XVI<sup>ème</sup> siècle).

F. Brette<sup>450</sup> rappelle elle aussi la double polarité de chaque expérience traumatique à laquelle je tiens dans cette thèse, double polarité exposée par Freud (qui distinguait les effets positifs et négatifs du traumatisme).

Le traumatisme cherche donc aussi des issues, des solutions en même temps qu'il signe leurs échecs. Ce sont maintenant ces issues que je vais tenter d'explorer. Je m'attacherai à développer celles qui me semblent les plus dynamiques, qui offrent au sujet le plus de chance de présenter et saisir l'expérience subjective, de reprendre le « travail de maintenance » (R.Roussillon).

Il est donc évident que je ne traiterai pas les « solutions » de décharge ou de désorganisation somatique par exemple qui offrent peu de possibilités de reprise de l'expérience si ce n'est par les symptômes qu'elles proposent. Je m'intéresserai en revanche à des issues parfois plus radicales mais qui pourtant laissent envisager une « prise » sur le traumatisme. On s'étonnera donc peut-être de trouver parmi les voies jugées plus dynamiques des aspects le plus souvent décrits par la psychopathologie comme les plus archaïques et les plus radicaux, utilisés par exemple assez massivement dans les pathologies autistiques ou psychotiques, comme l'hallucination ou le gel des affects.

Malgré la contrainte de répétition, les amputations ou les clivages provoqués, il y aurait donc des effets traumatiques pouvant être repris, analysés et élaborés. L'expérience traumatique porterait en elle-même ce potentiel.

---

<sup>449</sup> Marty (F.), *Figures et traitements du traumatisme*, p.11.

<sup>450</sup> Brette (F.), « Le traumatique : effets positifs et organisateurs », *in* *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, p.69.

Tout ne peut pas être repris, évidemment, de la lutte de la psyché contre les effets traumatiques. Bien sûr, tout ce qui tend à l'organiser est anti-traumatique. Les processus de symbolisation en font partie intégrante, et je ne peux ici en rendre compte totalement. Je souhaite seulement mettre en évidence les solutions au trauma inventées par l'appareil psychique individuel (y compris parfois les plus radicales) face à une situation réellement traumatique (je ne parlerai donc pas ici des micro-traumatismes constitutifs de la vie psychique et de leurs aléas).

Ainsi, le « trouvé-crée » (Winnicott) est d'évidence un processus anti-traumatique, permettant par exemple, même dans l'urgence, d'inventer une causalité, une « explication » pouvant donner un contenu représentationnel au négatif traumatique (« C'est à cause de papa » rend supportable le retrait d'amour maternel).

On pourrait dire la même chose de la représentation de la castration : mieux vaut l'absence de pénis que le vide narcissique laissé par le désinvestissement de l'objet. Tous les fantasmes originaires, en fait, bien qu'aux effets potentiellement traumatiques, ont une valeur anti-traumatique, protégeant l'existence du sujet, incitant à une dialectique sujet/objet. La castration, la séduction et la scène primitive sont élaborables et donc à mon avis pas réellement traumatiques. Ils sont des solutions angoissantes mais structurantes trouvées par le sujet face à des traumatismes « ordinaires », obligés et participant à son développement.

Ce que je vais développer maintenant relève il me semble plus nettement du traumatique. On trouve chez Freud, notamment dans sa modélisation de l'angoisse, une approche laissant penser à ce double aspect traumatique/anti-traumatique.

Ainsi, Freud tient à appeler *traumatique* la *Hilflosigkeit*, le vécu d'être démuné ; il veut isoler le traumatisme de la situation de danger : l'attente relative à l'angoisse relève d'une situation de danger, mais son indétermination et son absence d'objet reviennent à la situation traumatique, anticipée dans la situation de danger. L'angoisse est donc double et contient à la fois l'idée du traumatisme mais aussi d'une façon de l'amortir, de l'anticiper, voire de l'éviter ; bref, elle est à la fois effet du traumatique et solution au traumatique. L'angoisse signal vaut appel à résolution.

C'est bien dans *Inhibition, Symptôme et Angoisse* que Freud évoquera l'idée que le trauma possède une vertu défensive en mettant le moi en alerte avec le signal d'angoisse, poursuivant dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* sa recherche des effets positifs du

traumatisme. Il serait injuste de réduire les théorisations freudiennes à la causalité traumatique, dont Freud se détourne un peu dans la fin de ses travaux pour envisager la dynamique du traumatisme.

Entre le pessimisme de Freud culminant en 1937 dans *Analyse terminée et analyse interminable* et la position de Ferenczi, pensant que le trauma devait pouvoir guérir sans même laisser de traces, je vais essayer de réfléchir à ces « solutions » au traumatique.

Le pessimisme freudien, sans doute influencé par sa fin de vie (la vieillesse, son cancer, la mort d'Amélia, la mère en 1930...), n'est néanmoins pas absolu. On trouve bien, concernant la résolution traumatique, des voies de dégagement :

*« Il n'y a aucun doute que l'étiologie traumatique offre à l'analyse l'occasion de loin la plus favorable. C'est seulement dans le cas à prépondérance traumatique que l'analyse réalisera ce dont elle est magistralement capable : substituer, grâce au renforcement du moi, une résolution correcte à la décision inadéquate remontant à l'âge précoce. C'est seulement en pareil cas qu'on peut parler d'une analyse définitivement terminée. »<sup>451</sup>*

Psychanalyse contemporaine, neurosciences, neurophysiologie et neurobiologie se retrouvent parfois pour penser la question du traumatisme de façon complexe et dynamique. Il est d'ailleurs intéressant d'observer le nombre de travaux de doctorants s'inspirant de sciences dont l'épistémologie d'origine les faisait autrefois s'en éloigner de façon quasiment phobique.

Le danger méthodologique serait sans doute d'aller chercher dans ses travaux scientifiques seulement ce qui viendrait alimenter, nourrir le propos psychanalytique. S'il faut évidemment regarder ce qui pourrait en apporter la contradiction, ou pour le moins une certaine conflictualité, on ne peut évidemment s'empêcher de mettre en relief certains points de rencontres de ces épistémologies, concernant notamment la question du traumatique.

S.R. Palombo par exemple<sup>452</sup>, analysant les rêves post-traumatiques ne pouvant élaborer le traumatisme, montre à quel point les travaux cognitivistes, neurobiologiques et psychanalytiques se rejoignent.<sup>453</sup> Selon cette hypothèse, le rêve ferait un travail de connexion associative permettant de lier les traces déjà inscrites, cela pour consolider les restes diurnes.

---

<sup>451</sup> Freud (S.), « Analyse terminée et analyse interminable », p.235-236.

<sup>452</sup> Cit. in par Golse (B.), *Du corps à la pensée*.

<sup>453</sup> Palombo (S.R.), 1976, *Le rêve et le cycle de la mémoire*, cit. in Golse (B.), *Ibid.*, p.105.

Comme le rêveur, le rêve travaillerait par association, en intégrant et codant des restes diurnes au réseau épistémique, cet encodage et cette liaison se faisant « (...) précisément sur les nœuds des traces mnésiques les plus anciennes et les plus stables. »<sup>454</sup>

Selon Palombo, la figurabilité par l'image serait liée à l'activité de l'hémisphère droit qui fonctionne sur un mode plus analogique que digital. Je retrouve dans ces propositions quelques liens très intéressants avec ma propre recherche, concernant notamment **un mode de traitement du traumatisme lié à une activité analogique** (on se réfèrera à mon chapitre sur les signifiants analogiques, en référence notamment au travail de G. Rosolato) ; on y retrouve également l'idée d'un traitement de l'expérience à l'endroit exact où se nouent les traces de l'expérience. **Cette observation est fondamentale et à la base de mon modèle topique, fondé sur les zones de pli d'un ruban, zones cristallisant et attractant le jeu de la forme de l'expérience traumatique.**

Sans chercher à tout prix une vérification neurobiologique de cette hypothèse, on remarque aussi que les rêves dans la névrose traumatique ne réussiraient pas à liquider (ou élaborer) l'expérience traumatisante peut-être parce qu'ils rappellent avec une trop grande précision le souvenir traumatique, privilégiant le rapport du réel au détriment de l'associativité. On retrouve là un des points sur lesquels j'ai déjà beaucoup insisté, à savoir l'intérêt de ne pas fonder les thérapies de patients traumatisés sur une technique insistant sur le rappel des faits.

D'après S.R. Palombo, la fixation des restes diurnes sur les nœuds des traces mnésiques infantiles se ferait **selon une superposition d'images et une recherche d'analogies ou d'isomorphies**. Dès lors, si le reste diurne est trop fixé sur l'événement, trop précis,

*« (...) aucun encodage ne peut avoir lieu par défaut d'approximation suffisante (...) et le rêve ne parvient pas alors à désactiver les souvenirs de la scène traumatique en les faisant passer d'une mémoire procédurale à une mémoire déclarative, concepts auxquels se réfère beaucoup un auteur comme D. Widlöcher. »<sup>455</sup>*

On verra plus loin dans la présentation de **mon modèle d'une topique de l'expérience traumatique** qu'il est lui-même construit sur ce principe d'isomorphie et de superposition, la topologie étant la référence à sa construction.

---

<sup>454</sup> *Ibid.*, p.105.

<sup>455</sup> *Ibid.*, p.106.

Je l'ai déjà dit, la clinique contemporaine s'attache de plus en plus à insister sur les aspects potentiellement organisateurs du traumatisme, de la même façon qu'elle envisage par exemple le versant potentiellement symboligène des passages par l'acte (C. Ballier).

C. Janin par exemple, s'il parle d'un *traumatisme sans fin* où la force l'emporte sur le sens, où le déploiement de l'expérience est interrompu, évoque aussi un *traumatisme avec fin* protégeant les anciens refoulements en leur ajoutant du sens, liant la pulsion dans un après-coup. Pour cela, c'est-à-dire pour que les aspects positifs du traumatisme puissent se développer, le jeu du refoulement et du souvenir attribue au trauma un sens sexuel en permettant la symbolisation. Le sujet peut alors s'en défendre et donc s'appropriier le trauma, introduisant l'événement dans son histoire :

« Dans tout cela, il s'agit effectivement, comme l'indique l'auteur des *Figures et destins du traumatisme*, de « transformer du traumatique en quelque chose de sexuel », c'est-à-dire de « construire du trauma pour l'histoire ». <sup>456</sup>

Je ne pourrai que suivre C. Janin dans cette idée de considérer les effets positifs *et* négatifs du trauma, bien que mes propositions insistent moins sur une liaison par le sexuel que par un nouveau jeu de la forme de l'expérience traumatique.

C. Janin propose d'ailleurs des modalités thérapeutiques de traitement du traumatisme fondées sur un certain *jeu*, ce dernier protégeant contre le trauma aussi en raison d'une certaine parenté (le jeu de la bobine est bien maîtrise du trauma ; le jeu pourrait bien, par le plaisir pris à sa répétition, être anti-traumatique).

R. Roussillon a bien rappelé les trois solutions au traumatique développées par le sujet et explorées par Freud après 1920 :

- *Le sacrifice* : le sujet dépouille la surface de la vésicule de substance excitable des qualités du vivant pour constituer une couche pare-excitation, défense presque biologique.

Sacrifiant une partie sensible du psychisme pour sauvegarder le reste, il « (...) porte la trace de ce dont il a fallu s'amputer pour survivre à une situation clairement décrite comme traumatique. » <sup>457</sup>

---

<sup>456</sup> Le Guen (C.), Préface à Janin (C.), *Figures et destins du traumatisme*, p. 3-4.

En s'amputant, il appauvrit le reste du psychisme. Freud évoque cependant ici une véritable solution au traumatique, intéressant particulièrement ma thèse parce qu'elle permet une *localisation de l'impact traumatique* permettant la survie psychique, un peu à la manière de l'encapsulation autistique.

- *Le masochisme* : évoquée en 1925, cette solution concentre, rabat l'expérience sur le sujet et peut aussi activer une coexcitation libidinale ou sexuelle transformant l'expérience traumatique en expérience « sous le primat du principe de plaisir ». Il s'agit donc de retourner le « mauvais » de l'expérience à éviter en « bon » à reproduire.

**Là encore, sur mon modèle topique, on pourrait facilement situer la lignée de ce masochisme érogène et observer les retournements sur le ruban.** Bien entendu, la coexcitation libidinale ne fonctionne pas toujours et n'arrive pas à sauvegarder la psyché en sexualisant l'expérience traumatique.

Cette solution permet la sauvegarde du psychisme mais « tord » le Moi et suppose un sujet soumis à des objets tyranniques, vidant donc également en partie les autres secteurs de la psyché.

- *La symbolisation (dont la symbolisation primaire)* : l'issue évidemment la plus intéressante, celle qui facilite le déploiement et l'inscription de la représentation, la subjectivation des expériences, dont les expériences traumatiques.

Mais la première des solutions antitraumatiques trouvées par Freud est sans aucun doute, paradoxalement, la répétition. Dans la répétition, il y a la part pathologique, mortifère, mais aussi la part ouvrant à la symbolisation :

« Nous avons là, précisément, la structure même du symbole que Freud a maintes fois décrite à propos des représentations oniriques et aussi à propos de la conception psychanalytique du symptôme et l'on peut montrer sur tous les exemples cités par Freud (névrose traumatique, jeu du « fort-da », névrose de destinée) que la répétition compulsive est toujours répétition symbolique. »<sup>458</sup>

---

<sup>457</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.17.

<sup>458</sup> Abraham (K.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.36.

Il est bon de rappeler la répétition comme une vraie ressource psychique, un appel à symbolisation. Il est bon aussi, comme le répètent les auteurs de *L'écorce et le noyau*, de se souvenir que le traumatisme ne peut concerner que l'humain car il faut être *affectable* pour le subir.

Dernière recommandation enfin, en continuant de suivre ces « découvreurs de caveaux », il faut sans cesse dire la diversité du vivant, ses ressources et son inscription dans l'intersubjectivité. Aucun humain, aucun traumatisme n'est comparable :

*« (...) on ne court pas un risque excessif à prétendre que l'immense variété des structures vitales résulte des symbolisations ad hoc de manques et de traumatismes concrets. On comprend ainsi qu'à chaque manque et à chaque traumatisme symbolisé dans le sujet correspondent des potentialités de recombinaison et respectivement de décombinaison, formant ensemble un horizon externe, comme en miroir, du sujet, en un mot son monde vital.*

*Or, dans ce monde vital, les autres sujets issus de la duplication jouent un rôle central. »<sup>459</sup>*

C'est évidemment pour cette raison que je terminerai cette thèse par l'étude du dispositif en double écoute, dispositif thérapeutique où le déploiement de l'intersubjectivité est le fondement de l'élaboration de l'expérience traumatique.

## **2-2-1 La fixation ou l'appel à l'intersubjectivité**

Il est étonnant que Freud ait choisi un terme aussi statique que celui de **fixation** pour signifier un concept dont il décrit pourtant les aspects dynamiques. Il n'est donc pas surprenant que ce concept ait provoqué beaucoup de questionnements sur son statut

---

<sup>459</sup> *Ibid.*, p.55.

métapsychologique : du point de vue de la topique, le lieu de son inscription est complexe ; du point de vue dynamique, les remaniements en après-coup le sont également.

Il est vrai que l'idée de fixation au trauma se trouve pour Freud tout à fait associée à la contrainte de répétition (telle qu'exposée en 1920), expliquant la recherche de la reviviscence, la névrose de destinée, les aléas du transfert et la formation du caractère.<sup>460</sup> Il y a donc cependant bien une positivité dans la fixation, comme d'ailleurs dans tout symptôme, positivité à laquelle répond bien entendu la négativité des défenses, sortes de « fixations de sens contraire ».

Comme l'observe F. Marty, le traumatisme interroge l'échec du refoulement mais aussi sa tentative pour soulager l'angoisse amorcée par l'effraction : « (...) le traumatisme traduit par sa répétition même (traumatophilie) cette quête insistante. »<sup>461</sup>

Dans sa dix-huitième conférence des Conférences d'Introduction à la Psychanalyse (publiées en 1917) intitulée *Rattachement à une action traumatique-L'inconscient*, Freud dégage à partir de deux observations cliniques un invariant dans l'hypercomplexité des symptômes : la fixation, en remarquant que « (...) les névroses traumatiques sont, tout comme les névroses spontanées, fixées au moment de l'accident traumatique. »<sup>462</sup>

D'un point de vue clinique, la fixation est fondée sur l'impression que donne le patient de n'en avoir jamais terminé avec une situation, comme si le sujet était encore face à une épreuve actuelle invaincue (*unbezwungene*). Ce concept est d'importance, on notera d'ailleurs que la seule de ses vingt-huit *Conférences* comportant le terme d'*Inconscient* est celle intitulée « La fixation au trauma, l'inconscient ».

C'était une façon de rechercher comment le sens d'un symptôme était un complexe composé d'éléments de vie plus ou moins importants, d'exigences liées à l'humanité (reproduction sexuée, adaptation darwinienne...), d'éléments accidentels ou historiques. De tout cela Freud chercha un invariant : la fixation.

---

<sup>460</sup> Remarquons avec M. Dayan comme il le fait dans une note de bas de page dans *Trauma et devenir psychique*, p.31 : « Les deux exemples donnés par Freud d'« effets positifs » du trauma sont à cet égard éloquentes : 1/ Un homme ayant passé son enfance dans un attachement excessif et oublié à sa mère cherche sa vie durant une femme dont il puisse se rendre dépendant, qui le nourrisse et l'entretienne. 2/ Une fille séduite dans sa prime enfance arrange sa vie sexuelle ultérieure de manière à toujours provoquer des agressions de même sorte. C'est toujours la même histoire névrotique en deux volets, contée par Freud : à l'homme immature revient la nounou, à la femme surprise le violeur. La dissymétrie entre les sexes recoupe celle des aspects temporels contrastés des phénomènes traumatiques. »

<sup>461</sup> Marty (F.), « Traumatisme, une clinique renouvelée », p.7.

<sup>462</sup> Freud (S.), 1916, cit. in Barrois (C.), *Les névroses traumatiques*, p.50.



Pour lui, la fixation est un point qui représente la « disposition à la névrose », à l'« arrière-plan de la régression »<sup>463</sup> et, ce qui me semble particulièrement important, peut concerner soit le développement du moi, soit celui de la libido. Ce facteur le plus déterminant quand au « choix » de la névrose résulterait

*« (...) d'une phase de développement qui a été trop fortement marquée, ou qui peut-être aussi s'est maintenue trop longtemps, de manière à passer en totalité dans la phase suivante. »<sup>464</sup>*

Freud reste assez évasif, imprécis même sur ce qui constitue la fixation, il ne semble pas possible selon lui de s'en faire une représentation.

Il s'avance en revanche plus sur son origine, notant qu'elle provient autant de facteurs constitutifs que d'impressions précoces. Refusant de trancher sur la répartition, la proportion de tel ou tel facteur, il souligne leur « coopération » et même le caractère ubiquitaire de chacun, la « coïncidence agissante » des deux. Une fois encore, la phylogénèse est en arrière-plan de l'ontogénèse (Freud reconnaît d'ailleurs rejoindre sur ce point en partie le projet « prophétique » de Ferenczi), le sujet pouvant tout à fait ajouter de nouvelles dispositions aux précédentes.

Dans sa tentative de témoigner de l'histoire du développement psychique humain, Freud classe les psychonévroses dans l'ordre chronologique de leur apparition : « Hystérie d'angoisse –hystérie de conversion –démence précoce-paranoïa-mélancolie-manie »<sup>465</sup> ; il remarque que les fixations correspondantes à ces maladies s'expriment chronologiquement en sens inverse, ce qui expliquerait que la régression se fait à un stade libidinal d'autant plus précoce que la névrose apparaît tardivement (en notant que cela se vérifie « à grands traits »).

Dans cette recherche de chronologie et du « traumatisme premier », Freud revient donc à la phylogénèse : « (...) sous l'influence des privations provoquées par l'irruption de la période glaciaire, l'humanité est devenue universellement *anxieuse*. »<sup>466</sup> Dans cette hypothèse, devant la nouvelle hostilité d'un environnement autrefois satisfaisant, les nouveaux dangers extérieurs provoquent l'angoisse de réel. L'humain est menacé de mort, désinvestit en partie l'objet, retient la libido dans le moi et transforme de cette façon la libido d'objet d'autrefois en angoisse de réel.

---

<sup>463</sup> Freud (S.), « Vue d'ensemble sur les névroses de transfert », p.27.

<sup>464</sup> *Ibid.*, p.27.

<sup>465</sup> *Ibid.*, p.31.

<sup>466</sup> *Ibid.*, p.34.

Derrière l'hypothèse d'un enfant naissant avec cette « anxiété glaciaire » qui le conduit à traiter la libido insatisfaite comme un danger extérieur, un traumatisme potentiel, on pourrait lire une certaine métaphore de l'apparition du traumatique : celle d'une libido sexuelle qui, sans perdre tous ses objets, est « refroidie » brutalement, glacée par la rencontre avec un objet froid inattendu et ressenti comme menaçant. Peut-être même pourrais-je penser que, pour qu'il y ait traumatisme, il faudrait que l'enfant (ou l'humain de la période pré-glaciaire dans la métaphore) ait d'abord connu le chaud. C'est parce que la glace surprend dans une économie où les investissements d'objets se faisaient auparavant de façon relativement tempérée qu'il y a retrait (je dirais rétractation pour filer la métaphore du froid) sur le moi devant le danger et « métamorphose » de la libido d'objet d'autrefois en angoisse de réel.

Ce modèle destiné en partie pour Freud à montrer la disposition phylogénétique prédominante dans l'hystérie d'angoisse, est assez fort pour illustrer ma clinique et ma modélisation. **De la même façon que j'ai pu souligner qu'un trauma seul, ça n'existe pas », je dirais volontiers qu' « un trauma qui ne remonte pas à une époque glacée, ça n'existe pas ».**

**Dans la clinique du traumatisme sexuel, derrière le chaud apparent, l'excitation chaude du sexuel, j'ai toujours trouvé un bébé glacé à un moment ou un autre, un bébé se rétractant devant un objet primaire l'ayant brutalement refroidi. Cette observation clinique est tout à fait compatible avec le modèle topique proposé comme avec de nombreuses théorisations (C.Janin et les noyaux chaud et froid du traumatisme, l'après-coup freudien, tous les travaux abordant le traumatisme sous l'angle de la contenance...). Une clinique du traumatisme sexuel où chaud et froid s'articulent, l'un portant la trace de l'autre.**

Si je pousse un peu plus loin mon propos, pourrait-on penser qu'il ne pourrait y avoir de traumatisme sans cette « glaciation » et donc sans l'aire chaude ou tempérée qui l'a précédée ? Autrement dit, un sujet né dans le froid, qui n'aurait connu que la glace, ne pourrait pas réellement être traumatisé. Une autre définition du traumatisme serait de l'envisager comme quelque chose qui refroidit brutalement un sujet qui auparavant était soit chaud soit qui, au moins à un moment, avait été un peu réchauffé.

Cette conception du traumatisme pourrait d'abord permettre de ne pas étendre ce type d'expérience à toute la psychopathologie, garderait à ce concept sa consistance. Ainsi, on pourrait se demander si certaines formes psychopathologiques gravissimes comme un autisme très profond pourraient être entendues comme consécutives à une expérience traumatique. Je fais l'hypothèse que, pour ces sujets, il n'y a même plus de traumatisme possible.

Le sujet n'a pu se retirer, se rétracter sur le moi (qu'est-ce d'ailleurs que son moi ?), il n'a pas été « refroidi » mais il était déjà glacé. Cette hypothèse s'appuierait paradoxalement sur une conception très dynamique de l'expérience traumatique : **pour qu'il y ait traumatisme il faut qu'il y ait eu, à un moment ou un autre et même de façon très tenue, du chaud. Il faut que l'objet ait été investi et donc qu'il ait permis cet investissement. D'une certaine façon encore (serait-ce pêcher par optimisme ?), le traumatisme lui-même viserait à conserver cette trace chaude, cet investissement d'avant la glaciation ; il serait le seul dépositaire de ce qui peut le guérir.**

Dans le traitement du traumatisme sexuel, c'est là une des difficultés majeures : c'est bien lorsque les patients parviennent à réconcilier, plutôt à lier le chaud et le froid (le père chaleureux d'avant l'inceste par exemple, la mère glaciale et maltraitante mais qui donnait toujours la main pour traverser la rue) que la thérapie prend un tournant, s'engage dans un processus plus dépressif (et non moins difficile). A noter d'ailleurs que, pour Freud, l'excès relatif de libido résulte de la même prédisposition phylogénétique, moment où le trop chaud et le trop froid se rejoignent.

On retrouve dans les religions et dans le christianisme en particulier de semblables métaphores : **l'enfer n'est traumatique que parce qu'il y a le paradis perdu.** Ces thématiques foisonnent également dans les contes pour enfants : la figure de la mégère surgit toujours face à l'orpheline d'une mère tendre.

Freud revient plus tard sur la question de la fixation qu'il intègre cette fois dans une conception beaucoup plus dynamique, et même optimiste, du traumatisme. Freud formalise ainsi le développement de la névrose dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* : « Traumatisme précoce -défense- latence -éruption de la maladie névrotique- retour partiel du refoulé. »<sup>467 468</sup>

---

<sup>467</sup> Freud (S.), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, p.169.

<sup>468</sup> Cette formule sera étendue ensuite à l'espèce humaine.

Il distingue alors *deux destins du traumatique* :

*« Les effets du traumatisme sont de deux ordres, positifs et négatifs. Les premiers sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition [...] pour la faire revivre dans une relation analogue à une autre personne. On réunit ces efforts sous le nom de fixations au traumatisme et de contrainte de répétition. »<sup>469</sup>*

Cette nouveauté dans la conception freudienne du traumatisme apporte trois éléments importants soulignant les possibilités de reprise de l'expérience, éléments que je reprendrai volontiers :

- Une partie des effets traumatiques est là en tant que réactions de défense pour empêcher toute remémoration ou répétition ; **une autre partie tend à produire une « présentation » de l'expérience traumatique.**
- **Une partie du trauma est conservée à des fins de « réchauffement » psychique lors d'une rencontre thérapeutique** par exemple (comme le montrent les travaux de F.Tustin, Rosenfeld ou S.Resnik parlant d'enclaves autistiques, d'encapsulation ou de congélation).
- Ce réchauffement se ferait dans **« une relation analogue à une autre personne »**, cette idée s'articule avec ma deuxième hypothèse qui souhaite montrer la congruence entre les effets traumatiques et le dispositif en double-écoute, en lien également avec les possibilités d'accordages que ce dispositif peut faciliter. Selon moi, la « relation analogue » dont parle Freud, qui s'inscrit évidemment dans le transfert, suppose que les psychologues « rendent » au patient quelque chose de son état interne au moment du traumatisme. Ce retour serait « analogue » non pas parce qu'il restituerait parfaitement ou le plus fidèlement possible la projection du patient, mais parce que le

---

<sup>469</sup> *Ibid.*, p.163.

thérapeute entrerait en contact avec le processus traumatique (c'est peut-être le point de partage dont parle A.Ciccione et A.Ferrant).

Il reste difficile à ce moment de l'écriture d'explorer plus précisément ce contact, si ce n'est en remarquant qu'il s'agit plus selon moi d'une *analogie fonctionnelle*, d'une « connexion » avec un processus que d'un rapport structurel, que la saisie d'un contenu.

Si je reprends l'expérience traumatique de Madame Korschov, ce qui fut le plus thérapeutique n'était certainement pas d'avoir connaissance du récit de l'expérience ou d'être en contact avec les aspects psychopathiques de cette patiente ; c'était plutôt de laisser se jouer cette forme traumatique trouée, béante, d'entrer de façon « analogique » et non collée (ce qui serait une répétition traumatique) dans le processus traumatique.<sup>470</sup>

Freud a souvent rappelé que c'est dans la relation à l'autre que l'expérience traumatique devient réelle, est vécue et représentée. C'est alors que cet « Etat dans l'Etat » dont il parle (le traumatisme), cette enclave qui n'est pas plus gouvernée par « les exigences du monde réel » que par les « lois de la pensée logique » pourra s'élaborer.

Si le refoulé subit maintes transformations, il reste inchangé du point de vue de sa charge énergétique (Freud, 1915), la fixation au niveau inconscient pose la question de savoir sous quelle forme se fait cette fixation. Freud a proposé plusieurs formes : représentations de choses, traces mnésiques (vues plutôt comme des parcours que comme des formes)...

Reconnaissons avec A. Potamianou<sup>471</sup> que

---

<sup>470</sup> En anatomie, les analogues sont des organes qui ont des fonctions semblables, et parfois une ressemblance superficielle de forme, mais dont l'origine est tout à fait indépendante (ailes des insectes, des chauves-souris et des oiseaux, foie des crustacés, des mollusques ou des vertébrés par exemple). La *théorie des analogues* en anatomie repère les parties analogues des divers organismes. Elle repose sur la théorie de l'unité de plan de composition émise par E. Geoffroy Saint-Hilaire : un organe peut subir des transformations de forme, de structure, mais les rapports, les connexions ne sont pas altérés.

Les Modernes (depuis Owen, 1845) ont utilisé ce mot dans un sens un peu différent (les analogues de Geoffroy correspondent aux homologues des Modernes) : ce sont des organes de mêmes connexions, dérivés d'un ancêtre, d'un archétype commun (la main prenante de l'homme, l'aile de la chauve-souris, le pied monodactyle du cheval). Un lien de descendance relie la forme archétypique aux formes spécialisées (L.Cuénot).

Sans pousser trop loin cette parenté avec la biologie, je retiens cette coïncidence avec le rapport fonction (connexion)/forme (et déformations)/archétype (ou unité de plan) qui se trouve aussi bien en anatomie fonctionnelle que dans ma recherche : c'est parce que la forme subit des distorsions (se déforme) mais que le processus lui perdure (la fameuse connexion en biologie, le partage ou le transfert en psychanalyse) et que quelque chose d'humain (et probablement d'universel, du côté des terreurs et des angoisses primitives) peut être saisi par les thérapeutes et renvoyé au patient grâce à un « codage transmodal » (D.Stern) que l'expérience peut être déployée, contenue et symbolisée.

<sup>471</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique. Répétition et élaboration*, p.51.

*« De toutes façons ces points d'attachement du pulsionnel travaillent le psychique et déterminent son orientation, mettant en branle la contrainte de la satisfaction à retrouver. Le mouvement concerne tous les systèmes psychiques, conditionnant les élans d'amour et de haine qui cherchent leur objet, et modelant leur activité. »*

**Selon moi, et concernant l'expérience traumatique, les points de fixation de l'expérience correspondraient aux zones de plis de mon schéma topique, aux « nœuds » du ruban.** Comme pour Freud s'intéressant sur l'origine traumatique des fixations et découvrant des traces attractives (contribuant notamment à l'organisation de l'après-coup), je pense que ces zones de plis ont une force attractive.

Freud, avec sa Deuxième théorie des pulsions, reviendra sur le problème des fixations, maintenant considérées comme reliées à des lignes traumatiques traversant la sexualité infantile. Le Moi serait alors dans l'impossibilité d'élaborer l'actuel d'une autre façon que ce qu'il faisait autrefois (bien que l'ancien danger ait disparu ou soit atténué). S'il n'y a pas de contre-investissements, la libido « adhère » en quelque sorte aux fixations : « (...) la trace mnémonique qui subsiste est une bouche qui ne lâche pas sa proie (...) ».<sup>472</sup>

P. Marty a judicieusement repris la question des fixations dans une optique beaucoup plus dynamique, correspondant assez clairement à mon propos sur l'expérience traumatique. Il envisage des fixations somatiques à tous les niveaux de l'organique, qui précèdent les fixations psychiques. On retrouverait par exemple de telles fixations dans les problématiques allergiques (avec une indifférenciation primaire mère/enfant).

Dans une sorte de retour (recours ?) régressif à ces fixations, ces dernières en viendraient à prolonger et même à remplacer les fixations psychiques.

P. Marty situe clairement ce type de fixation dans un autre registre que le registre mental mais il leur trouve cependant un point commun : une position de retrait dans un mouvement de régression. Il est aussi intéressant de noter que, pour lui, ces fixations peuvent (ou pas) susciter un mouvement de réorganisation, relancer la dynamique psychique ; bref, définir le côté plus ou moins traumatique d'une expérience. Notons que A. Potamianou parle dans ce cas plutôt de « liage », l'équivalent de la fixation pour le niveau somatique, on peut ainsi garder la distinction opérée par P. Marty entre les deux registres.

---

<sup>472</sup> *Ibid.*, p.52.

M. Fain a lui aussi repris cette notion de fixation en rapport avec les éléments somatiques ; s'il considère que des manifestations comme les insomnies, coliques des premiers mois, certaines allergies, le mérycisme ou les spasmes du sanglot peuvent « préparer » les systèmes calmants en perturbant certes l'auto-érotisme hallucinatoire (et donc la psychisation de l'expérience), il y trouve cependant aussi un aspect potentiellement organisateur : cela peut aussi signifier un palier, une marque d'arrêt de la régression. En se fixant, l'expérience arrête de régresser.

La fixation pourrait bien être ainsi au cœur même des effets positifs du déploiement traumatique, ce qui pourrait sembler paradoxal (si l'on oppose trop facilement fixation et déploiement). **Il reste bien entendu à savoir quels liens entretiennent la compulsion de répétition et les différents systèmes de fixations au traumatique. Pour moi, et concernant l'expérience traumatique, ce lien se fait notamment par la forme, le déploiement de l'informité dans la psyché, déploiement dont tente de rendre compte mon schéma topique.**

## **2-2-2 La solution transférentielle**

C'est évidemment la clé de voûte de la théorie et de la méthode psychanalytiques. Le déploiement et l'organisation de l'expérience traumatique dans le transfert est en soi une issue du traumatisme. Cela peut paraître évident mais il est des évidences qu'il est nécessaire de rappeler.

Je reste en effet assez étonné, à la lecture de nombreux textes psychanalytiques, d'observer que le traumatisme reste encore souvent présenté comme sans issue, sans espoir.

Certes, l'optimiste est le plus souvent de rigueur sur la cure analytique, l'enjeu transférentiel. Mais, dans cette dynamique là, le traumatisme reste parfois encore enclavé, isolé, comme si l'énergie du transfert pouvait l'éviter. Sa valeur pathogène est bien soulignée, beaucoup plus rarement ses potentialités dynamiques et organisationnelles. Quelque chose résiste il me semble dans la pensée psychanalytique à envisager cette valeur là.

Peut-être faut-il chercher dans l'histoire de la psychanalyse une partie de l'explication : si le transfert a assez rapidement été envisagé comme un levier thérapeutique, une des conditions même du soin, le traumatisme a presque toujours été considéré comme une composante étiologique de toute pathologie. Comment penser alors que ce qui amenait le patient sur le divan pouvait aussi participer à son soin ?

La clinique contemporaine s'accorde heureusement un peu plus à observer et théoriser cette part dynamique. Les « parts de vérité » du délire paranoïaque ou de l'hallucination ont pu être décrites, il est sans doute possible d'en faire autant pour le traumatisme.

Ferenczi a très tôt compris comment l'expérience traumatique pouvait trouver sa voie dans le transfert. C'est grâce au transfert, aux sentiments positifs s'établissant avec le patient que peut se réduire le clivage, la fragmentation, l'agonie dont j'ai déjà parlé :

*« Dans le transfert, l'occasion serait donnée d'apporter la protection et le soutien qui ont manqué au moment du trauma (...). Les sentiments positifs du transfert fournissent, en quelque sorte après-coup, le contre-investissement qui n'a pas pu se constituer au moment du trauma (...). Si le trauma touche le psychisme ou le corps sans préparation, c'est-à-dire sans contre-investissement, alors il agit sur le corps et l'esprit de façon destructrice, c'est-à-dire perturbante, par fragmentation. La force, qui maintient ensemble les fragments et les éléments séparés, manque. »<sup>473</sup>*

Dans le dispositif des entretiens en double écoute la « force transférentielle » pourrait être représentée par le couple thérapeutique faisant face aux aspects fragmentés de l'expérience traumatique du patient : la forme de l'expérience, perturbée, distordue, serait présentée dans le transfert pour être jouée, dessinée. Quelque chose de l'*Hilflosigkeit*, de la détresse éprouvée par le patient excité et démuné, débordé mais ne pouvant ni décharger ni élaborer, se rejouerait ainsi dans la relation thérapeutique.

---

<sup>473</sup> Ferenczi (S.), note en date du 25 mars 1932, cit. in Bokanowsky (T.), « Entre Freud et Ferenczi : le traumatisme », p.139.



Il pourrait ainsi y avoir le risque d'une « zone traumatique commune (clivée) au patient et aux psychologues », la visée étant d'échapper à ce point aveugle (C.Janin, 1988). Cette technique, sans doute poussée un peu trop loin par Ferenczi, renforcerait la situation de séduction contre laquelle elle avait pourtant été inventée. Peut-être pourrait-on penser que les entretiens en double écoute gardent quelque chose de *l'analyse mutuelle* inventée par Ferenczi, en limitant heureusement son ampleur par le dispositif même (les deux thérapeutes limitant la séduction duelle).

Je reviendrai très largement dans le dernier chapitre de cette thèse sur cette solution transférentielle et ses modalités.

## **2-2-3 le clivage et la réanimation**

En théorisant les névroses traumatiques de guerre Freud situe l'effet traumatogène dans le clivage subjectif de l'homme-guerrier entre « moi de paix » et « moi de guerre ». <sup>474</sup> L'originalité est bien ici ; Freud situe moins le traumatique dans la menace extérieure (tenant à l'auto-conservation, c'est un danger de mort) que dans le clivage intra-psychique.

Freud explique que le sujet « tombe malade » de rencontrer face à l'ennemi ce qui s'avère le plus dangereux : son « double » interne. Le soldat est aussi interne, c'est l'instance du moi qui a peur de son héroïsme auto-détructeur plus encore que de sa lâcheté. <sup>475</sup>

Cette nuance est à souligner et montre que Freud, mais l'on s'en doutait, n'a cessé de complexifier sa vision du traumatique. L'événement est aussi interne, le traumatisme est dans la rupture opérant au sein de la psyché, dans le clivage. Cette conception se complexifie

---

<sup>474</sup> Freud (S.), « Introduction à la psychanalyse des psychonévroses de guerre », Cit. in Assoun (P-L), « La mauvaise rencontre ou l'inconscient traumatique », p.32.

<sup>475</sup> On se référera aux travaux de P-L. Assoun dans ses *Leçons psychanalytiques sur corps et symptômes*, t.1, p. 67-70 pour une analyse plus approfondie de ce mécanisme traumatique du symptôme somatique.

encore lorsque, le sujet s'exposant à la rencontre traumatique avec son double interne, crée une blessure qui compense aussi le trauma brut. :

*« Si l'on se rappelle que le trauma se marque « à l'entrée », par une élévation drastique de l'excitation externe non maîtrisable –augmentation de l'érogénéité générale du corps-, la blessure permet de lier, autour de l'endroit lésé, une partie de cette excitation. »<sup>476</sup>*

La libido se répartit donc autrement devant l' « ébranlement mécanique du trauma » (Freud).

C'est dans « le clivage du Moi dans le processus de défense » (1938) que Freud décrit métapsychologiquement les effets conjoints de deux mécanismes de défense isolant deux types de fonctionnement psychique coexistant sans s'influencer (tout au moins sur le fond) : l'un tient compte de la réalité, l'autre s'en détache par le déni (une formation psychique remplaçant la perception déniée et cachant la séparation).

Evidemment l'article sur « Le fétichisme » (1927) est central dans la construction du modèle du clivage, Freud montrant comment l'enfant, paniqué devant la perception du manque de pénis chez la femme, dénie la perception du manque et crée un substitut (le fétiche : pied, chaussure, sous-vêtement...). On sait aussi comment Freud a construit la différence entre névrose et psychose notamment sur le fait que dans la première, le Moi réprime un morceau du Ca, alors qu'il se « laisse emporter » par le Ca dans la psychose en se détachant d'un morceau de la réalité.

La lecture attentive des textes freudiens par R. Roussillon permet de voir, derrière l'apparente secondarisation de ce procédé, quelque chose de plus archaïque. Selon lui en effet, la découverte de la différence des sexes ne peut entraîner un vécu catastrophique que si se cache derrière elle un traumatisme primaire la précédant, un vécu agonistique trouvant là l'occasion de tenter de se représenter. Cette expérience trouverait une occasion de se lier à du sexuel (dans le registre d'une coexcitation libidinale) pour essayer de se représenter dans la question de la différence des sexes :

---

<sup>476</sup> Assoun (P-L.), *La mauvaise rencontre ou l'inconscient traumatique*, p.32.

« La solution « fétichique » suture ainsi le clivage antérieur qui a affecté la subjectivité, elle produit un représentant-représentatif qui lie et cicatrise le clivage, mais au prix d'un renoncement au caractère métaphorisant de la symbolisation psychique. »<sup>477</sup>

A travers l'étude des déformations du Moi, des conflits entre le Moi et le Ca<sup>478</sup> Freud va continuellement développer et complexifier le concept de clivage. Il montrera ainsi que le Moi, *dynamiquement* (et c'est bien là une solution psychique trouvée au traumatisme), se divise en sous-instances :

- 1- Le Moi qui se soumet au principe de réalité
- 2- Le nouveau monde acceptable par le Ca
- 3- Le délire, le fétiche ou la formation caractérielle qui articulent les deux « mondes ».

Une des révolutions freudiennes a sans doute été, après quatre décennies de théorisation, de reconsidérer toute sa métapsychologie en admettant que le compromis n'était plus la seule solution pour traiter un événement. Cette révolution est finalement reconnue dans son célèbre article daté de janvier 1938 « Le clivage du Moi dans le processus de défense ». Freud partira d'ailleurs de la confrontation du Moi face au traumatisme pour l'élaborer (comment par exemple un enfant peut faire comme s'il n'avait pas vu le danger de continuer à satisfaire un mouvement pulsionnel : il « déboute » la réalité et ne se laisse rien interdire mais reconnaît et assume dans le même temps ce danger, notamment avec un symptôme morbide, l'angoisse, dont il cherchera ensuite à se préserver).

Suivront ensuite les notions de « déchirure dans le Moi », déchirure inguérissable mais gardant la trace des deux réactions opposées qui « tiennent » le noyau d'un clivage du Moi.

Il faudrait aussi évidemment parler des différentes déclinaisons de ce concept freudien de clivage, des nuances, des complexifications et parfois des remaniements apportés par exemple par M. Klein (abordant la question du clivage de l'objet), M. Fain (et le Clivage de la pulsion, 1971) ou R. Roussillon (et le Clivage au Moi). Je reviendrai également très

---

<sup>477</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.30.

<sup>478</sup> Freud étudie particulièrement cette question dans *Névrose et psychose* (1924), *La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose* (1924).

précisément sur le concept de « clivage fonctionnel » dégagé par G. Gayle, très utile dans ma clinique et mes propositions de modélisation.

Il n'en reste pas moins que l'idée centrale du clivage y reste présente, ainsi que ses possibilités de traitement de l'expérience traumatique. On retiendra cependant l'usage souvent abusif de ce concept, confondant par exemple le processus de défense et son résultat (là se situant véritablement le clivage métapsychologique).

Le clivage, même structurel, est une réaction au caractère traumatique d'une situation. Cette réaction, bien que radicale, peu souple et économiquement coûteuse, est à la mesure de la menace traumatique. D'autre part, il n'est pas seulement une défense et une forme psychopathologique mais porte une ressource que je souhaite considérer comme « solution » au traumatique, bien au-delà des aspects défensifs.

Le clivage permet souvent d'éviter la désubjectivation, même au prix de mettre de côté, d'hyper-contrôler les objets. Il isole radicalement pour se défendre et, en même temps qu'il éclipse la situation et ses investissements, garantit donc leur survie dans la psyché.

Le mal se concentre en quelque sorte sur une partie de la psyché et peut alors, comme le propose P-L. Assoun, servir de support thérapeutique. La blessure offre un recours en ce qu'elle propose une zone d'attaque et de cicatrisation, le trauma, ainsi, ne contamine pas toute la psyché. En surinvestissant la zone blessée, le sujet peut éviter une organisation trop pathologique : « On comprendrait pourquoi le trauma sans blessure peut s'avérer *a contrario* spécialement pathogène. »<sup>479</sup>

Cette idée de liaison de l'excitation autour d'une partie blessée est particulièrement utile à ma modélisation. Elle est tout à fait compatible avec le fait qu'incontestablement il y a un aspect pathologique, traumatisant à cette blessure ; elle l'est aussi avec le fait que **la psyché attire le trauma autour de zones (le dessin topique que j'exposerai en rend bien compte) et que ces zones peuvent à la fois être signe de l'atteinte traumatique et du potentiel de guérison.** Finalement, comme dans le champ somatique, il vaut mieux que la douleur soit circonscrite.

Le clivage exposé devant l'impact traumatique est aussi particulièrement lisible dans la proposition **d'inscription en biface des éléments psychiques** sur le modèle de la topique

---

<sup>479</sup> *Ibid.*, p.32.

que je propose, le « double » interne du guerrier peut aisément y figurer, les forces de désintringement du traumatisme y être lisibles.

S.Ferenczi insistera constamment sur les rapports entre trauma et clivage, décrivant parfois une part exclue du souvenir traumatique qui survivrait en secret, clivée de ses possibilités de représentation et se manifestant corporellement. Devant la destruction du trauma, la psyché doit bien survivre : la pensée sidérée, le moi fragmenté, un « auto-clivage narcissique » se produit. Une partie du sujet continue de vivre et de se développer, l'autre inactivée et enkystée se réveillera pourtant.

Cette description clinique annonce toutes les considérations les plus contemporaines de la conception psychanalytique du trauma : Ferenczi parle d'un clivage extrême mais aussi de sa possibilité de reprise dans une relation thérapeutique intersubjective.

Ajoutons que Ferenczi a sans aucun doute été pionnier dans la prise en considération du contre-transfert dont on sait que Freud s'en est d'abord méfié de peur qu'il ne soit question d'une sorte de transmission de pensées évoquant l'occultisme, négligeant le sérieux de la psychanalyse.

Ses travaux sur l'incidence des processus non-verbaux, une fois ressaisis à l'aide de la notion d'identification projective conceptualisée par M. Klein, ouvriront la voie la plus féconde de l'analyse contre-transférentielle indispensable à toute approche thérapeutique et en particulier à celle des expériences traumatiques.

On trouve aussi dans son œuvre la préfiguration de l'intérêt de futurs chercheurs (R. Roussillon, A. Green, C. et S. Botella...) pour les zones non subjectivées du psychisme, perdues, béantes, livrées au somatique ou au négatif.

Dans *Fragmentation*, note datée du 27 février 1932, il aborde la question du travail de l'analyste face au trauma et au clivage : il s'agit de « réanimer » la partie clivée en pensant l'expérience traumatique. De nombreux et plus récents travaux viennent appuyer ses observations cliniques et cette modélisation du soin comme possibilité de symbolisation ou psychisation de zones agonistiques.

L'expérience traumatique décrite par Ferenczi est radicale. Elle nécessite donc la mise en œuvre de processus de survie tout aussi « tranchants » : le « clivage narcissique », l'« anesthésie », la « fragmentation » par exemple :

*« Par le clivage narcissique, la fragmentation, le sujet désintègre l'unité de sa personnalité, il se fragmente en morceaux. De ce fait, il cesse d'exister, tout au moins comme moi global. Les fragments isolés peuvent souffrir chacun pour soi, mais le sujet, lui, cesse de souffrir, ne ressent plus la douleur infligée, puisqu'il n'existe plus. »<sup>480</sup>*

C'est ainsi que le sujet « rend l'âme » selon Ferenczi, survivant à ce prix, offrant une partie de lui-même en sacrifice pour ne pas mourir, cette mort étant condensée/conservée dans des fragments de lui-même, des amnésies, des éclats clivés contenant ses parties mourantes, agonisantes.

A.Ciccione et A.Ferrant soulignent la parenté des observations de Ferenczi avec les propositions de David Rosenfeld (1985) et Frances Tustin (1986, 1990) parlant des « capsules d'autisme » ou des « enclaves autistiques » chez les personnalités saines. Ces capsules ou enclaves conservent le traumatisme tel quel, le « congèlent », le conservent jusqu'à ce qu'une situation de réchauffement (une thérapie par exemple) vienne éventuellement les reprendre. Selon ces auteurs, la honte peut aussi venir enfouir, encapsuler ces expériences.

D'une façon générale, les clivages résultent de défenses contre le risque d'une perte narcissique, la symbolisation faisant défaut, le danger de désobjectivation étant grand. Comme le remarque G. Bayle<sup>481</sup>, en isolant le Moi du sujet des effets de la carence narcissique, le clivage est à la fois un hiatus et une construction qui compense « en plein » ce que le hiatus laisse ouvert à tout.

Certes, c'est un processus défensif peu évolué qui domine, mais le clivage délimite le Moi du sujet et garde un accès à la symbolisation. Le clivage n'est pas la forclusion, il en protège même la psyché. Certes, il ampute la dynamique psychique, mais cette amputation elle-même peut-être fonctionnelle.

Même chez les psychotiques, les clivages entretenus à fort prix permettent de sauver une partie du Moi, de ne pas désobjectiver totalement. Le clivage se situe souvent dans une économie sacrificielle, mais je dirais que l'objet du sacrifice n'est pas à jamais détruit ; il reste disponible, lointainement certes, mais potentiellement disponible.

---

<sup>480</sup> Ciccione (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.26.

<sup>481</sup> Bayle (G.), 1996, « Les clivages ».

Le clivage provoque des *fueros*, des traces *utopiques ou atopiques* dirait R. Roussillon, qui traversent la psyché et les temps du sujet sans aucun remaniement. Ces fueros errent dans la psyché mais ils sont aussi la trace d'une expérience, ils errent en attente d'inscription. **Dans mon schéma, ils se distribuent dans l'épaisseur et la hauteur du cylindre sans être jamais inscrits sur une ligne du ruban. Ils peuvent toutefois l'être si une zone les attire suffisamment et arrive à les circonscrire, les cristalliser, à mon avis parce qu'ils sont porteurs de la forme de l'expérience traumatique et que cette informité erre autant qu'elle appelle à être figurée.**

On pourrait même dire que les clivages sont aussi des zones de rencontre, par exemple entre la partie organisée du Moi et la carence narcissique, entre le Moi préservé et la situation traumatique. G. Bayle souligne qu'ils ne sont jamais étanches et nécessitent un entretien, ils participent à une économie. Le clivage est selon lui un lieu d'échanges possible, à la manière de l'estran, cette zone du littoral soumise à l'action du déferlement des vagues. J'ajouterai que, comme l'estran, il est plus ou moins sableux ou rocheux, étroit ou large selon le déferlement traumatique auquel il est confronté. Il est une zone d'échanges, jamais tempérés, mais toujours possibles. Il est aussi, face aux traumatismes, une zone pouvant favoriser la reprise de la créativité, une aire de rencontre, évidemment très limitée, mais la seule à disposition. Il est une solution au traumatique.

Comme naufragée sur l'estran, l'expérience traumatique est ainsi susceptible d'être reprise, réanimée. Mais il faut évidemment insister sur l'idée que cette réanimation, que la possibilité de réduire le clivage ne peut se faire qu'avec l'autre. Si, comme l'a souvent rappelé Ferenczi, « être seul conduit au clivage », c'est bien en présence de l'autre et dans le partage que se guérit le trauma. C'est d'ailleurs cette orientation des recherches de Ferenczi vers l'interpersonnel plus que l'intrapsychique dans la pathogenèse qui a été au sein du débat avec Freud.<sup>482</sup>

Mais Freud et Ferenczi, parce qu'ils ont porté tous deux une grande attention à la clinique, ont en commun d'avoir pensé le clivage dans l'économie traumatique. Si l'on peut remarquer une parenté dans la réaction fondamentale devant l'expérience traumatique chez ces deux auteurs, les modalités de ce clivage sont toutefois assez différemment exposées, ou

---

<sup>482</sup> On pourra se référer à la thèse de Doctorat de Rosa Gumaraes intitulée « Plaidoyer pour une histoire et une clinique du trauma » pour une analyse approfondie des travaux de Ferenczi sur le traumatisme ainsi que de sa controverse avec Freud, thèse soutenue à l'université Lyon 2 le 24 septembre 2004.

plutôt je dirai avec M. Schneider que ce sont les modalités de traitement de ce clivage qui sont envisagées différemment : de façon verticale pour Freud (avec un être resté debout et l'autre étendu), dans un corps à corps circulaire où le patient-victime essaie de réengendrer l'agresseur pour Ferenczi. Seul Ferenczi paraît évoquer un couple s'auto-maternalisant (M. Schneider fait sur ce point l'hypothèse que Ferenczi serait porteur du féminin de Freud).

## **2-2-4 La coexcitation libidinale**

Une des stratégies de la psyché devant les perturbations intenses est paradoxalement d'essayer « d'aimer » afin de neutraliser. Le moi peut ainsi transformer l'expérience traumatique en une expérience de séduction, donnant à l'objet d'autant plus de libido qu'il s'est montré violent, cela pouvant d'ailleurs permettre de différencier le mieux possible les paires contrastées des ambivalences (amour/haine, narcissisme/objectalité, masochisme/sadisme...), comme le propose J.-P. Jacquot<sup>483</sup>.

Si Freud a fondé son modèle traumatique en l'intégrant à sa théorisation du principe de plaisir, c'est-à-dire en reconnaissant en 1920 que le sujet visait aussi à « évacuer le déplaisir » (et plus seulement à rechercher le plaisir), on retrouve aussi l'idée d'une « évacuation » chez d'autres grands fondateurs de la psychanalyse (comme Bion). Freud complexifie d'ailleurs son modèle en 1935 avec l'idée du masochisme post-traumatique cherchant à transformer le déplaisir en plaisir.

La coexcitation libidinale est un exemple de la tentative de lien entre plaisir et déplaisir au service du traitement de l'expérience traumatique, Freud ajoutant là une nouvelle fonction au sexuel infantile.

---

<sup>483</sup> Jacquot (J.-P.), « Traumatisme, interaction, symbolisation », in *Quinze études psychanalytiques sur le temps*, p.169.



Comme toujours, la solution traumatique est aussi potentiellement un échec, et vice versa. A. Ciavaldini, dans son étude sur les agresseurs sexuels<sup>484</sup>, s'intéresse à l'acte délictueux comme une forme de stratégie antidépressive. Il cite ainsi l'exemple d'un homme reconnaissant « Dans les moments de déprime, j'ai envie d'agresser une femme pour avoir des relations sexuelles ». On comprend ici la terrible condensation, la « bombe psychique » dit Ciavaldini, la forme extrême de collapsus topique (C. Janin) dont il s'agit.

La violence de l'éprouvé dépressif, vécu seulement comme un manque, menace l'intégrité du sujet. Ce qui vient, lié à du libidinal, n'est pas une représentation ou une recherche d'affect, c'est du sexuel cru, et même très violent : l'agression. L'objet n'est plus qu'un prolongement du sujet :

« C'est la coexcitation qui devrait sauver le sujet de l'effondrement psychique et qui tiendra lieu d'objet. Dans un tel cas, la coexcitation a le statut de l'ombre pour le mélancolique, elle devient persécutante (ce qui en marque d'une certaine façon son échec relatif). Cela permet de percevoir la dimension de quiproquo dans lequel se situe le sujet agresseur : il s'agira de calmer la coexcitation par une relation sexuelle. Cela revient à vouloir cautériser une jambe de bois, ça ne sert à rien et ça y met le feu. »<sup>485</sup>

Face au manque, la coexcitation n'assure ici plus son rôle de liant mais devient insatiable et ne peut que déboucher sur un passage à l'acte violent. Comme c'est la réalité extérieure qui est perçue comme excitante et dangereuse, le seul moyen trouver par le sujet est de fusionner avec elle dans un acte violent. Comme le remarque A. Ciavaldini, on est ici assez proche d'un triomphe maniaque (Stoller, 1978).

Le traumatique infiltre toutes les activités et propriétés psychiques, mais ses « variétés » sont-elles toujours détachées de la coexcitation sexuelle ? On pourrait imaginer que lorsque le traumatique des excitations domine, le reste n'arrive pas à s'organiser. D'autre part, comme ce qui excite peut être changé ou lié en du coexcitant sexuel, cette coexcitation sexuelle peut-elle gagner du terrain sur le traumatique ?

A. Potamianou pose le problème simplement :

---

<sup>484</sup> Ciavaldini (A.), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*.

<sup>485</sup> *Ibid.*, p.45.

*« Comment par exemple le choc violent de deux voitures, répétant dans le jeu d'un enfant un accident réel, peut s'amarrer dans le fantasme d'un coït parental, même si ce dernier est mal organisé. »<sup>486</sup>*

Il est probablement important de penser le traumatique à la croisée de ces lignées, y compris dans des pathologies paradigmatiques telles que les névroses traumatiques, certainement pas dégagées des événements (psychiques et réels) du passé.

J'ai très souvent été confronté avec les patients victimes d'agressions sexuelles à des interrogations personnelles qui tournent en fait assez rarement autour de la réalité ou pas de l'agression mais beaucoup plus fréquemment autour d'une question que je formulerais ainsi : « Mais, au fond, de quoi s'agit-il vraiment ? ».

Entendons-nous, il ne s'agit pas de penser que le sujet ment ou que ce qu'il dit par exemple de la réalité de son agression n'est pas important, il est seulement alors question de se demander si ce vers quoi tend tout le discours du sujet n'est pas une fausse piste, ou plutôt si elle ne sert pas à masquer un traumatisme peut-être plus « froid », moins bruyant, moins formulable, mais d'une ampleur considérable.

Le fait qu'une grande part de cette clinique soit recueillie dans une « structure de sollicitation » s'adressant au patient directement sur le sujet de son traumatisme le plus chaud (l'agression sexuelle) encourage sans doute ce type de processus et d'attitude contre-transférentielle.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que certains patients nous racontent leur traumatisme sexuel (ou, s'ils ne le racontent pas, ont des façons de ne pas l'évoquer qui sont tout aussi bruyantes) de telle façon et avec une telle insistance que naît souvent le sentiment que l'exposé de ce traumatisme vient tenter de suturer, juguler ou même masquer autre chose. L'expérience traumatique sexuelle est trop agitée devant les yeux du psychologue pour qu'il ne ferme pas les yeux afin de voir et entendre ailleurs.

Cet ailleurs concerne en général, pour ne pas dire à coup sûr, une atteinte narcissique massive. Et l'on peut bien penser que le sexuel sert à la fois de leurre pour éviter cette question mais aussi de tentative de la lier. Transformer une blessure narcissique, un

---

<sup>486</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique. Répétition et élaboration.*, p.6.

traumatisme froid, en un excès d'excitation sexuelle, un traumatisme chaud, permettrait de créer l'illusion qu'on peut liquider l'un et l'autre, l'un avec l'autre.

En liant le narcissique au sexuel, nos patients tenteraient de jeter le bébé avec l'eau du bain. L'expression est d'ailleurs bienvenue tant il est fréquent que ce qu'il s'agit de masquer/traiter remonte très souvent à des histoires de bébés (d'un bébé laissé à l'abandon, hurlant sans fin dans son berceau ou devant une porte, d'un nourrisson regardant désespérément le visage froid de sa mère, d'un enfant délaissé au détriment d'un autre...).

Dans ces configurations cliniques, le sujet pourrait espérer liquider la blessure narcissique en même temps que le trop d'excitation sexuelle, c'est là le versant plus pathologique.

Mais le patient pourrait aussi essayer ainsi de transformer du quantitatif en qualitatif, le quantitatif n'ayant pu être lié autrement et ne pouvant donc pas être évacué sans cette solution :

*« Ces scènes, vraies ou fausses, rapportées en analyse, peuvent donc s'entendre comme une mise en forme d'un vécu traumatique précoce : tentative de maîtriser l'excès quantitatif irréprésentable. Ainsi, se plaindre d'un trauma sexuel dont on peut faire une histoire, et même toute une histoire, empêche d'avoir à reconnaître qu'il y a eu un manque de quelqu'un ou de quelque chose... il constitue un traumatisme-écran qui représente une butée organisatrice par rapport à des traumatismes antérieurs non symbolisables. »<sup>487</sup>*

La liaison avec le sexuel est en soi une solution au traumatique. Elle va parfois très loin, notamment dans le cas de sexualités addictives (J. Mac Dougall, 1978) mais ces attitudes « sexualisées » sont bien des tentatives de liaison de l'expérience traumatique, liaison à du sexuel dans une coexcitation libidinale. On peut y voir une fuite maniaque devant les blessures narcissiques, on peut aussi y lire une solution au traumatisme, plus hystérique, cherchant à transformer une excitation liée à une douleur narcissique en une excitation sexuelle. Le déploiement et le traitement de l'expérience traumatique peuvent à mon avis tout à fait s'en trouver facilités si le psychologue ne prend pas des vessies pour des lanternes mais sait reconnaître l'un et l'autre, accepter leur liaison faite avec les « moyens du bord » du sujet pour pouvoir ensuite travailler ces aspect séparément.

---

<sup>487</sup> Brette (F.), « Le traumatique : effets positifs et organisateurs », in Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation., p.87.

A travers le masochisme pervers et le fétichisme, Freud a étudié l'utilisation perverse de la sexualisation (et non la voie du fantasme). Cette liaison non symbolique est bien un essai de résoudre le traumatisme : le sujet tente de subjectiver ses expériences traumatiques en les liant à l'excitation sexuelle, essayant aussi par là-même de relancer le principe de plaisir/déplaisir.

Avec le masochisme le sujet transforme, grâce à la coexcitation libidinale, un traumatisme en une production de plaisir en maîtrisant et retournant l'expérience, « (...) comme si la psyché puisait dans ce mal-être la source de son bien. »<sup>488</sup>

La coexcitation libidinale vient donc dans un deuxième temps sexualiser une expérience décevante, le psychisme préférant être actif face à ce qu'il ne peut éviter, même si cela est traumatisant. A cette fin, le sujet brouille les pistes, se fait croire qu'il désire, rend commutable le bon et le mauvais, tout plutôt que de retrouver l'agonie primitive. Il traite l'expérience comme si elle était subjectivée, représentée, c'est là un processus pervers.

Avec le masochisme primaire qui, par retournement ou co-excitation libidinale, transforme le traumatique en expérience de satisfaction, c'est en quelque sorte le principe de plaisir qui est abusé. Mais, derrière la tromperie, il y a bien une liaison primaire de l'expérience, une subjectivation, bien que celle-ci soit plutôt un effort de maîtrise que de symbolisation.

## **2-2-5 L'identification à l'agresseur**

La répétition est une notion complexe, au centre des théorisations psychanalytiques. Elle est aussi essentielle à la compréhension du traitement de l'expérience traumatique. J'ai abordé précédemment, avec le concept freudien de fixation, la façon dont elle pouvait signer à

---

<sup>488</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.28.

la fois l'échec du traitement de l'expérience traumatique et une tentative de nouvelle élaboration.

Freud a en effet montré que la répétition vient parfois à la place du souvenir<sup>489</sup> ; j'ai déjà rappelé que l'économie traumatique n'était pas une économie du souvenir mais de son évitement. La répétition à l'œuvre chez les sujets traumatisés, facilement repérable cliniquement, est chose communément admise.

Il faut cependant insister sur la manière de se souvenir (A. Ciccone) que constitue la répétition, ses aspects commémoratifs. Le transfert lui-même est un exemple de répétition indispensable au traitement psychanalytique. La *fixation au traumatisme* que j'ai précédemment souhaité « classer » dans les solutions au traumatisme n'est donc pas seulement un signe pathologique, elle inscrit aussi le traumatisme dans une dynamique de symbolisation potentielle.

Ce modèle a été relativement constant chez Freud, de ses premiers travaux autour de l'hystérie jusqu'aux dernières considérations sur le traumatisme en 1939 dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste* avec une description très claire de la répétition comme échec et tentative de symbolisation.

Ce détour par l'importance de la répétition dans le rappel et le traitement de l'expérience traumatique me permet de souligner une nouvelle fois ce paradoxe, très commun dans l'expérience traumatique : la situation traumatique que le sujet veut absolument oublier est sans cesse rappelée.

L'identification à l'agresseur est un exemple de l'usage de la répétition dans la gestion du traumatisme. Freud, dans *Au-delà du principe de plaisir*, explore une répétition cherchant à maîtriser la situation de déplaisir mais permettant aussi une identification à l'agresseur (cette terminologie n'est pas utilisée par Freud).

Le désormais très connu jeu de la bobine où le bébé lance et ramène avec plaisir et vocalises une bobine symbolise et joue la maîtrise des apparitions/disparitions de sa mère. Le petit traumatisme du départ maternel est ainsi supporté avec le plaisir d'être actif dans une situation subie auparavant, satisfaction également de jeter au loin/se venger de la mère s'absentant.

---

<sup>489</sup> Il explore clairement cette hypothèse en 1914 dans « Remémoration, répétition, perlaboration ».

Freud donne différents exemples cliniques montrant à quel point la répétition peut faciliter la maîtrise des situations de déplaisir. Il s'agit de situations où un enfant va s'identifier à un adulte, devenir actif et maîtriser dans un jeu par exemple une situation vécue passivement pour enfin se venger de cet objet en lui infligeant le châtement que l'enfant a lui-même subi. A. Ciccone remarque d'ailleurs qu'il s'agit d'une vengeance face à un objet insatisfaisant mais aussi d'une revanche (en ce que cette dernière est plus symbolisante du manque).

On s'approche ici de ce qui sera plus tard appelé *l'identification à l'agresseur*, théorisée par M. Klein en 1927, S. Ferenczi en 1933 et A. Freud en 1936.

Cette « répétition positive et active » est intéressante et permet de lire nombre de situations cliniques traumatiques, elle permet de lire de façon dynamique et pas seulement pathologique l'effort du sujet pour symboliser ce qui l'a dépassé.

La maîtrise est donc d'abord recherchée devant une situation potentiellement traumatique, la répétition est liée au traumatisme, à une situation à laquelle le moi du sujet n'a pas pu se préparer.

Concernant l'identification à l'agresseur, la répétition se jouerait ainsi : en répétant sur un autre un traumatisme subi, le sujet devient actif, maître de la situation et se venge de l'objet traumatisant. A. Ciccone rappelle qu'il s'agit là d'une situation typique d'identification projective où le sujet s'identifie projectivement à l'autre maltraitant pour faire subir à un troisième dépositaire de sa partie infantile victime un sort identique.

Ce mécanisme est évidemment une solution traumatique. Elle n'est ni la moins coûteuse ni la plus efficace mais constitue cependant une véritable ressource pour l'économie traumatique.

Ferenczi a d'ailleurs développé dans ce sens cette notion, très clairement à propos du traumatisme sexuel vécu dans l'enfance (qu'il reliait à l'étiologie névrotique). L'enfant, trop faible devant la situation traumatique, s'identifie et introjecte (incorpore plutôt) l'agresseur et son sentiment de culpabilité, l'objet et l'affect deviennent alors internes.

Par ce processus d'identification projective l'enfant entre dans la psyché de l'adulte séducteur, en héberge les affects et essaie de le comprendre. Ferenczi montre bien comment l'enfant terrifié se soumet à l'agresseur jusqu'à devancer ses désirs, s'oubliant totalement.

Ce processus est d'une grande pertinence dans la clinique du traumatisme sexuel. **Il est important de le repérer et de ne pas le confondre avec le déploiement des aspects pervers.** Il s'agit ici de survie, le sujet « rend son âme » dirait Ferenczi, il se vide de la sienne en quelque sorte pour héberger celle de son agresseur, l'incorporer (il n'est pas question ici d'introjection, le sujet étant totalement soumis à l'autre). **Le sujet n'est pas manipulé, il n'est pas non plus complice du pervers, il lui remet sa psyché pour survivre. L'indice différentiel est d'ailleurs l'absence de jouissance. J'insiste pour absolument distinguer cette « solution traumatique » du déploiement des aspects pervers.**

Ce modèle apparaît chez Freud dès 1896 avec le développement de la théorie de la séduction traumatique comme origine de la névrose, théorie que j'ai déjà longuement exposée. Relevons seulement que dans les situations sexuelles infantiles traumatiques isolées par Freud, l'une d'entre elles est assez explicite sur ce sujet : il s'agit des relations sexuelles durables entre deux enfants de sexes différents (frère et sœur le plus souvent) ; il note que l'enfant (souvent un garçon) en séduisant un autre a le plus souvent lui-même été séduit par un adulte auparavant. Dans cette situation, l'enfant rejoue la scène traumatique activement, du côté de l'agresseur ; et les conséquences de cette séduction traumatique quant au développement de la névrose hystérique sont identiques, que le séducteur ait été adulte ou enfant.

Ferenczi en fait une description assez précise dans sa note du 10 mai 1932<sup>490</sup> dans laquelle il explique que le sujet va se cliver en « un être physique de pur savoir » observant les événements de l'extérieur et un corps « totalement insensible ». Le seul sentiment survivant à ce clivage extrême étant lié au ressenti de l'agresseur.

Tout se passe comme si la psyché reportait « sa fonction d'apaisement de la souffrance automatique sur les souffrances et tensions de l'agresseur », l'agresseur devenant la seule personne à ressentir quelque chose et à laquelle le sujet peut s'identifier.

Comme le remarque M. Schneider, Ferenczi ne différencie pas plusieurs stades dans le trauma, tout se condense dans l'événement. Le couple structuré par le clivage peut tout à fait être pensé comme un couple interne où se rencontrent l'enfant et l'agresseur : l'enfant se vient en aide grâce à un fragment de lui-même, l'enfant traumatisé devient le thérapeute de

---

<sup>490</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, « Auto-étranglement traumatique », p.160.

l'agresseur, en l'introjectant avec ses désirs secrets et toute sa vulnérabilité (rencontrés ou devinés chez l'agresseur).

Ce clivage brusque oblige à penser le nourrisson savant (Ferenczi rappelle que ce clivage peut s'opérer dès la toute première enfance), celui qui se transforme en parent ou thérapeute de son agresseur, et a donc ainsi très brutalement accès au savoir en sacrifiant sa sensibilité à cette fin. Evidemment, toutes les théorisations ultérieures (essentiellement kleiniennes ou post kleiniennes) sur les processus d'identification projective éclaireront considérablement ce traitement de l'expérience traumatique.

L'enfant face à une situation traumatique voit sa psyché déportée, il est *expulsé* de son corps. Le traumatisme ouvre alors parallèlement une fissure dans son psychisme : dans cette fragmentation vient ce que Ferenczi nomme une « infiltration » émotionnelle de l'agresseur, une « implantation » de l'inconscient de ce dernier, ainsi décrite par une de ses patientes :

« Elle se représente l'irruption du Surmoi nuisible (volonté étrangère) à peu près de la façon suivante : la douleur et l'effroi paralysent les forces de cohésion et de survie de la personne, et c'est dans ce « tissu devenu mou et sans résistance » que la volonté étrangère, portée par la haine et le plaisir d'agresser l'autre personne, pénètre avec toutes ses tendances, tandis qu'une partie de sa personnalité propre est poussée hors de la personne.

Le résultat de ce processus est, d'une part l'implantation dans l'âme de la victime de contenus psychiques dispensateurs de déplaisir, provocateurs de douleur et de tension : mais en même temps, l'agresseur aspire pour ainsi dire en lui une partie de la victime, à savoir la partie qui en a été expulsée. »<sup>491</sup>

Ferenczi voit là les racines du masochisme :

« Je ne ressens donc même pas la douleur qui m'est infligée, puisque je n'existe pas. Par contre, je ressens la satisfaction et la jouissance de l'agresseur, que je peux encore percevoir. »<sup>492</sup>

---

<sup>491</sup> *Ibid.*, p.130.

<sup>492</sup> *Ibid.*, p.161.



Il ne reste donc plus à la victime qu'à espérer la clémence de l'agresseur en se soumettant à sa violence, la métaphore choisie par Ferenczi est frappante : un corps totalement relâché sera moins détruit par un poignard que s'il se défend.

Le danger de ce clivage extrême, défense que j'ai cependant choisie de garder dans les « solutions traumatiques » opérantes, est immense. Le sujet court en effet le risque que l'intellect se détache du Moi, que tout « s'intellectualise », même les affects voués à l'auto-conservation (la peur, l'angoisse...). L'ange gardien décrit par Ferenczi, constitué à partir des fragments des affects d'auto-conservation, se transformerait alors en gargouille.

M. Balint regrettait déjà en 1949 que plusieurs idées de Ferenczi fussent reprises par d'autres auxquelles elles étaient attribuées, peut-être comme A. Freud, qui, n'a jamais reconnu le premier travail de Ferenczi sur l'identification à l'agresseur.<sup>493</sup>

Il est cependant vrai qu'Anna Freud a aussi isolé ce mécanisme de défense (1936), J. Laplanche et J.-B. Pontalis en faisant même la référence de ce concept :

*« Mécanisme de défense isolé et décrit par Anna Freud (1936) : le sujet, confronté à un danger extérieur (représenté typiquement par une critique émanant d'une autorité), s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Selon Anna Freud, ce mécanisme serait prévalent dans la constitution du stade préliminaire du surmoi, l'agression restant alors dirigée sur l'extérieur et n'étant pas encore retournée contre le sujet sous sa forme d'autocritique. »<sup>494</sup>*

Ferenczi est bien cité par ces auteurs mais de façon secondaire et par une restriction de ce mécanisme au traumatisme sexuel. On sait aujourd'hui que Ferenczi entendait ce concept de façon beaucoup plus élargie, pour les situations de catastrophe et de terreur et même de soumission, et au-delà même d'un simple mécanisme de défense.

---

<sup>493</sup> On se référera à la thèse de Doctorat en psychologie clinique de R. Guimaraes pour une analyse détaillée de cet enfouissement de l'apport ferenczien concernant l'identification à l'agresseur : « Plaidoyer pour une histoire et une clinique du trauma. », 2004.

<sup>494</sup> Laplanche (J.) et Pontalis (J.-B.), *Vocabulaire de la psychanalyse*, p.190.

## 2-2-6 Le gel de l'expérience, l'encapsulation

Il existe nombre de solutions assez radicales tentant de traiter l'expérience traumatique en urgence. La *neutralisation énergétique* en est une :

*« Elle consiste principalement à tenter de neutraliser le retour du clivé par une organisation d'ensemble de la vie psychique destinée à restreindre autant que possible les investissements d'objet et les relations risquant de réactiver la zone traumatique primaire et l'état de manque dégénératif qui l'a accompagné. Tout manque risquant de réinvestir l'état traumatique, toute relation qui peut générer un retour du manque sera évitée ou « gelée », tout engagement sera aussi restreint et avec lui la vie qui va avec. »<sup>495</sup>*

Ce gel concerna aussi bien le point traumatique, la zone de l'expérience que le processus psychique lui-même.

Cette neutralisation énergétique va évidemment des dépressions « froides » jusqu'à la pensée opératoire décrite par P.Marty et les psychosomaticiens.

J'ai souhaité envisager l'encapsulation comme « solution » traumatique. Il s'agit certes d'une défense extrêmement radicale, massive, coûteuse psychiquement et coupant en partie le sujet de son expérience mais cette défense est aussi un recours.

On s'étonnera donc peut-être de trouver cette « solution » peu élaborée (mais diablement efficace) et présentant un réel aspect pathologique au milieu d'autres moyens plus nuancés et aptes à maintenir la vie psychique comme la « solution transférentielle », la coexcitation libidinale ou même l'hallucination.

Mais je l'ai plusieurs fois souligné, je parle d'une clinique du désastre, d'économies psychiques où la destructivité et le désespoir (et encore !) sont à l'œuvre. Les expériences traumatiques, et en particulier celles auxquelles je me suis tout particulièrement intéressé, ne se situent pas dans une économie tempérée. Leurs solutions le sont tout aussi rarement.

---

<sup>495</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.25.

Frances Tustin (1986, 1990), en s'intéressant à des sujets non psychotiques mais souffrants de pathologies limites, a bien décrit des « capsules autistiques » servant à protéger contre le traumatisme, notamment les traumatismes précoces ; elles sont aussi le résultat de la lutte contre l'éprouvé de dépression et d'impuissance.

La moitié de son ouvrage *Le trou noir de la psyché* est consacrée à ce sujet. Elle remarque d'ailleurs que ces capsules autistiques permettent quelquefois de mieux entrer en contact avec le « trou perdu » : « Il s'agit d'une tentative d'entrée en contact avec les états idiosyncrasiques préverbaux afin de les attirer dans l'orbite de la communication humaine. »<sup>496</sup> Cette observation est fondamentale en ce qu'elle permet de **penser le transfert aussi comme une activation de « zones communes » au patient et au thérapeute, les capsules d'autisme servant d'attracteur au traitement de l'expérience** (je reviendrai sur cette notion d'attracteur dans le dernier chapitre de cette thèse).

**On y retrouve également un lien fort avec mon schéma topique : la capsule d'autisme se trouverait dans une zone de pli articulant psyché du patient/psychés des thérapeutes sur mon schéma, une sorte de zone commune en grande partie « aveugle et sourde », perceptible dans les effets du négatif.**

Cette part autistique explique selon F. Tustin<sup>497</sup> l'interminable analyse de certains patients qui n'arrivent jamais à atteindre ce « vide crucial ». Sur la conception des origines de l'autisme, notons d'ailleurs que F. Tustin insiste beaucoup plus sur l'état de l'organisation de la psyché du nourrisson que sur l'âge où se produit le traumatisme. Ce qui est important, c'est que le traumatisme se produit à un moment où l'enfant n'est pas assuré de sa « persistance dans son être ». Je rappelle qu'il s'agit là du fondement de la construction de mon modèle.

L'expérience traumatique pourrait bien être encapsulée (à moins que ce ne soit le self du sujet) :

« Dans une zone cachée de leur personnalité, certains névrosés se sentent irrémédiablement paralysés et comme au bord de la mort. Ils essaient continuellement de réagir à ce mortel arrêt de leur « persistance dans leur être » en se dépassant et en demandant l'impossible aux autres et à eux-mêmes. »<sup>498</sup>

---

<sup>496</sup> Tustin (F.), *Le trou noir de la psyché*, p.11.

<sup>497</sup> F. Tustin reconnaît sa filiation sur ce sujet avec les travaux de Sydney Klein : « Autistic Phenomena in Neurotic Patients ».

<sup>498</sup> *Ibid.*, p. 24.

Alors qu'elle souligne par exemple les aspects d'hyper-adaptation de surface ou encore le surinvestissement intellectuel comme « dépassement », je verrais volontiers dans l'« exigence contre-transférentielle » des patients traumatisés la réaction à l'approche de cette zone potentiellement mortelle.<sup>499</sup>

Je le disais, l'économie traumatique est une économie du désespoir, et même parfois du désespoir du désespoir. Les capsules d'autisme sont une façon de traiter ce désespoir et toutes les situations où l'humain peut être attaqué dans ses fondements.

Tustin montre bien à quel point la question de la perte traumatique occupe ces patients, la capsule autistique cherchant à cacher par sa dureté cette perte insupportable. Ils pleurent sans pleurer pourrait-on dire ; la souffrance est silencieuse et envahissante. Nous sommes ici dans le registre de l'impensable, de l'indicible et très proches de toutes les particularités de cette clinique dégagées dans la première partie de cette thèse.

On retrouve entre autres éléments l'urgence à figurer et l'intensité des aspects contre-transférentiels avec la présence d'une brisure de l'humain qui ne peut se communiquer autrement qu'en touchant l'autre (le thérapeute) au plus près de ce registre, en le traumatisant :

*« Cette « cassure » va plus loin que ce que l'on entend généralement par ce terme : il s'agit là d'un sentiment qui atteint le plus profond de leur être [...]. Pour ces patients, la prise de conscience de leur séparation corporelle a été vécue comme un arrêt des pulsations de leur « persistance dans l'être ». C'est donc leur sentiment d'« être » qui s'est trouvé menacé. La peur de l'annihilation devant eux, il leur a fallu faire des efforts désespérés pour la combattre. Pour lutter et recouvrir leur « cassure », ils se sont fait une sorte de plâtre : celui de l'autisme [...]. Cette expérience concrétisée de « mise en capsule » a signifié la mise à mort du psychisme. »<sup>500</sup>*

D. Rosenfeld rappelle la radicalité de ce type de solution au traumatisme et le temps parfois nécessaire pour « récupérer » un trauma encapsulé (des décennies !). Dans les propositions de F. Tustin comme dans celles de D. Rosenfeld, l'encapsulation protège du

---

<sup>499</sup> *Supra.*, On les trouve dans le chapitre 1-2 de cette thèse, elles peuvent toutes être considérées comme des réactions à l'approche de cette zone.

<sup>500</sup> Tustin (F.), 1990, *Autisme et protection*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1992, p. 190-191.

temps ou, mieux encore, le court-circuite, évite son influence. Elle participe à l'effet de démantèlement de l'expérience, sa déliaison en même temps qu'elle s'en défend : le soi est protégé, survit à cette expérience.

Lorsque les patients arrivent un peu à sortir de cette mise en capsule, ils parviennent selon F. Tustin à raconter le « noir désespoir » passé sous silence (mais un silence bruyant) par la manœuvre autistique. C'est à ce moment aussi, selon moi, lorsqu'on s'approche de la partie encapsulée de l'expérience traumatique, que le sujet traumatisé, comme dans les états-limites, parvient enfin à désespérer, à ne plus désespérer du désespoir lui-même.

F. Tustin donne de précieuses informations sur la façon d'approcher ces zones d'expérience, la difficulté étant évidemment qu'elles sont préverbales. Il faut alors parler « en termes de formes ». Face au vide informe, face à l'informaté traumatique dirais-je, ce sont les formes (innées dit Tustin) qui aident à agencer les sensations d'une expérience (traumatique) d'abord anormalement hypersensuelle puisque les sujets ont longtemps stagnés dans « (...) la serre chaude de la capsule autistique. »<sup>501</sup>

De toute évidence, on retrouve là l'insistance sur la forme, sur une problématique des contenants plus que sur celle des contenus, insistance au cœur même de cette thèse. Selon moi en effet, c'est bien la mise en forme de l'expérience traumatique selon les modalités déjà en partie décrites (et lisibles sur mon schéma topique) qui est l'élément essentiel et premier de son approche thérapeutique.

Ce moment peut évidemment être considéré à la fois comme le plus dynamique et le plus dangereux dans l'avancée des thérapies face la symbolisation de l'expérience traumatique. Il correspond sans doute à celui où les vécus contre-transférentiels sont les plus massifs, à celui aussi où les réactions thérapeutiques négatives peuvent être les plus nombreuses.

C'est le moment où les thérapeutes se sentent quelquefois harcelés par un patient très exigeant, ne supportant pas de se séparer d'eux. Je crois avoir connu ce moment avec chaque patient suffisamment engagé dans sa thérapie. On retrouve aussi un lien avec les particularités que j'ai dégagées de cette clinique du traumatisme : lorsque la partie de leur expérience

---

<sup>501</sup> *Ibid.*, p.104.

traumatique est encore encapsulée, ces patients opposent à son approche une défense souvent visible dans une disqualification massive du thérapeute ; ils savent tout et le psychologue ne pourra jamais rien comprendre ni saisir d'eux, ils lui mentent et ne s'en cachent pas, disent masquer l'essentiel, se moquent de ses propositions, guettent et relèvent la moindre de ses défaillances.

Quand ces patients sortent de leur capsule ils vont dans une symbiose mère/enfant (M. Mahler) et ils y vont en général par des processus massifs d'identifications projectives ; un état de coopération relative et d'« enchevêtrements » risqués est alors en place : « Comme le dit Sidney Klein, les névrosés qui ont une capsule d'autisme ont tendance « à se cramponner d'une manière particulièrement désespérée et tenace à l'analyste comme à la seule source de vie » (1980) ». <sup>502</sup> Face au « tabou de la tendresse » précédant l'ouverture de la capsule d'autisme surgit alors l'hypersensibilité contre laquelle cette capsule protégeait le sujet (F. Tustin).

A.Ciccone et A.Ferrant soulignent le lien entre les pathologies décrites par F.Tustin et celles décrites par René Roussillon (1999) à propos des pathologies « identitaires-narcissiques » ou des problématiques agonistiques, une communauté de pensée pouvant être dégagée sur ce point entre les travaux de Winnicott concernant la « crainte de l'effondrement » (1974) et les agonies primitives, ceux de R.Roussillon et ceux de F.Tustin.

J'ai pour ma part bien plus modestement trouvé une similitude avec cette défense contre le traumatisme que constituent les capsules autistiques, une sorte de métaphore dans l'arboriculture : par temps de gel annoncé, les arboriculteurs peuvent arroser abondamment les arbres fruitiers lorsqu'ils bourgeonnent. Derrière ce paradoxe se trouve une défense contre le traumatisme : l'arbre et les bourgeons vont certes plus vite geler mais la gangue de glace ainsi rapidement constituée autour du bourgeon permettra d'en préserver le noyau. En fondant, l'extérieur sera mort, pas le noyau.

Il est malheureusement bien plus difficile pour la psyché de se réchauffer et la perte comme le désespoir encapsulés le sont souvent pour très longtemps, souvent pour toujours. A.Ciccone et A.Ferrant, en parlant d'*enfouissement* des expériences traumatiques primaires dans ces capsules, en décrivent une véritable topique de la profondeur (ils montrent aussi

---

<sup>502</sup> *Ibid.*, p.105.

comment honte et culpabilité sont à la fois gardiennes de ces capsules, comment ces dernières tentent aussi des les juguler, comment enfin elles sont aussi le témoin de leur envahissement).

A.Ciccone<sup>503</sup> remarque enfin une certaine ambiguïté dans la définition de ce que contiennent ces capsules d'autisme : elles sont là pour protéger le self, le peu d'identité acquise dans une logique de survie/elles isolent le traumatisme, le circonscrivent et le neutralisent ; ce n'est alors plus le Self qui est encapsulé mais l'expérience traumatique elle-même.

Peut-être pourrait-on dégager un point commun qui lèverait en partie cette ambiguïté : c'est en tout cas la contamination de la psyché entière par l'expérience traumatique et les affects qui y sont rattachés qui doit être évitée à tout prix.

Au-delà de l'image figée que peut donner le concept de capsule autistique, on pourrait peut-être penser que ce qui est encapsulé n'est ni le self (ou ce qu'il en reste, pour le protéger), ni la part la plus désorganisée de l'expérience (pour éviter qu'elle contamine le self) mais le flux entre les deux. Avec l'encapsulation, c'est le flux qui est interrompu, le fonctionnement psychique lui-même est immobilisé, gelé, figé. Cela expliquerait cette coupure de l'espace thérapeutique, ce « trou noir » (et la métaphore astronomique est bienvenue, tant l'anti-matière détourne et aspire à la fois), le fait que patient et thérapeutes pourraient éviter cette zone aveugle, l'approcher de façon asymptotique, l'effleurer et s'en trouver immédiatement rejetés. Ce serait d'ailleurs grâce à ce mouvement transféro-contre-transférentiel qu'on reconnaîtrait cette capsule « traumatique ».

On peut peut-être retrouver chez Ferenczi une solution traumatique très proche de ce que je viens de décrire. En s'intéressant à la conversation hystérique, Ferenczi parle pour la « matérialisation » hystérique du développement d'une « néo-réalité corporelle » provenant d'un changement auto-plastique du corps, la malléabilité de ce dernier étant utilisée pour concrétiser un fantasme (comme la boule hystérique), une théorie sexuelle infantile ou un processus psychique.

---

<sup>503</sup> Introduction à l'intervention de D. Rosenfeld lors du colloque international du C.R.P.P.C. de l'université Lumière Lyon 2, 11 mars 2006. Observations reprises lors d'un séminaire de Doctorat, 13 décembre 2009, Université Lyon 2.

Cette matérialisation apparaît comme un enkystement au sein du narcissisme primaire de pans entiers de la vie psychique, à un niveau où le psychisme et le soma ne sont pas différenciés (le registre du « proto-psychique » dit Ferenczi). Ce « narcissisme d'organe », cet « auto-érotisme phallicisé » (selon la formulation de R. Roussillon) est commun à d'autres processus psychiques étudiés par Ferenczi (les tics, les « habitudes sexuelles », les « onanismes larvés »...) :

*« Dans tous ces symptômes, l'analyste se trouve aux prises avec une formation psychique qui, bien que venant dans le transfert, semble se refuser à s'y inscrire et se maintient sous une forme autistisée (...). »<sup>504</sup>*

Dans son *Journal clinique*, Ferenczi fait assez directement référence à ce type de solution traumatique, par exemple dans sa note du 12 mai 1932 intitulée « Compulsion à la répétition du trauma ». Ainsi, à propos de R.N. qui demande de l'aide sous une forme qui n'est pas sans rapport avec une forme d'exorcisme (« Take it away, take it away ! »), Ferenczi reconnaît qu'il ne sait parfois que faire, essayant aussi d' « enlever le mal » et

*« Parfois un « fragment » d'intelligence du malade reste en contact avec moi, même pendant la répétition du trauma, et me donne de sages conseils quant au mode de traitement. C'est ainsi que je reçus le conseil de veiller, avant de m'en aller, à ce que la douleur demeure séparée du reste de la psyché. Le fragment psychique douloureux est alors représenté matériellement comme une substance et j'ai pour tâche d'entourer cette matière d'une forte enveloppe impénétrable, ou bien de protéger de l'effondrement la partie restante de la psyché, localisée dans la tête, par de solides poutres judicieusement placées. »<sup>505</sup>*

Cette observation clinique est assez proche du phénomène d'encapsulation autistique, on y retrouve d'ailleurs les deux possibilités quant à l'intérêt de son existence : soit elle protège le reste de la psyché en encapsulant l'expérience-zone traumatique (en veillant « à ce que la douleur demeure séparée », l'entourant « d'une forte enveloppe impénétrable »), soit c'est « la partie restante de la psyché » qui est étayée.

Comme l'encapsulation, la « néo-réalité » est à la fois une enclave, un « résidu » de l'expérience traumatique, une formation psychique résistant à se déployer dans le transfert,

---

<sup>504</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.219.

<sup>505</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.163.



mais aussi une « trace » traumatique cristallisant certains aspects de l'expérience et pouvant donc (bien que difficilement) être reprise, réchauffée pour l'élaborer.

On s'étonnera que je puisse classer cette « matérialisation traumatique » dans les issues dynamiques du traumatisme. Qu'on ne s'y trompe pas, je ne suis pas dupe de sa radicalité ni de la difficulté avec laquelle on peut thérapeutiquement y accéder (ni du fait que cela soit parfois impossible) ! Mais ces capsules, enclaves ou « néo-réalités » sont aussi gelées et lointaines pour la psyché que les parties d'expériences qu'elles conservent menaçaient au plus près le fonctionnement de la psyché. Elles sont une véritable solution au traumatisme, forcément coûteuse, très partielle et quelquefois irrémédiable, mais établie à l'aune de l'expérience traumatique. La seule possible. Quand elle n'a pas pu avoir lieu, le sujet meurt ou devient fou.

R. Roussillon voit d'ailleurs ces symptômes comme des tentatives d'auto-guérison instaurées au moment où le sujet à certaines difficultés libidinales insurmontables. Ils conservent ainsi une charge libidinale importante dans un enkystement narcissique, ils « mettent en boîte » des éléments ne pouvant s'inscrire ni dans le processus psychique de symbolisation, ni dans les chaînes associatives. Ils ne s'intègrent pas ou plutôt ne s'articulent pas à la vie psychique.

Cliniquement, cela donne parfois l'impression que le sujet n'en est pas affecté. Il me semble aussi que cela est parfois vécu dans le contre-transfert sous la forme d'une sorte d'incurvation de l'espace thérapeutique. Comme si les processus qui s'y déroulent se détournent de la zone enkystée au moment où tout prêterait à s'en approcher. Une sorte d'attraction/répulsion.

Cela n'est peut-être pas sans lien avec certaines réactions thérapeutiques négatives observées avec les patients traumatisés plutôt en fin de thérapie, comme si ce reste glacé ne pouvait être approché.

En étudiant l'influence des interrelations précoces dans le développement de l'alexithymie, J. Mc Dougall (1991) a bien décrit une alexithymie liée à un enfant (totalement dépendant de sa mère) en grande difficulté à se représenter ce qu'il éprouve. Confronté à des éprouvés paradoxaux en raison d'un holding et d'un handling défailants (en raison d'une

mère débordée, ne pouvant s'ajuster à un bébé avec des particularités trop différentes de ce qu'elle attendait ou pouvait gérer), le sujet développerait un fonctionnement alexithymique.

Certaines parties (plus ou moins importantes) de l'expérience du sujet seraient exclues de la communication avec la mère et donc inintégrables, ces patients seraient alors incapables d'identifier avec nuances les affects et émotions, notamment de les différencier de sensations corporelles. Des conduites d'addiction, voire de décompensation sur un mode psychosomatique s'expliqueraient ainsi.

L'alexithymie<sup>506</sup> serait ici un processus de gel laissant de côté ce qui serait potentiellement désorganisateur pour le psychisme. Faute d'accordages et de liaisons, ce processus protégerait radicalement du trou noir d'un objet primaire très insatisfaisant. Cette défense ultime, à peine psychique, tenterait de protéger de façon opératoire le sujet d'une éventuelle dépression essentielle (P. Marty), proche de la dépression anaclitique observée par R. Spitz.

Le coût psychique de cette terre laissée en friches, de ce no man's land est astronomique, à l'aune du danger pressenti.

Si certains auteurs distinguent une alexithymie primaire (comme facteur de vulnérabilité prédisposant à un désordre psychique à effets somatiques) d'une alexithymie secondaire (comme état transitoire réactionnel à un traumatisme), J. Mc Dougall la considère comme une défense permettant au tout jeune enfant une protection contre les angoisses de perte objectale.

Comprenant des processus de dénis, d'identifications projectives et de clivages, le sujet pourrait grâce à elle se couper de sa conflictualité psychique, évitant de régresser à une position schizoparanoïde.<sup>507</sup>

Ce processus est antérieur à la position dépressive selon J. Mc Dougall et, surtout, est une position première dans un développement normal, pas forcément consécutif un traumatisme (il s'agit alors de l'alexithymie primaire). Mais, dans les cas de régression et dans les cas les plus sévères, le sujet y a recours massivement jusqu'au point où on peut penser à

*« (...) un spectre autistique du moi : la désertification affective caractérisée par une relation blanche à l'objet, la réduplication projective ne permettant pas au sujet d'appréhender l'altérité. Il s'apparenterait*

---

<sup>506</sup> On se référera à *Psychopathologie de l'alexithymie*, sous la direction de Corcos (M.) et Speranza (M.).

<sup>507</sup> Ce processus est proche de la défense maniaque de M. Klein mais s'en distingue par l'absence de valorisation ou dévalorisation émotionnelle de l'objet, cela selon les propositions de Corcos (M.), Guilbaud (O.) et Speranza (M.), *Psychopathologie de l'alexithymie, Ibid.*, p. 52.

*peu ou prou à cette « partie robot » du moi décrite par Mc Dougall (1991). Les barrières autistiques seraient les ultimes barrières avant le retour de la pulsion vers l'inanimé. »<sup>508</sup>*

Ce processus défensif (et organisateur à son échelle, c'est-à-dire à la mesure de l'urgence et du risque de mort encouru) est pour moi un processus anti-traumatique très proche de ce que peut décrire F. Tustin concernant les capsules d'autisme.

Les sujets soumis à d'importants traumatismes ne sont pas tous autistes mais ils ont parfois (souvent ?) recours à ce type de défenses qui court-circuitent la psyché. Bien entendu, plus le traumatisme est précoce et important, plus cette solution est envisagée. Il s'agit bien en effet de sujets ayant été dans l'obligation de choisir la solution la plus radicale (avant de mourir) : exclusion du fonctionnement psychique des pans entiers d'expériences affectives.

Dans nos thérapies, cela donne des patients ayant de très grandes difficultés à reconnaître en eux-mêmes et chez leurs thérapeutes la « gamme » des émotions (je développerai cet aspect lors de l'analyse du cas clinique d'Astrid).

Ce qui m'intéresse ici se décline sur trois plans :

- Il s'agit à la fois d'un fonctionnement normal et d'une défense du sujet face à une expérience traumatique. La réaction au traumatisme est donc située sur un continuum de la vie psychique : Il est plutôt question de penser la dimension traumatique « (...) dans l'infraordinaire des relations précoces plutôt que dans l'extraordinaire d'un événement majeur. »<sup>509</sup>
- Il est à la fois question d'un dysfonctionnement et d'une solution au traumatique, de l'effet et de la solution potentielle à la situation traumatique.
- Il est moins question d'une réaction à un excès d'excitation qu'à un traumatisme en creux :

---

<sup>508</sup> *Ibid.*, p.53.

<sup>509</sup> *Ibid.*

« Ce trauma en creux resterait enregistré chez l'enfant sous un mode somatosensoriel. Une expérience vivante n'a pas eu lieu d'être, mais cela n'a pas été sans effet sur celui qui l'attendait qui va construire dès lors défensivement une coque d'abstraction, une gangue corporelle qui disent une douleur muette et formeront la future enveloppe alexithymique. »<sup>510</sup>

Concernant la clinique du traumatisme, il est sans doute vrai que les plus grandes douleurs sont gelées et muettes. Les conceptions du gel ou de l'encapsulation de parties de l'expérience traumatique vont dans ce sens. Elles rejoignent aussi sur certains points les travaux soulignant la complexité d'une expérience renvoyant à du non-advenu (je pense évidemment à la Crainte d'effondrement de Winnicott).

Parmi les auteurs qui se sont intéressés aux traumatismes, et particulièrement aux traumatismes intentionnels et sexuels, nombreux sont ceux qui ont remarqué la présence des ces gangues ou capsules gelant/conservant tout ou partie de l'expérience. Par la mise en capsule, les parties les plus traumatiques de l'expérience ne se mélangent pas aux autres activités psychiques du sujet. Même les rêves, les fantasmes ou les actions du sujet peuvent, d'apparence, en être épargnés.

L'intérêt de l'encapsulation autistique est qu'elle ne sous-estime ni le poids et le coût de cette défense ni son aspect dynamique :

« (...) Le développement affectif et cognitif semble s'être poursuivi en contournant une « zone aveugle » de développement bloqué, qui est alors devenue une capsule d'autisme dans les profondeurs de leur personnalité. Dans cette capsule, comme dans la « mise en capsule » globale des enfants autistes, se trouvent toutes les potentialités pour le développement du moi, mais une autoreprésentation sûre et authentique n'a jamais pu être réussie de façon satisfaisante. »<sup>511</sup>

Concevoir un processus aussi radical que potentiellement dynamique est très intéressant pour approcher l'expérience traumatique, faisant de l'encapsulation non seulement une défense mais une « solution » potentielle au traumatisme. Toute la difficulté sera bien entendu de pouvoir rendre forme à ces états premiers, à ces expériences non verbales, à ces

---

<sup>510</sup> *Ibid.*, p.54.

<sup>511</sup> Tustin (F.), *Le trou noir de la psyché*, p. 156.

flux et afflux de sensations incontrôlées (c'est aussi cela l'informaté dont je parle, dans sa valeur pathologique et dynamique).

F. Tustin observe d'ailleurs que certains sujets arrivent à organiser et dissimuler leurs capsules autistiques dans des poèmes, des œuvres littéraires ou picturales, des « coquilles de noix », des « violentes tensions » ou des « froids polaires »... Cette part autistique se présente alors à un niveau plus sophistiqué et je retrouve ici certaines « stratégies » de mes patients, leur goût pour des formulations sophistiquées, très intellectuelles, des énigmes...

## 2-2-7 Le recours à l'hallucination

J'ai déjà évoqué la façon dont R.Roussillon aborde les traumatismes précoces ou précocissimes.<sup>512</sup> Il rappelle que sa modélisation peut tout à fait s'étendre à

*« (...) n'importe quelle expérience de détresse face à ce débordement, mêmes celles qui affectent l'appareil psychique à un âge plus tardif. »<sup>513</sup>*

Son hypothèse de l'existence de traces perceptives nociceptives tendant à revenir sous une forme hallucinatoire, traces pouvant être repérées notamment dans le contre-transfert de l'analyste, est particulièrement dynamique concernant l'expérience traumatique.

Rappelant la solution bio-logique de certaines somatisations, il évoque un hallucinatoire provenant de perceptions nociceptives précoces et infiltrant les perceptions actuelles. Le thérapeute n'y aurait accès que par le contexte du transfert et l'analyse de son contre-transfert.

---

<sup>512</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*.

<sup>513</sup> *Ibid.*, p. 17.

Freud avait envisagé dans ses *Etudes sur l'Hystérie* les attitudes passionnelles de l'hystérique reproduisant de façon hallucinatoire le premier trauma, l'affect lié à la fixation n'ayant pu être évacué. La question de l'hallucinatoire s'est ensuite liée avec celle de l'abréaction.

Freud pensait aussi que le rôle de l'hallucination comme retour d'un événement précoce oublié avait été sous-estimé, retour « (...) de quelque chose que l'enfant a vu ou entendu à une époque où il savait à peine parler. »<sup>514</sup> On pourrait ainsi trouver dans les délires « un morceau de vérité historique », ces derniers s'apparentant finalement un peu aux constructions du thérapeute qui élaborerait des vérités traumatiques comme équivalents hallucinatoires entraînant la conviction.

Il me semble que pour Freud la construction est une sorte de solution hallucinatoire au traumatisme, solution plutôt orientée du côté du psychanalyste cependant (c'est lui qui propose la construction, bien que celle-ci soit déduite du matériel clinique et qu'elle nécessite de recevoir la conviction du patient).

Dans *Constructions dans l'analyse*, Freud reconnaît qu'un retour hallucinatoire de perceptions antérieures se fait à la place de la remémoration, venant toutefois confirmer la construction et produisant ainsi des « équivalents de souvenirs de situations traumatiques »<sup>515</sup>

L'hallucination (comme le délire) est ainsi conçue comme un retour d'événements précoces n'ayant pu être saisis dans le langage.

Ce nouveau modèle laisse alors supposer la coexistence d'hallucinations d'expériences antérieures et de perceptions actuelles (traumatiques). Le délire devient alors comme un effort pour faire admettre une réalité historique :

« L'hallucination, le délire, sont une manière de « souffrir de réminiscence ». [...] Et souffrir de réminiscence, ce n'est pas souffrir d'une réalisation de désir déguisé, c'est souffrir du caractère inacceptable, insubjectivable d'un pan de l'histoire, non symbolisé ou insuffisamment symbolisé, traumatique. »<sup>516</sup>

---

<sup>514</sup> Freud (S.), « Constructions dans l'analyse », p. 279.

<sup>515</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.85.

<sup>516</sup> *Ibid.*, p.86.

Processus perceptif et hallucinatoire peuvent ainsi être simultanés, la psyché peut percevoir et halluciner une perception antérieure, hallucination et perception ne s'opposent plus. **Ces considérations sur la réactivation des traces traumatiques mettant en jeu un processus conjoint d'hallucination et de perception sont également déclinables sur mon schéma topique. La ligne perception/hallucination est ainsi représentable sous forme d'un brin de ruban de Möbius pouvant se retourner en l'un ou l'autre ou mettre l'un et l'autre en relation dans une zone de pli de la topique.**

**Cette façon de dialectiser dynamiquement les processus psychiques afin de permettre de mieux appréhender comment l'expérience traumatique est saisie/non-saisie par le sujet, y compris entre perception et hallucination, est particulièrement riche et surtout très pertinente et fidèle à la clinique recueillie.**

Le lien entre l'hallucination et le traumatisme a été fait par de nombreux auteurs (Freud en premier, R. Roussillon ensuite par exemple). Il faut reconnaître qu'elle ne concerne pas toujours le désir du sujet mais souvent la répétition des situations traumatiques qu'il a connues.

R. Roussillon rappelle bien que l'hallucination délirante ne concerne absolument pas une réalisation hallucinatoire du désir mais

*« (...) le retour perceptif hallucinatoire d'expériences subjectives qui n'ont pu être symbolisées, représentées, et qui hantent, en souffrance d'intégration subjective, les alcôves de la psyché. »<sup>517</sup>*

La confusion des deux processus explique selon lui l'échec du traitement des psychoses ; j'irai jusqu'à dire que cette confusion explique aussi pourquoi l'hallucinatoire (peut-être plutôt dans le sens où G. Lavallée en définit le processus sur un continuum) a rarement été envisagé comme une possibilité de travail dans la clinique du traumatisme.

---

<sup>517</sup> Roussillon (R.), « Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction », in *Transfert et états-limites*, p.55.

## 2-2-7 a) La position phobique centrale

On s'étonnera sans doute du fait d'aborder la question de la position phobique centrale dans un chapitre concernant l'hallucination. J'espère faire partager au lecteur en quoi cette « solution » de lutte contre le traumatisme ouvre à cette problématique.

A.Green évoque la position phobique centrale comme souvent rencontrée dans la cure des pathologies limites. Cette théorisation est particulièrement intéressante pour ma recherche parce qu'elle met en évidence les processus défensifs utilisés par les sujets pour éviter de mettre en réseaux, en relations les différents traumatismes, dont la « connexion » est synonyme pour le sujet d'invasion très angoissante, incontrôlable. Or, la notion de mise en réseau traumatique, de connexion des différents traumas est essentielle dans la topique du traumatisme que je propose, elle en est son fondement même.

Je rappelai dans ma première approche des particularités de cette clinique qu'« un trauma seul, ça n'existe pas » : la position phobique centrale serait un des moyens trouvés par le sujet pour éviter l'ampleur traumatique, éviter la mise en réseau des différentes expériences pour ainsi se faire croire que le traumatisme est évité.

Selon A.Green, le réveil de l'un de ces traumas peut toujours résonner avec d'autres : « Le vrai trauma consistera donc dans la possibilité de les réunir en une configuration d'ensemble où le sujet a le sentiment qu'il a perdu sa capacité intérieure de s'opposer aux interdits et n'est plus en mesure d'assurer les limites de son individualité. »<sup>518</sup>

Freud avait évoqué ce type de mesure extrême contre le trauma avec la notion d'évitement, ces deux défenses pouvant s'inscrire dans un travail du négatif.

A. Green a défini la position phobique centrale au sujet d'un patient état limite en thérapie pendant plusieurs années : « Par position centrale, j'entends une disposition psychique de base, qu'on rencontre souvent dans la cure de certains états-limites »<sup>519</sup>. Ce fonctionnement psychique s'observe par l'action du sujet pour entraver « (...) des résonances et des correspondances entre certains thèmes...menaçants, non seulement eu égard aux

---

<sup>518</sup> Green, *La position phobique centrale*, p. 743.

<sup>519</sup> Green (A.), *La pensée clinique*, p.152.



sanctions du Surmoi mais aussi pour l'organisation du Moi. »<sup>520</sup> Le sujet, face à des menaces internes, fait appel à l'effroi ou à la panique sur un mode phobique.

Cliniquement, les propos du patient sont flous, les associations évitées, les événements également floutés (y compris dans leur datation) et « (...) le sens comme émergence de l'association libre dans le rapport transférentiel devient l'objet d'un brouillage et d'une asphyxie quasi systématiques. »<sup>521</sup>

C. Balier a mis en parallèle les observations de Green à propos des états-limites avec celles qu'il a pu faire auprès des problématiques psychopathiques, il va même jusqu'à reconnaître : « La quasi-totalité des sujets, auteurs d'actes de violence, entrent dans le cadre de la *position phobique centrale*. »<sup>522</sup>

Fondant son action thérapeutique, comme A. Green, sur l'intersubjectivité, il reconnaît l'intérêt de travailler la façon dont l'intrapsychique d'un autre sujet a des effets de résonance sur l'intrapsychique de l'autre, il y aurait donc mise en relation des facteurs intrapsychiques des deux sujets.

Je dirai que traumatismes du patient et traumatismes du thérapeute entrent en résonance, C. Balier analysant cela par le concept de *résonance en action*. Cliniquement encore, il est alors important de laisser se déployer cette résonance, de ne pas interpréter trop vite (mais c'est là une préconisation sur laquelle je reviendrai), de ne pas affoler le sujet avec une mise en sens, d'accepter le vague, je dirais encore d'accepter à la fois le déploiement de la mise en réseau des traumas (en « abyme » pour reprendre une terminologie de C. Balier) et, dans le même temps, l'effort du sujet pour l'empêcher.

Le risque alors encouru dans la thérapie est de ne pas identifier les affects qui émergent, de rester dans le flou trop longtemps et sans en avoir conscience. Pourquoi court-circuiter la pensée associative ? Pour éviter la mise en réseau des expériences traumatiques certainement, leur échoïsation dans le sujet et dans l'intersubjectivité, mais surtout

« (...) parce que ce que révèle la détresse est le meurtre de la représentation de la mère qui n'apparaît pas ou du sein qui n'apaise pas la faim mais accroît l'excitation. Lui fait suite le déni d'existence de la propre réalité du sujet qui l'accomplit. [...] Non, cela n'existe pas en moi, ce ne peut être moi, ce n'est pas moi. [...] Voilà donc une variété nouvelle du travail du négatif portant sur

---

<sup>520</sup> *Ibid.*

<sup>521</sup> *Ibid.*, p.165.

<sup>522</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.310.

*l'hallucination négative du sujet par lui-même, consistant moins en une non-perception qu'en une non-reconnaissance. »<sup>523</sup>*

C. Balier avoue avoir voulu transcrire cette citation en lettres d'or tant elle répond aux problématiques avec lesquelles il travaille, je passe aussi aux aveux quant à son intérêt pour la question de l'expérience traumatique. C'est bien l'enchaînement de catastrophes psychiques qui est empêché, au risque de confronter le sujet avec sa non-reconnaissance en tant que tel.

Dans ma clinique, j'ai souvent observé les efforts (inconscients) des patients pour court-circuiter, entraver cette mise en relation des expériences traumatiques. Il est trop facile d'y reconnaître une défense, encore faut-il s'assurer de ce contre quoi elle préserve : il s'agit le plus souvent du danger de non-représentation, de non-existence, de non-reconnaissance.

Allez trop vite en poussant le sujet à la mise en sens de cela reviendrait à lui mettre le nez dans ce qu'il ne voit pas ou, plutôt, ce serait comme si on le poussait devant un miroir où rien n'apparaîtrait.

C'est bien entendu tout le champ de l'hallucinoire comme solution anti-traumatique qui est ouvert avec ce processus.

## 2-2-7 b) L'hallucination négative

L'hallucination négative est une solution à l'expérience traumatique. Quand s'éveille un sentiment de danger devant une représentation potentiellement traumatique par ce qu'elle peut évoquer de « trop » d'investissement objectal, d'un retour de l'objet trop massif ou bien d'affects dangereux qui pourraient bien ensevelir, submerger le sujet, ce dernier peut avoir recours à l'hallucination négative.

---

<sup>523</sup> Green (A.), *La pensée clinique*, p.171.

Entre l'écueil d'un objet trop présent et celui d'un objet trop absent, d'un objet surinvesti ou délaissé, le sujet traumatisé vit souvent une menace de non-existence et de *non-représentation* (C. et S.Botella).

Cette négativité visible dans ses effets et dont C. et S.Botella soulignent la difficulté à l'intégrer parfois aux théorisations freudiennes est selon moi indispensable pour approcher la question traumatique. Elle a l'avantage de « tenir » les aspects paradoxaux de l'expérience traumatique et d'approcher autant que possible le silence (S.Ferenczi) et la mort plus que l'absence. **Elle tient à la fois de l'ultime recours, flirte avec la mort tout en manifestant l'effort désespéré et vital du sujet pour faire face à son traumatisme.**

Devant le danger de non-représentation, l'urgence à figurer dont j'ai précédemment parlé<sup>524</sup>, le sujet rassemble toutes ses forces pour figurer l'expérience en donnant à son rappel une puissance sensorielle mise en œuvre dans l'hallucination négative :

*« Contraint à la fois de nier et de figurer la présence de l'objet, il y arrivera parfaitement avec l'éclat du vide de son hallucination négative. »*<sup>525</sup>

A. Green fait l'hypothèse qu'entre le jeu de la représentation et la naissance d'une vraie pensée se produit

*« (...) une hallucination négative de la représentation de l'objet (la mère ou le sein) pour qu'advienne, non pas une représentation plus ou moins réaliste, comme le soutient Freud, mais une représentation des relations au sein d'une représentation et entre diverses représentations. »*<sup>526</sup>

La pensée ne vient donc pas pour lui directement de la représentation (bien que celle-ci soit évidemment indispensable) et l'hallucination négative est un processus fondateur qui permet de « préparer » le terrain de la pensée, de l'inscrire dans la complexité des réseaux de représentations. On trouve ici une parenté de réflexion avec les propositions de R. Roussillon.

Ces considérations ont sans doute à voir avec les « blancs de pensée » observés si fréquemment dans la clinique du traumatisme. Ces blancs ne s'inscrivent en rien dans une économie de refoulement, mais signifie plutôt la communication d'une pensée sans contenu. Il faut cependant faire attention à cette nuance de taille : les contenus ne sont pas

---

<sup>524</sup> *Supra.*, chapitre 1-2-6, page 59 de cette thèse.

<sup>525</sup> Botella (C. et S.), « L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance », p.698.

<sup>526</sup> Green (A.), *La folie privée*, p.355.

communicables mais le fait que la pensée soit sans contenu doit être communiqué au thérapeute, un peu comme « (...) une représentation de l'absence de représentation. »<sup>527</sup>

Il faut parfois un « blanc » ou une hallucination négative dans l'économie traumatique, pour communiquer une pensée, ou même seulement communiquer que la pensée n'est pas morte. Peut-être même faudrait-il aller chercher un paradoxe pour signifier qu'hallucination négative et blancs de pensée sont là pour communiquer l'incapacité de penser.

Ce négatif n'est pas le « je ne sais pas » du névrosé, il est la traduction d'une pensée suspendue, presque morte, mais qui doit le dire :

« Ce qui est expulsé est un gouffre, l'envers d'une bouche primitive qui, en vomissant psychiquement, s'expulse elle-même et voudrait happer le sujet du dehors. C'est la haine qui est ainsi expulsée –ou quelque chose qui ne porte même pas ce nom beaucoup trop différencié-, l'activité d'une cavité sans limite qui voudrait attirer à soi toute la psyché dans une néantisation mortifère. Ce n'est pas le psychotique qui nous le montre le mieux car il est parfois au-delà dans l'inertie ou au contraire dans le comblement de ce vide par la multiplicité des significations du délire plus ou moins profus. Non, ce sont les cas-limites toujours menacés par le gouffre, le trou, le vide sur lequel est projeté le désir de les happer et de les entraîner vers des tréfonds insondables qui nous font sentir, plus qu'ils ne nous les représentent, les abîmes où se perd la pensée. »<sup>528</sup>

Il s'agit bien d'une expulsion au service d'une survie, expulsion risquée car coûteuse psychiquement et risquant d'épuiser le sujet. Mais il faut reconnaître le travail du négatif comme donc celui de

*« L'hallucination négative qui va rompre le lien à la représentation de chose, mais la continuité qu'elle crée dans la psyché sera mise au service des liaisons du langage. La négation réussit l'affranchissement de la dépense en refoulement mais elle est une manière de reconnaître ce qu'elle nie. »<sup>529</sup>*

Dans l'économie traumatique, l'hallucination a donc la fonction de re-lie ce qui a été effacé, à condition toutefois que quelqu'un soit là pour aider à le faire. Une hallucination négative « à vide » ne peut qu'amputer le sujet d'une partie de son expérience.

---

<sup>527</sup> *Ibid.*, p.356.

<sup>528</sup> *Ibid.*, p.358-359.

<sup>529</sup> *Ibid.*, p.360.

Cliniquement, le thérapeute repère souvent ce processus lorsqu'il ne comprend rien à ce que lui apporte son patient, ne peut lier les éléments apportés. C'est à ce moment qu'il faut suivre les recommandations de Bion afin de se laisser surprendre par ce qui n'était pas un instant envisageable.

Que je puisse utiliser le terme de « solution traumatique » concernant l'hallucination négative peut évidemment un peu heurter. Cette solution est désespérée et donc très limitée, elle n'en porte pas moins tout l'effort du sujet et constitue un véritable recours. Elle n'est radicale que parce que l'expérience qu'elle tente de figurer est radicale également ; il ne s'agit pas d'une économie où l'on fabrique tranquillement du souvenir, du refoulé.

C'est une solution exceptionnelle, radicale et coûteuse économiquement, son recours pourrait bien épuiser le sujet. Elle n'a pas la valeur de nuance et de compromis du rêve, elle nie plus abruptement l'objet. Dans ce « compromis hallucinatoire » l'objet est nié et rappelé cependant, quitte à rendre confuse l'expérience.

Ferenczi avait évoqué cette solution dans *Thalassa* à propos du déni du traumatisme par hallucination négative.

C. et S. Botella donnent un bel exemple de cette « solution » que peut constituer l'hallucination négative face au trauma avec le cas de Florian<sup>530</sup> suspendu à la perception de l'analyste et des bruits et images de la séance. Je remarque à quel point ces auteurs insistent sur le fait que Florian tend sa musculature (jusqu'à avoir mal), se suspend à la perception

*« (...) moins comme défense pour éviter une possible émergence des représentations refoulées, que comme moyen de survie contre le vide, contre l'effet désorganisateur de la perte de la perception de l'analyste. »*<sup>531</sup>

Je retrouve là deux points de rencontre avec ma recherche :

- la distinction entre une économie de survie (celle du traumatisme) et une économie plus « préoccupée » (par un éventuel retour des représentations refoulées par exemple)

---

<sup>530</sup> Botella (C. et S.), « L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance ».

<sup>531</sup> *Ibid.*, p.692.

- l'accent mis sur l'aspect dynamique et organisationnel : il ne s'agit pas seulement de parler de défense mais d'un moyen de survie et d'organisation face à l'éventuelle désorganisation ; bref, une « solution » du traumatisme.

Florian vient donc à la séance suivant le récit d'un rêve (où il refuse de prendre une douche avec son analyste) en informant son thérapeute qu'il l'a vu le matin même boulevard St-Michel à Paris (où l'analyste était en effet, mais en présence de sa femme !).

Les associations suivantes amènent Florian à douter de sa perception (« *Je ne sais plus si je vous ai vu ou non, vous étiez avec des lunettes noires* ») dans un récit suscitant des sentiments d'étrangeté chez le thérapeute.

Au fur et à mesure se figure chez l'analyste une image ainsi résumable : « Moi hiératique avec des lunettes noires ». Au souvenir agréable de la matinée du psychanalyste s'opposent avec force des images de morts-vivants, lunettes de deuil, rigidité....

Une double représentation « Moi détendu, Moi hiératique » apparaît, figurant « deux modes de travail parallèles d'un même psychisme ». En retrouvant avec humour le cadavre en vacances », l'analyste s'en sort en condensant la double représentation dans un compromis.

Mais Florian, lui, n'en sort pas aussi facilement et continue de se questionner sur les lunettes noires et la présence de son analyste boulevard St-Michel : « *Je ne vois plus si je vous ai vu... Je vous cherche dans l'image et je ne vous trouve plus...* » : « Autrement dit l'analyste disparaît dans le souvenir hallucinatoire de Florian. »<sup>532</sup>

Un tel processus s'apparente évidemment fortement à l'hallucination négative et il est extrêmement important de noter que cette hallucination s'accompagne chez le psychanalyste d'un travail de figurabilité (le cauchemar). Le cauchemar du thérapeute deviendrait

« (...) le pendant, le complément, le positif de l'hallucination négative de l'analysé (...) le psychisme de l'analyste a servi de « chambre noire » pour révéler ce qui ne pouvait s'inscrire qu'en négatif chez l'analyste. »<sup>533</sup>

Lorsque j'étudierai les particularités du dispositif en double écoute proposé pour le traitement des traumatismes sexuels, j'avancerai l'idée que ce dispositif, plus qu'une simple

---

<sup>532</sup> *Ibid.*, p.695.

<sup>533</sup> *Ibid.*, p.695.

écoute, amplifie la fonction de révélateur (au sens photographique), de chambre noire pour révéler ce qui, dans l'expérience traumatique du sujet, s'inscrit le plus souvent en négatif.

Nombre de ces patients ressentent un danger de non-représentation et utilisent alors l'hallucination négative comme dernier recours.

Le recours à l'hallucination négative est évidemment une solution *in extremis*, efficace mais coûteuse et peu nuancée. Elle reste une « représentation de l'absence de représentation » (A. Green) ou, comme le note J. Guillaumin « (...) absence de représentation, en tout cas consciente et préconsciente... de la représentation même de cette absence. »<sup>534</sup>

C'est bien pour cette raison que le négatif occupe une place importante dans ma proposition de compréhension de l'expérience traumatique, dans son lien avec l'infirmité, notion de déformation de l'expérience que j'ai précédemment dégagée, particulièrement engagée dans la clinique du traumatisme sexuel :

*« (...) le négatif, pour de vrai, c'est ce qui n'existe pas comme forme ni comme suggestion de forme, le défaut même de toute émergence de structures, et de toute place pensable pour en accueillir une. C'est, si l'on veut, l'informe, comme non sens, dans l'acception la plus directe des termes, la pensée sans pensée. »*<sup>535</sup>

**Ces propos sont tout particulièrement en lien avec la représentation que je tente de donner du jeu de la forme traumatique de l'expérience dans la psyché du sujet et même dans le transfert. Le schéma topique et dynamique que je propose souhaite bien mettre en évidence la recherche de spatialisation de l'expérience traumatique, il est bien topique en ce sens. Il montre que la forme de l'expérience (à travers ses couples d'opposés –dedans/dehors, anal/phallique, psyché du sujet/psyché du thérapeute...) cherche à se situer, à trouver une place, à se former, se cristalliser dans le cylindre développable de mon schéma.**

**Avant de penser le traumatisme comme une souffrance, il faut d'abord le penser comme une expérience cherchant à se qualifier, même pas encore souffrante... Ou plutôt une expérience terriblement en souffrance de ne pouvoir encore souffrir. Dans le véritable traumatisme, le sujet n'a pas encore la place pour souffrir, c'est pire, il ne sait pas d'où ni comment il souffre.**

---

<sup>534</sup> Guillaumin (J.), « Théorie du négatif ou pensée en négatif en psychanalyse », p.132.

<sup>535</sup> *Ibid.*

Dans la clinique du traumatisme sexuel que j'ai pu recueillir, les patients font souvent référence à une amnésie massive, d'ailleurs souvent évoquée lors du premier entretien de façon un peu paradoxale (« je ne me souviens de rien, c'est ça qui me traumatise »). J'ai bien montré je crois comment l'on avait le plus souvent à se confronter à une clinique qui n'était pas celle du refoulement ou des souvenirs ; ces derniers sont comme exclus de la psyché, la mémoire est souvent « blanche ».

Il n'est pas toujours question d'envisager l'objet comme un objet de fantasmes ou de désirs inconscients. L'objet n'est parfois pas là, le sujet ne se voit pas dans la glace, comme d'ailleurs il ne se voit pas dans le miroir que lui offre les thérapeutes. Il ne voit parfois même pas les thérapeutes, comme Astrid, cette patiente qui confond ma cothérapeute avec la plante verte à ses côtés ou qui nous fait disparaître dans le fond blanc de la pièce, nous négativant dans le mur (il faudra quelques années pour qu'elle puisse distinguer les « quatre z'yeux clignotant » de ce fond blanc puis le couple des psychologues, et enfin chaque thérapeute avec son épaisseur).

C'est quelquefois en effet l'hallucination négative qui est le modèle de rencontre avec l'expérience traumatique mais aussi avec l'autre. Dans son étude sur l'hallucinatoire, G. Lavallée<sup>536</sup> observe que l'hallucinatoire positif se place plutôt du côté des contenus, donnant de l'intensité à la présence des figurations perceptives ou endoperceptives, l'hallucinatoire négatif servant plutôt de contenant en diminuant la présence de ce qui est là. On retrouve là l'insistance que j'ai déjà soulignée concernant le traumatisme sur une problématique des contenants plutôt que des contenus.

Mais G. Lavallée complexifie son observation en établissant un continuum (comme il le fait dans sa théorisation de l'hallucinatoire et du perceptif) et une interdépendance entre hallucinatoires positif et négatif, tous deux se contenant dans une relation contenant-contenu. Pour lui, l'hallucinatoire négatif découle de l'hallucinatoire positif : « (...) le destin de l'hallucinatoire positif en excès est de se négativer pour former un contenant. »<sup>537</sup> Cette complexité rend compte de l'intrication des pulsions de vie et de mort.

Il est en effet plus intéressant et dynamique de penser les solutions psychiques dans une continuité plutôt que de les opposer, de penser le continuum de la vie psychique plutôt qu'un clivage normal/pathologique ou traumatique/non-traumatique. Pour G. Lavallée, il y a

---

<sup>536</sup> Lavallée (G.), *L'enveloppe visuelle du moi, perception et l'hallucinatoire*.

<sup>537</sup> *Ibid.*, p.60.



ainsi un *potentiel hallucinatoire* pouvant transformer une partie de l'hallucinoire négatif de mort en hallucinoire positif de vie.

Allons plus loin dans la théorisation de G. Lavallée : il souligne qu'il faut à la fois percevoir et penser mais qu'il y a antagonisme entre ces deux mouvements, le pôle perceptif devant être psychiquement fermé pour pouvoir endopercevoir le monde interne. Il y aurait une sorte d'écran psychique permettant à la fois de voir à travers et de se voir dedans, semi transparent en quelque sorte, ce miroir étant une production psychique.

La nature psychique de cet écran interroge en ce qu'il permet au sujet de ne pas voir psychiquement ce qui est pourtant sous ses yeux. Ce phénomène existe : c'est l'hallucination négative.

Un exemple de ce lien entre hallucination positive et négative est donné en soulignant que la négativation de la réalisation hallucinoire positive « *en présence de la mère, à l'acmé de la satisfaction* »<sup>538</sup> produisait, par l'introjection pulsionnelle, « l'hallucination négative de la mère en tant qu'écran psychique. »<sup>539</sup> :

« Quand sa mère s'ajuste à lui en donant le sein au moment où il a faim, le bébé vit que son désir se réalise hallucinoirement, et il s'agit là du continuum hallucinoire positif entre le sujet et l'objet. Notons que c'est ce même continuum qui sera réactualisé lors d'une intervention ajustée de l'analyste dans l'hallucinoire de transfert !

*A l'acmé de la satisfaction hallucinoire positive quand le bébé a introjeté sa mère en même temps qu'il a absorbé goulûment son lait, le signe de l'hallucinoire s'inverse, la présence de sa mère tend à s'effacer au-dehors parce qu'il l'a introjetée au-dedans. De la même façon, dans l'analyse, c'est à l'acmé du mouvement de « conjonction transférentielle » (J.-L. Donnet 1995) quand patient et analyste éprouvent en même temps la même chose que l'analyste sera halluciné négativement par le patient dans l'introjection pulsionnelle des produits de son analyse !»<sup>540</sup>*

Si G. Lavallée dresse ce parallèle avec l'absence de perception visuelle de l'analyste dans la cure-type, je l'élargirai volontiers à tout dispositif issu de la méthode psychanalytique, tout dispositif permettant au thérapeute de s'absenter suffisamment devant son patient.

---

<sup>538</sup> *Ibid.*, p.69.

<sup>539</sup> *Ibid.*

<sup>540</sup> *Ibid.*, p.70.

Cette régression formelle, « (...) active l'hallucination négative de la mère et produit l'écran sur lequel les pensées de l'analysant pourront être projetées et devenir lisibles (...) »<sup>541</sup>, elle produit une « enveloppe visuelle négative qui favorise la « vision du dedans », c'est-à-dire la représentation au détriment de la perception. Autre façon de dire, en suivant G. Lavallée, que le sujet n'investit pas forcément que ce qu'il a sous les yeux, il « interiorise » et « efface » l'objet primaire à partir d'une enveloppe visuelle du moi composé d'un filtre hallucinatoire négatif « bien psychisé ».

Une courte vignette clinique, dans la longue thérapie d'Astrid (dans le dispositif d'une cothérapie, en face à face) illustre bien ce propos<sup>542</sup> :

Dans les premiers mois et même les premières années de sa thérapie, la double présence des thérapeutes est soit vécue comme un objet très persécuteur, soit « absente » ou plutôt hallucinée négativement.

Nous sommes en fait d'abord perçus comme un bloc ne se détachant pas du mur blanc derrière nous, ce bloc prenant peu à peu du relief avant de permettre une réelle différenciation des deux psychologues.

Daphnée et moi puis Judith et moi (après le changement de ma cothérapeute) sommes perçus ou négativés dans une globalité (peu importe alors que ce soit Daphnée ou Judith puisqu'Astrid fait disparaître le bloc des thérapeutes et non pas l'un ou l'autre). De plus en plus cependant (mais après des années de traitement), des possibilités de différenciation apparaissent, une hallucination négative plus opérante permettant sans doute d'introjecter avec plus d'assurance notre permanence et nos différences, comme lors de cette séance où Astrid remarque en faisant un geste nous englobant: «*Vous êtes beaux, vous ressortez bien sur le fond blanc* (le mur), *vous avez épuré* (on a enlevé le lampadaire). *C'est bien* (elle me regarde). *Vous êtes bien* (j'ai une nouvelle veste)». Ou encore à la séance suivante: «*Oh, c'est mignon !* (en nous regardant alternativement): *noir/vert, vert/noir* (les co-thérapeutes sont habillés avec les mêmes couleurs mais inversées)».

Dans les premières années, Astrid essaie ainsi souvent d'éviter nos regards et se met un peu de profil. Ainsi dira-t-elle : « creuse comme une feuille, je ne vois que vos yeux qui clignent. »

---

<sup>541</sup> Lavallée (G.), « Des « lanternes magiques » à « l'enveloppe visuelle » du moi », p. 429.

<sup>542</sup> *Supra.*, chapitre 4-1 p. 638 de cette thèse : « Présentation d'un cas clinique : Astrid ou le jeu traumatique avec les psychologues » pour l'exposé plus détaillé de ce cas clinique. Astrid est une patiente suivie pendant dix ans dans ce dispositif.

Astrid prend ainsi contact avec nous, nous sommes «mignons» allons «bien ensemble», nous nous détachons du fond. Serions-nous dans le même tableau?

Ainsi, quand le bébé somnole repu, sa mère est encore là devant lui mais tout se passe comme s'il ne la voyait plus :

*« (...) un écran psychique hallucinatoire négatif pare-excitation et surface d'inscription s'est créé en lui.*

*Il s'est passé pour lui face à une grande excitation et à l'apaisement consécutif (comme pour l'adulte après l'orgasme sexuel) le traitement idéal, conséquence de l'introjection pulsionnelle : l'écran ferme psychiquement le pôle perceptif et permet la figuration. G. Lavallée soutient que c'est à ce moment là que l'« aperception » de la mère (Winnicott, 1971) est possible, le bébé pouvant se voir dans le visage de sa mère en l'oubliant : « Le premier miroir hallucinatoire et positif constitué à partir du visage maternel reflétant mimétiquement les éprouvés du bébé s'est négativé : il est devenu écran. »<sup>543</sup>*

C'est bien le moment où ce bébé est « seul en présence de sa mère » (Winnicott).

Sans ce travail psychique, le visage de la mère deviendrait visage de Gorgone, comme il se passe dans la psychose. Ce processus d'hallucination négative est ouvert dans l'enveloppe du rêve, l'enveloppe endoperceptive diurne et l'enveloppe perceptive.

L'intérêt de cette modélisation est de ne pas isoler l'hallucination négative comme phénomène pathologique. Elle est d'en faire une propriété anti-traumatique de l'appareil psychique en lien avec une théorisation complète de l'hallucinatoire.

Dans la clinique du traumatisme et particulièrement du traumatisme sexuel, le recours à l'hallucination négative est très fréquemment utilisé. Je donne ici une vignette clinique concernant Denis, où ce processus apparaît nettement :

Denis<sup>544</sup> est un adolescent sous injonction thérapeutique. Ayant violé deux de ses frères, il a lui-même été violé par son oncle lorsqu'il était petit puis très violemment par un

---

<sup>543</sup> *Ibid.*, p.70.

<sup>544</sup> On se référera à l'exposé complet de ce cas dans le chapitre 2-3-2 h), « Illustration du modèle : Denis ou les incessantes pliures de l'expérience », p.474 de cette thèse.

autre adolescent du foyer (Yannick) ; il raconte l' « émoi amoureux » évoqué dans la vignette suivante juste après avoir parlé de la confrontation avec ce dernier agresseur :

*« Quand j'embrassais mon ex, on aurait dit des flashes programmés automatiquement, des flashes de mon oncle ; j'ai l'impression d'être dans l'image mais plus grand. Je suis dans la scène : mon oncle me viole, me fait des fellations. C'est des images qui me préviennent de quelque chose. Une image noire et d'un coup une lumière apparaît. En embrassant ma copine j'ouvre les yeux et je ne vois pas l'image en entier. J'ai aussi des flashes de Yannick qui me tape et de l'autre qui me soigne. Ca vient quand je suis détendu. »*

On observe ici à la fois la tentative et l'échec de l'hallucination négative dans l'organisation du traumatisme. Dans une situation trop excitante pour lui (il est terrorisé à l'idée d'un baiser qui pourrait l'entraîner dans une relation violente), il tente de former cet écran psychique mais n'y parvient pas. L'introjection est impossible et ne peut fournir l'apaisement, l'excitation prend le dessus en même temps qu'un hallucinatoire débordant et désorganisant. Les yeux ouverts, trop près du visage de sa petite amie, les pôles perceptifs et hallucinatoires sont ouverts en même temps.

D'autres exemples seront donnés par Denis de ce recours, parfois inefficace, à l'hallucination négative. Ainsi, on retrouve l'usage de cette solution anti-traumatique lorsqu'il décrit des scènes où, à table avec son frère Frédéric et alors qu'il ressent une piquée (décrite à la fois comme une excitation et le rappel de « ne pas le faire »), des « trous noirs » succèdent à « des flashes de mon oncle ».

Denis évoque ainsi la question d'une répétition hallucinatoire du trauma lorsque ce ne sont pas les expériences de satisfaction et d'apaisement qui dominent dans l'histoire du sujet mais les traumatismes. R. Roussillon (2001) se pose cette question du lien entre hallucination et répétition dans les problématiques « narcissiques identitaires ».

Dans ces cas là, l'hallucinatoire peut ne pas assurer réellement une fonction d'organisation, le sujet (le bébé-sujet) tenterait alors de lier perception et représentation en répétant les traumatismes : « Les traumas sont traités par l'hallucinatoire *comme* les moments

heureux ! Trop de plaisir, comme trop de douleur, produit une « affectation énergétique » : « c'est trop ! » disent d'ailleurs indifféremment les « ados ». »<sup>545</sup>

Cela rappelle l'expérience physiologique citée par C. Janin : les récepteurs épidermiques ne peuvent distinguer un « trop » de chaud d'un « trop » de froid, seul le « trop » d'excitations est enregistré.

Tout se passe selon G. Lavallée comme si l'hallucinoire n'était sensible qu'à la quantité mais pas à la qualité de l'expérience (j'avoue moins le suivre en ce domaine, il me semble que, justement, les défenses les plus archaïques peuvent garder l'épaisseur et la qualité de l'expérience). En tout cas, on voit bien alors le type de pathologies pouvant s'instaurer devant cet échec de l'hallucinoire et la répression de l'affect, ce sont par exemple celles étudiées par C. Balier en ce qui concerne la psychopathie. On trouve dans ses travaux l'exposé de situations thérapeutiques où un hallucinoire « fourvoyé » peut être remanié dans une psychothérapie en milieu carcéral.

C. Balier a en effet évoqué l'intervention d'hallucinations négatives dans la genèse du recours à l'acte (à partir de l'exemple d'un viol notamment). Selon lui, l'hallucination négative opèrerait à deux niveaux : le premier, très régressif, est illustré chez les patients auxquels il s'intéresse, qui tend par exemple à effacer l'évocation de la mère contenue dans la perception d'une femme (lors d'un viol par exemple). L'hallucination négative, dans ce cas, fonctionne et ne fonctionne pas : elle soustrait la perception mais laisse se développer la violence pulsionnelle :

« C'est en fonction de la résurgence d'un manque insupportable de la relation à l'objet, créé par un traumatisme, que la perception externe réveillant une perception interne lui donnant sens (une femme rencontrée qui, par un trait minime, réveille le souvenir inconscient de la mère), déclenche le mouvement impératif de possession dans lequel la valence destructive l'emporte.

Ce besoin est tel que l'image de la mère est effectivement abolie. Cependant, elle demeure toute proche, comme me l'ont montré certains cauchemars de patients dans lesquels ils violaient leur mère. [...] Tout se passe comme si le violeur pouvait se dire, façon Angelergues, « c'est une mère mais ce n'est pas ma mère ». »<sup>546</sup>

Je reviendrai, avec C. Balier notamment, sur la façon dont l'hallucination négative n'est pas utilisée seulement comme défense (bien que je voie déjà dans ce mode anti-

---

<sup>545</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.81.

<sup>546</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.318.

traumatique une solution potentielle) mais est au service d'un partage d'affects (nommée alors l' « hallucinatoire »).

Ainsi, même dans ces cas les plus graves, l'expérience traumatique portant la trace de tous ces échecs processuels, en garde aussi le potentiel :

« Cette question de la répétition hallucinatoire du trauma si elle conduit à un certain pessimisme ontologique : « l'être humain est-il fait pour vivre ? » ne me conduit donc pas pour autant à un pessimisme thérapeutique. Le « potentiel hallucinatoire » toujours là, mais « fourvoyé » dans une organisation pathologique, devrait pouvoir être accueilli, transformé, régulé, et réorganisé dans l'hallucinatoire de transfert.

Tout patient aspire à trouver un objet de continuum hallucinatoire pour élaborer ses traumas. »<sup>547</sup>

C'est exactement ce type de travail que j'ai souhaité faire dans cette étude des solutions au traumatisme, même pour les plus extrêmes. Il ne s'agit pas d'un optimisme béat mais bien d'un propos organisé à partir de considérations cliniques et métapsychologiques : dans sa rencontre avec le traumatisme, la psyché du sujet reste porteuse à la fois des échecs des tentatives d'élaboration de ses expériences désorganisantes et des tentatives de résolution, du potentiel anti-traumatique.

## **2-2-8 Transmission et traumatisme, travail de la honte et de la culpabilité**

J'ai exposé précédemment la complexité topique du modèle proposé par A.Ciccone et A.Ferrant concernant la compréhension du traumatisme. Cette conceptualisation dynamique

---

<sup>547</sup> *Ibid.*, p.81.

engage aussi des solutions au trauma, par exemple en montrant comment la culpabilité intègre, subjective et atténuée le traumatisme, comment la honte se met « (...) au service de la sauvegarde du lien avec l'autre semblable. »<sup>548</sup>

Ces auteurs décrivent trois types de rapport entre honte, culpabilité et traumas. Je m'intéresserai plus particulièrement à celui qui envisage honte et culpabilité comme des *modes de traitements* du traumatisme (A.Ciccone et A.Ferrant les envisagent aussi comme pouvant être cause et effet du traumatisme).

Ces « souffrances *de* et *dans* l'intersubjectivité » que sont la honte et la culpabilité supposent donc « (...) un sens développé d'une signification partagée, de l'événement, de la situation concernée. »<sup>549</sup> Si elles sont « importées » disent ces auteurs, c'est avant tout l'autre qui dit au sujet qu'il doit avoir honte ou se sentir coupable (cela étant amplifié pour la honte).

## 2-2-8 a) Transmission psychique et traumatisme

La question de la transmission psychique, consciente et inconsciente, est beaucoup trop large et complexe pour que je puisse ici l'explorer. Certaines questions méritent pourtant d'être soulevées, comme celle posée par A. Ciccone dès l'introduction d'un de ses livres :

« *Comment la transmission traite-t-elle l'impact traumatique du traumatisme. Comment la transmission est elle-même traumatique et que produit le traumatisme de la transmission ?* »<sup>550</sup>

La modélisation de cette transmission, notamment sur la question du traumatisme, est fondée pour A. Ciccone sur l'identification projective, « voie royale », à la fois à l'origine et effet de cette transmission.

---

<sup>548</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Ibid.*, p.3.

<sup>549</sup> *Ibid.*, p.35.

<sup>550</sup> Ciccone (A.), *La transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, p.7.

A. Ciccone insiste sur la nécessité de considérer l'aspect fantasmatique de la transmission conçue comme un mythe, un fantasme pouvant organiser les liens intersubjectifs, générationnels et généalogiques.

Je ne retiendrai ici que certains aspects de cette théorisation et notamment un

*« (...) processus particulier participant à la fois d'une transmission traumatique actuelle et de la construction d'un fantasme de transmission : il s'agit du processus que j'ai appelé « empiètement imagoïque » »<sup>551</sup>*

Ce processus a la particularité de réunir une réponse à une transmission traumatique tout en participant lui-même à cette transmission traumatique et soutenant la naissance et le déploiement du fantasme de transmission.

Je prendrai comme modèle de cette transmission et de ses avatars le contexte du handicap exploré par cet auteur dont il constitue une des situations « les plus traumatogènes » par trois de ses effets notamment : une rupture dans la filiation, une déception originaire et une séparation psychique brutale et précoce. R. Kaës (1994) a proposé une déclinaison du fantasme de transmission dans des contextes non pathologiques où le fantasme sert alors de défense contre l'angoisse de devenir sujet de son inconscient mais aussi de représentation de la place du sujet dans les générations.

A. Ciccone s'est plutôt intéressé à la transmission traumatique, dépassant les processus psychiques de symbolisation. :

*« La transmission traumatique concerne des objets aliénants, peu transformés ou peu transformables, et produit elle-même des objets peu transformables. Le fantasme de transmission, dans un tel contexte, devient facilement conscient, non pas quant à sa nature fantasmatique ou mythique, mais quant au contenu de ses énoncés qui est vécu concrètement, comme rendant compte d'expériences et d'événements concrets. Le fantasme de transmission indique ainsi ou révèle une transmission traumatique, et tente de réduire le traumatisme de la transmission ou le traumatique dans la transmission, par un travail de transformation. »<sup>552</sup>*

Devant l'altérité traumatique imposée par la rencontre avec un enfant handicapé par exemple, des défenses et aménagements sont mis en œuvre. Des processus symbiotiques

---

<sup>551</sup> *Ibid.*, p 9.

<sup>552</sup> *Ibid.*, p.75.



(*symbiose secondaire* pour essayer de retrouver une illusion primaire et lutter contre cette séparation catastrophique due au handicap), maniaques ou mélancoliques peuvent alors se développer.

Parmi ces processus, deux me semblent assez fréquemment et massivement utilisés par les sujets traumatisés, notamment en ce qui concerne les violences sexuelles ; il s'agit des fantasmes de transmission et de culpabilité.

Je traiterai dans le chapitre suivant des fantasmes de culpabilité, je me contenterai ici d'étudier les fantasmes de transmission dans leur potentialité de traitement et de mise en œuvre du processus traumatique.

Cette modélisation a l'intérêt d'offrir un exemple de saisie à la fois des aspects pathologiques et dynamiques du traumatisme ; elle permet aussi de comprendre les potentialités d'appropriation de l'événement traumatique (le handicap par exemple) et de son inscription dans la généalogie et les générations. Enfin, elle permet d'appréhender la complexité topique du traumatisme et d'articuler différents temps et lieux psychiques en rappelant, « réveillant » des traumatismes passés auxquels l'actuel va se connecter : « Le traumatisme actuel produit un réinvestissement d'expériences traumatiques passées, réelles ou imaginaires, enfouies, oubliées, expériences traumatiques appartenant à l'histoire du sujet ou de la famille. »<sup>553</sup>

L'« appel » du et au traumatique est donc étendu et concerne aussi l'histoire infantile des parents, voire la « préhistoire » (l'enfant handicapé rappelant un ancêtre porteur d'un tel signe). C'est bien cette mise en relation entre l'actuel et le passé qui peut permettre le développement de *fantasmes de transmission*. Cet appel est rendu nécessaire pour traiter la culpabilité, ce qui reste énigmatique, ce qui ne peut pas être réprimé ni symbolisé de l'expérience traumatique.

Le « fantasme de transmission » évoqué par R.Kaës (1994) puis A.Ciccone (1997, 1999),

« (...) est un scénario construit ou reconstruit, conscient ou inconscient, dans lequel le sujet se désigne comme l'héritier d'un contenu psychique transmis par un autre, contemporain (dans un lien inter- ou transsubjectif) ou ancêtre (dans un lien généalogique inter- ou transgénérationnel) »<sup>554</sup> : « (...) dans ces fantasmes, l'expérience traumatique est désignée comme transmise par cet autre. De tels

---

<sup>553</sup> *Ibid.*, p.69.

<sup>554</sup> *Ibid.*, p.74.

*fantasmes innocentent le sujet (celui-ci n'y est pour rien puisque tout vient d'un autre), inscrivent le sujet dans une génération et dans une généalogie, lorsque cet autre est ancêtre, et enfin permettent un travail de subjectivation, d'appropriation par le sujet d'une histoire traumatique étrangère –dans le même mouvement qui conduit le sujet à s'en déposséder. »<sup>555</sup>*

Ces fantasmes de transmission sont donc aussi des modes de traitement du traumatisme. Hors du champ du traumatisme sexuel, certains auteurs comme A.Ciccone ont bien montré le déploiement de ce type de fantasmes dans la clinique du handicap par exemple (dans ce cas, la tare ou le handicap sont désignés comme transmis par un ancêtre, innocentant ainsi le sujet tout en l'inscrivant dans les générations et la généalogie, soutenant enfin le travail d'appropriation de cette histoire traumatique dans le même temps où il tente de l'évacuer).

L'impact traumatique est parfois tel qu'il fait se connecter des temps et registres extrêmement éloignés ; les fantasmes de culpabilité sont donc particulièrement mis en œuvre pour « traiter ensemble » ces temps et registres. Les culpabilités attractées par le traumatique sont parfois très différentes (actuelle, primaire, secondaire, préhistorique...) et se connectent entre elles à la fois pour signer le traumatisme, rappeler les précédents et tenter d'intégrer l'ensemble à la vie psychique et l'histoire du sujet.

C'est aussi en cela qu'ils m'intéressent tout particulièrement dans les solutions trouvées au trauma, ils permettent d'articuler une expérience, même très désorganisée, à l'ensemble de la vie psychique. Ils participent à une conception du traumatisme qui n'est pas solipsiste mais inscrite dans une dynamique où sujet et environnement s'articulent, où les aspects pathologiques et toxiques de l'expérience ne font pas oublier l'effort du sujet traumatisé, même désespéré, pour l'élaborer.

Le fantasme de transmission a donc plusieurs fonctions :

- une fonction d'*innocentation* : c'est l'ancêtre qui est responsable
- une fonction d'*inscription* du sujet dans la génération et la filiation
- une fonction de *subjectivation* ou d'*appropriation*: le sujet s'approprie une histoire traumatique jusque là étrangère tout en s'en dépossédant.

---

<sup>555</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.102.

Je le signalai précédemment, c'est le processus d' *empiètement imagoïque* (A. Ciccone, 1997) qui sous-tend la construction du fantasme de transmission :

*« L'empiètement de représentations parentales sur l'espace psychique de l'enfant, la « capture identificatoire » de l'enfant, l'identification forcée de l'enfant à l'ancêtre, par les voies de l'identification projective, répondent à cette nécessité de construire un fantasme de transmission qui à la fois restaure le lien de filiation et traite la culpabilité oedipienne que la rencontre traumatique avec le handicap vient réchauffer, handicap se présentant lui-même comme la dramatisation d'une mesure de rétorsion. »<sup>556</sup>*

Il s'agit là bien entendu d'un empiètement imagoïque dans le cadre d'une relation parent/enfant, processus qui *utilise les voies de l'identification projective mutuelle* où l'imago parentale est projetée et identifiée à l'enfant (qui est capté ou persécuté mais privé d'autonomie dans les deux cas).

Cet empiètement intervient dans différents contextes (attaques du lien et de la filiation par la naissance d'un enfant handicapé par exemple transformant l'objet idéal en objet persécuteur, l'empiètement imagoïque servant alors à se défendre contre d'importantes angoisses). A. Ciccone remarque que ce processus peut répondre à un traumatisme « affectant profondément le narcissisme » et « provoquant une rupture dans la filiation ». On imagine bien évidemment à quel point ce processus peut intervenir dans le cas d'incestes par exemple.

L'empiètement imagoïque est un processus qui permet d'inscrire l'enfant dans une filiation menacée (c'est l'aspect maniaque du processus selon A. Ciccone) mais qui représente une violence faite au sujet sur lequel il est exercé puisque l'imago contient quelquefois des aspects écrasants et idéalisés qui empêchent aussi le sujet d'être sujet, de s'inscrire dans les générations, finissant par « nourrir » ainsi le désespoir parental (c'est l'aspect mélancolique du processus). L'empiètement imagoïque tient donc simultanément d'une transmission actuelle traumatique (par le biais d'identifications projectives) et du développement d'un fantasme de transmission cherchant à réduire ce qui, dans cette transmission, est traumatique.

---

<sup>556</sup> Ciccone (A.), *La transmission psychique inconsciente*, p.71.

**Empiètement imagoïque et fantasmes de transmission rendent compte à la fois d'une tentative de symbolisation du traumatisme et de son échec**, ils mettent en évidence les efforts du sujet pour se débrouiller avec son expérience traumatique et la qualité du travail qu'il accomplit, ils rendent comptent

*« (...) de la manière dont le sujet se débat avec une telle expérience traumatique, de la manière dont il travaille à réduire le traumatisme, à constituer des zones cicatricielles résorbant l'impact traumatique, de la manière dont il tente de contenir l'expérience traumatique. »<sup>557</sup>*

## 2-2-8 b) La culpabilité et les fantasmes de culpabilité

### 2-2-8 b)1 La culpabilité

La culpabilité est évidemment un organisateur central dans la construction psychique. Il n'est pas question ici d'en retracer la genèse. Comme pour la honte, A.Ciccone et A.Ferrant distinguent deux formes de culpabilité :

- La culpabilité signal d'alarme qui indique au moi un danger (interne ou externe) rappelant une autre situation ayant déjà suscité une culpabilité pleinement éprouvée. Le moi peut ainsi se préparer, essayer d'éviter l'aspect trop culpabilisant de la situation.
- La culpabilité pleinement éprouvée est plus massive, peut envahir et déborder le moi, elle est liée à des situations traumatiques. On retrouve ici l'idée d'une cristallisation des situations ou aspects traumatiques, d'une attraction par le traumatique, il existe en effet des

*« (...) situations traumatiques dans lesquelles le sujet est confronté à une réalité traumatique extérieure qui génère une culpabilité actuelle post-traumatique. Cette culpabilité attire et se*

---

<sup>557</sup> *Ibid.*, p.83.

*connecte à des culpabilités anciennes, historiques, conscientes ou inconscientes, que le traumatisme actuel réchauffe, réactive. »*<sup>558</sup>

Je retrouve là, concernant, la culpabilité, un modèle de déploiement de cet affect avec l'expérience traumatique tout à fait similaire à celui que je propose concernant la *forme du traumatisme*.

Dans ma modélisation, c'est la forme de l'expérience traumatique qui attire et se connecte à des formes plus anciennes, conscientes ou inconscientes ; c'est aussi le traumatisme actuel qui fait appel aux traumatismes antérieurs pour se trouver une forme et permet par cela même de les circonscrire et élaborer (cette proposition concernant l'attraction traumatique a été évidemment faite précédemment par plusieurs auteurs<sup>559</sup>, j'y ajoute l'aspect formel de l'expérience comme attracteur ainsi que la conception en biface de tout élément).

C'est enfin dans un « réchauffement » des « anciennes » culpabilités attirées par la culpabilité liée au traumatisme actuel que se joue une nouvelle chance d'organiser et la culpabilité et l'expérience traumatique.

R.Roussillon (1991) décrit deux types de culpabilité survenant très tôt devant la découverte par l'enfant de sa dépendance au monde :

- Une culpabilité liée au risque de *menacer un bon objet*. Cette forme de culpabilité est assez organisée, tenant compte de l'amour du sujet pour l'objet mais aussi de sa haine face à la dépendance qu'il impose. Elle est dite « *secondaire* », liée à l'ambivalence et aux conflits oedipiens.
- *Une culpabilité primaire* liée au risque de *créer un mauvais objet*. Cette forme s'inscrirait dans le temps du narcissisme primaire, alors que sujet et objet sont peu différenciés. Un environnement très mal adapté aux besoins du sujet permettrait alors de maintenir l'illusion que le sujet a lui-même créé ce mauvais, mauvais du dehors et du dedans se confondant alors. Le sujet devient

---

<sup>558</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.73.

<sup>559</sup> J'ai déjà montré sur ce point l'intérêt des travaux de la Tavistock Clinic, de Caroline Garland, d'A.Ciccone et A.Ferrant

mauvais en même temps que son expérience, la culpabilité est inconsciente, en général portée par l'autre plus que le sujet lui-même.

Selon A.Ciccone et A.Ferrant, c'est cette culpabilité qui pourrait se trouver confirmée lors d'une expérience traumatique et en rendre l'impact encore plus traumatique, générant des processus mélancoliques ou masochistes. Comme la honte primaire, la culpabilité primaire (que ces auteurs ne considèrent pas comme postérieure à la honte primaire) « emporte » tout, elle disqualifie le sujet, lui fait perdre confiance en le monde. On ne peut donc trouver dans cette forme de culpabilité une véritable tentative d'élaborer le traumatisme.

On peut cependant d'évidence envisager un « travail de la culpabilité » dans l'expérience traumatique, A.Ciccone et A.Ferrant décrivent une boucle dynamique où culpabilité et travail psychique s'alimentent et s'élaborent mutuellement. Il faut distinguer selon eux dans l'expérience traumatique une culpabilité actuelle, post-traumatique et consciente (liée au fait de ne pas avoir pu éviter la situation et même d'en être à l'origine) et des culpabilités plus anciennes auxquelles elle va s'articuler, se connecter.

## 2-2-8-b) 2 Les fantasmes de culpabilité

C'est parmi ces formes plus anciennes de culpabilité que se trouvent *les fantasmes de culpabilité* (Ciccone, 1996) dont A. Ciccone justifie la fonction ainsi :

« On peut dire (...) que si le traumatisme est justifié, si le sujet y est pour quelque chose, celui-ci peut au moins avoir un contrôle sur le traumatisme, par le fait de s'approprier cet événement extérieur non maîtrisable. Le traumatisme est d'autant plus injuste et scandaleux qu'il est inéluctable et qu'il échappe au moi. On peut dire que plus le sujet est innocent de ce qui lui arrive, et plus, en quelque sorte, le traumatisme est traumatique. Le fantasme dramatisant la culpabilité visera ainsi à ce que ne soit pas trop accentué l'aspect traumatique du traumatisme. »<sup>560</sup>

---

<sup>560</sup> Ciccone (A.), *La transmission psychique inconsciente*, p.73.

Dans les possibilités d'intégrer, d'articuler les expériences traumatiques à l'ensemble de la vie psychique, les « fantasmes de culpabilité » définis comme « (...) Des mythes dans lesquels le sujet se désigne coupable du traumatisme qu'il subit (...) »<sup>561</sup> sont une solution à l'échec de la subjectivation dû à la violence de l'atteinte traumatique.

Ces fantasmes sont bien une solution au traumatique pour deux raisons au moins : en permettant au sujet d'être actif là où il était passif, ils atténuent l'impact du traumatisme et ils permettent un « mouvement d'appropriation » (le sujet devient sujet d'une histoire qui lui était très extérieure).

Comme tous les fantasmes, les fantasmes de culpabilité sont donc organisateurs de la vie psychique. Les auteurs de *Honte, culpabilité et traumatisme* insistent d'ailleurs pour rappeler qu'une seule entreprise de déculpabilisation risquerait de priver le sujet traumatisé de son entreprise de subjectivation en augmentant le caractère traumatique de la situation ; il faut vivre jusqu'au bout la culpabilité pour pouvoir s'innocenter du traumatisme.

Cette remarque est d'importance dans une époque et une société où la question du traumatisme est constamment rabattue sur deux principes simplistes inscrits dans des protocoles de pensée et d'action : il faudrait que le sujet traumatisé en dise le plus possible et le plus rapidement possible (principe d'évacuation ignorant le temps des processus de symbolisation) et où il faudrait dans la même précipitation l'empêcher de fantasmer sa participation à l'expérience (principe d'extériorité de l'événement, une « innocention imposée » diraient peut-être A.Ciccone et A.Ferrant).

Il me semble difficile de ne pas retrouver dans ce que je nomme les principes d'évacuation et d'extériorité deux des éléments fondateurs du traumatisme : le débordement des capacités de symbolisation et l'absence du sujet à lui-même.

Evidemment, il n'est pas question de laisser se déployer à vide ces fantasmes de culpabilité, il faut qu'il y ait quelqu'un pour les recevoir, supporter et consoler le sujet. **C'est parce que le poids est écrasant sans doute que le dispositif avec lequel je travaille, en double écoute, permet de présenter un objet externe (les deux psychologues) très contenant et aux capacités consolatrices d'apparence plus importantes (il est évident que la vraie consolation viendra du monde interne du sujet, mais elle suppose un détour par**

---

<sup>561</sup> *Ibid.*, p.25.

**l'extérieur et, selon moi, par un extérieur encore plus signifié dans le cas des expériences traumatiques).**

Il faut donc prendre la culpabilité comme un indice du travail d'appropriation de l'expérience traumatique par le sujet et non comme une défense à évacuer à tout prix :

*« On peut dire aussi que l'éprouvé de culpabilité permet l'accès à une position dépressive et son dépassement, seule issue à l'expérience du manque. C'est ce à quoi conduit dans le meilleur des cas le travail d'appropriation et d'atténuation du traumatisme, tel que le réalise le fantasme de culpabilité. Accéder à une position dépressive et la dépasser suppose de pouvoir vivre et éprouver suffisamment le manque, la perte. Et la culpabilité en est l'une des conditions et l'un des moyens. »<sup>562</sup>*

Le fantasme s'oppose donc aux effets d'atomisation ou de fragmentation (Ferenczi) du traumatisme, il met en sens et en scénario l'expérience, l'adoucit et la subjective. Il crée aussi, selon A.Ciccone et A.Ferrant, l'illusion pour le sujet de contrôler l'événement (le rêve prémonitoire présentant une configuration similaire où le sujet tente, après-coup, d'annoncer avant-coup une catastrophe, un traumatisme).

Comme pour l'affect de honte, la culpabilité peut attirer à l'occasion d'un traumatisme actuel de nombreuses autres expériences passées ayant un lien avec la culpabilité. Ces culpabilités parfois très anciennes sont ainsi rappelées et concernent quelquefois des traumatismes précédant la vie du sujet.

Il faut souligner aussi la complexité de ce type de fantasmes qui signent à la fois les effets et le mode de traitement du traumatisme : il y aurait une sorte de « transaction » (A. Ciccone) pour à la fois s'approprier l'expérience traumatique, la subjectiver et atténuer son impact :

*« La ressaisie des vécus traumatiques et la réorganisation des culpabilités en fantasmes témoignent d'un effort de subjectivation pour échapper à la désintégration traumatique. »<sup>563</sup>*

---

<sup>562</sup> *Ibid.*, p.99.

<sup>563</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), Communication personnelle.



## 2-2-8 c) Le travail de la honte

L'affect de honte est particulièrement intéressant en ce qu'il peut informer le moi qu'une confusion est possible. Une des formes de la honte, la « honte signal d'alarme »<sup>564</sup> condense tout un tas d'expériences « traumatiques » signant la *défaillance partielle d'accordage entre le sujet et son environnement* ainsi que les points d'appui possible (A.Ciccone et A.Ferrant, 2008), elle « véhicule la mémoire affective » de ses expériences disent ces auteurs.

Il est ici fait allusion à tous les moments où l'on a pu se sentir petit, dépendant, mais aussi aux blessures narcissiques auxquelles peuvent avoir été associées certaines difficultés dans l'apprentissage du contrôle sphinctérien par exemple. Un environnement suffisamment contenant associé au développement des autoérotismes et à l'introjection des fonctions contenantantes et de protection des objets extérieurs permet en principe de gérer ces situations.

L'ensemble de ces traumatismes ( ou microtraumatismes selon l'expression de A.Ciccone et A.Ferrant) est ainsi à la fois géré et maintenu en mémoire, condensé dans l'affect de honte, tout au moins dans sa forme de « honte signal d'alarme ».

Il semble donc que tout traumatisme nouveau venant, risquant de blesser narcissiquement, déclenche cette honte :

*« Son déclenchement, devant une situation potentiellement blessante, avertit avant-coup le sujet du danger narcissique encouru. Elle préserve ainsi l'intégrité du moi qui déclenche les systèmes de sauvegarde narcissique et objectale propres à rétablir son équilibre. »*<sup>565</sup>

Cette conception de la honte signal d'alarme comme solution au traumatisme en avant-coup est particulièrement intéressante :

---

<sup>564</sup> Dont le modèle est compris avec le message parental adressé à l'enfant : « Tu ne vas pas me faire honte ! », avertissement tendant à faire entendre et le narcissisme de l'enfant et son éprouvé de honte devant ses parents, sans pour autant qu'il perde leur amour.

<sup>565</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.62.

- Elle insiste sur la mise en contact d'une expérience traumatique actuelle (potentiellement traumatique) avec des « microtraumatismes » antérieurs. On sort ainsi de la conception d'un traumatisme conçu uniquement dans l'après-coup.
- Elle rappelle cependant la mise en réseau et la réactivation d'expériences issues d'époques différentes.
- Elle fait de l'expérience traumatique une expérience potentiellement organisante : l'affect de honte activé devant un potentiel désorganisant vient prévenir le traumatisme en cherchant une issue secourable auprès des traumatismes antérieurs ; on peut aussi faire l'hypothèse qu'il organise l'actuel (en amortissant l'expérience) comme le passé (les microtraumatismes antérieurs sont rappelés, convoqués et donc mis en lien avec l'expérience actuelle)
- Surtout, elle convoque dans un même temps à la fois les traumatismes antérieurs et leur modes éventuels de résolution : « La honte signal d'alarme contient donc l'ensemble de ces expériences et leur dépassement. »<sup>566</sup> **Cette conception est très intéressante en ce qu'elle noue, dans le traumatique, le drame et les conditions de son bon dénouement.** Mieux encore, elle fait de la honte, devant une expérience potentiellement traumatique, un affect qui permettrait de lier le présent au passé (« Les états historiques de honte et leur dépassement sont « représentés », au sens littéral du terme, pour parer au développement d'une honte débordante et potentiellement blessante »<sup>567</sup>, les bonnes aux mauvaises expériences.

J'ai déjà souligné en quoi la topique de la honte pouvait aussi se lire avec le modèle que je propose ; on comprend aussi ici que les aspects bifaces de mon schéma permettent son déploiement et « dessinent » ses capacités d'attraction (des caractères traumatiques de l'expérience/des conditions pour la contenir, de l'actuel/du passé, du certain/du potentiel, du narcissique/du lien à l'objet...).

Evidemment, cette « solution » traumatique connaît d'importantes limites. Elle ne peut être mise en œuvre que si l'expérience actuelle, potentiellement désorganisatrice, ne l'est toutefois pas trop. Elle ne peut également prévenir une trop grande désorganisation traumatique que si les expériences convoquées ne sont elles-mêmes pas trop désorganisées, c'est-à-dire seulement si elles contiennent en elles une partie au moins des conditions pour les

---

<sup>566</sup> *Ibid.*

<sup>567</sup> *Ibid.*

dépasser. Sans cela, la honte pourrait venir aider le traumatisme actuel à détruire, dévaster le monde interne du sujet assailli par une situation qu'il n'est pas en mesure de représenter.

Les microtraumatismes ne peuvent venir organiser le traumatisme actuel que s'ils contiennent le lien (même partiel) à l'objet, ou plutôt l'investissement de l'objet à l'égard du sujet. On pourrait dire qu'une situation qui aurait été trop honteuse ne permettrait plus d'organiser la honte signal d'alarme.

Le sujet ne peut rappeler, convoquer l'ensemble des signaux d'alarme face à une situation potentiellement traumatique que si ceux-ci ont été suffisamment intériorisés et que si la situation n'est pas trop désorganisatrice. Bref, cela fait de la honte signal d'alarme une « solution possible » devant le traumatisme mais à condition que l'économie psychique du sujet dispose d'espaces suffisamment différenciés et en dynamique ; elle ne peut également être d'un véritable recours lorsque la situation est trop dévastatrice, trop destructrice, et donc rarement dans le contexte des expériences auxquelles nous nous intéressons :

*« En réalité, comme nous le verrons plus loin dans le contexte de la maladie somatique grave, la mise en œuvre des signaux d'alarme reste dépendante de l'intensité et du caractère effracteur de la situation actuelle. La honte signal d'alarme ne fonctionne qu'en régime « souple », sans surcharge émotionnelle, mais ne peut pas être envisagée comme une protection absolue. Elle traite un certain nombre de situations de la vie courante, mais reste impuissante à protéger le sujet dans des contextes traumatiques comme l'inceste, la désaffiliation sociale ou la maladie»<sup>568</sup>*

Je penserais cependant volontiers que la honte signal d'alarme pourrait, et ceci même dans des contextes très désorganisateurs, venir traiter certains aspects du traumatisme, évidemment pas les plus destructeurs.

Je n'aborde pas ici de façon approfondie les autres formes de honte développées par A.Ciccone et A.Ferrant parce qu'elles me semblent moins offrir de « solution » à la chose traumatique.

La *honte éprouvée* par exemple déborde plus le moi, est en lien avec des expériences traumatiques plus intenses et signe en quelque sorte l'échec de la honte signal d'alarme. Elle

---

<sup>568</sup> *Ibid.*, p.63.

rappelle plutôt l'incapacité de l'objet à contenir l'expérience : le sujet s'est trouvé nu et disqualifié devant l'autre et se retrouve tel quel à nouveau devant la situation traumatique. La *honte éprouvée* trouve bien à se déployer dans la topique que je proposerai (les confusions de zones engagées y sont bien lisibles, le haut et le bas peuvent bien s'inverser, comme le devant et le derrière) mais ne peut constituer une réponse organisatrice au traumatisme.

La *honte d'être*, plus ressentie par l'environnement que le sujet lui-même, honte primaire, est mise en lien avec la grande défaillance du « miroir vivant » maternel, un défaut d'accordage majeur qui a rendu impossible toute continuité narcissique. L'environnement n'a pas exprimé les états et qualités psychiques du bébé, il les a disqualifiés en les rendant sales, mauvais, comme tout son être. On ne pourrait donc trouver dans ce degré de disqualification de l'expérience une quelconque organisation : « La honte d'être est à la fois un *effet* et un *signal* des traumatismes narcissiques primaires. »<sup>569</sup>

La honte est donc bien un des organisateurs (très limité évidemment) du traumatisme, une des issues possibles, sans doute fréquente. Elle « enfouit » l'expérience et peut prévenir le moi de son retour possible (la honte signal d'alarme) et, concernant particulièrement ma recherche, cristallise de nombreux éléments de l'expérience traumatique.

Elle condense et noue des aspects parfois très différents du traumatisme en un point de contact, elle peut être « gardienne des jouissances secrètes » selon la belle expression d'A.Ciccione et A.Ferrant. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que ces secrets ne sont pas tous du même registre (et c'est là que le point de nouage que la honte propose est intéressant et constitue une issue traumatique potentielle) : la scène honteuse est un mélange d'éléments oedipiens et narcissiques, violents et sécurisants, faits de souffrance et de jouissance, de meurtres et de liens.

Considérer la honte comme trace actualisée d'une expérience traumatique<sup>570</sup> renvoie au vécu de situations à la fois banales et traumatiques (révélées par exemple dans le rêve d'être vu nu, tel que Freud a pu l'étudier). Ces situations sont celles où l'enfant a été confronté à une défaillance de son environnement (parfois bien tolérée si cet environnement est contenant), où il s'est confronté au fait d'être « seul en face du groupe ». Si la situation a été supportable, la honte signal d'alarme peut se constituer « (...) sur le modèle d'une

---

<sup>569</sup> *Ibid.*, p.69.

<sup>570</sup> Ciccione (A.) et Ferrant (A.), « Traumatisme et « travail de la honte », communication personnelle.

expérience nécessairement traumatique (...) »<sup>571</sup> Il y a véritablement traumatisme lorsque l'enfant est véritablement nu, quand « (...) il n'est plus couvert ou habillé par l'investissement maternel »<sup>572</sup>, le vécu devant cette nudité physique et psychique est alors un vécu de passivation, d'*Hilflosigkeit*.

Mais les destins de cette honte (A. Ciccone et A. Ferrant), même liés à une forte expérience traumatique, et tout aussi radicaux qu'ils puissent être, ne signifient jamais l'arrêt total d'un processus de reprise possible.

L'enfouissement d'abord, qui est le plus banal, n'est pas le refoulement. La honte, enfouie, est « prête à surgir », « noyauté » la conscience. Ayant un impact surtout narcissique, elle échappe au refoulement et peut survenir au détour d'une conversation ou traverser l'ensemble du sujet et de sa vie : le sujet ne veut pas penser à cette expérience et l'évite, la contourne par différentes stratégies (rappel d'autres souvenirs, usage de la motricité...).

Cette idée d'enfouissement (où le moi essaie de trouver ses propres ressources) suppose selon ces auteurs une topique de la profondeur : « Il s'agit d'une opération qui ajoute des couches de souvenirs autour du noyau douloureux, comme une sorte de pansement, et implique, en même temps, des stratégies d'évitement. »<sup>573</sup>

Cette remarque est d'importance car je retrouve ici, concernant le destin des expériences traumatiques, des considérations proches de ma modélisation topique : **le modèle que je propose souhaite rendre compte de modalités de traitement du traumatisme autres que celles habituellement reconnues par le refoulement ou le clivage par exemple. Le schéma topique que je propose rend compte d'une topique de la profondeur et de l'épaisseur et d'un modèle de « mise en contact » et en relation assez particulier.**

**Pour visualiser cette mise en contact, il a fallu penser un dessin en anneaux de Möbius développable sur un cylindre et permettant d'articuler des éléments en biface.** Ainsi, comme le remarque A. Ciccone et A. Ferrant, la situation honteuse enfouie est souvent visible pour l'autre, comme si la topique concernée permettait de cacher pour soi ce que l'on rend visible pour autrui.

D'une certaine façon, l'expérience traumatique (dans les effets qu'elle attracte, dans son jeu dans le transfert, dans les symptômes du sujet...) agit de même : ce « double régime »

---

<sup>571</sup> *Ibid.*

<sup>572</sup> *Ibid.*

<sup>573</sup> *Ibid.*

du moi (A. Ciccone et A. Ferrant), qui enfouit et montre à la fois signe l'échec même du refoulement, échec total ou partiel. J'ajoute que ces auteurs observent aussi que, si le moi ne peut pas traiter la situation traumatique par le refoulement, **« il est contraint de se déformer lui-même » : j'arrive là à la dernière caractéristique de mon modèle topique qui est fondé sur les possibilités de déformation de la psyché.**

Même dans ses destins plus psychopathologiques la honte (et l'expérience traumatique qu'elle porte) ne renonce pas aux possibilités de déployer et résoudre le trauma :

- Le retournement exhibition : la honte est transformée en son contraire dans une revendication de type phallique identitaire. Reprenant les travaux de Jeannine Chasseguet-Smirgel (1973) et de J. Guillaumin (1973), A. Ciccone et A. Ferrant insistent sur le « retournement de l'exhibition phallique en exposition anale » (J. Guillaumin).

Dans une dynamique de retournement (bascullement de l'avant vers l'arrière, du haut vers le bas) se joue alors dans le registre de l'analité une dimension voyeuriste/exhibitionniste. Le trait honteux est revendiqué (ces positions sont souvent à la frontière de l'individu et du groupe, comme dans la *Gay Pride* ou certaines associations très militantes). Cela est évidemment en lien avec un clivage dans lequel la cruauté, la terreur ou le traumatisme de la scène sont vus et vécus par l'observateur mais où l'affect est caché pour le sujet.

- Le retournement projectif : le sujet n'est pas conscient du mécanisme mais voit la honte chez l'autre. L'observant porte sa propre honte (et donc les traumatismes attractés par là même), il s'acharne sur lui. Cela est proche de ce qui peut s'observer dans la perversion narcissique et la position tyrannique.

Renversée en son contraire, la honte signe paradoxalement le triomphe du sujet traumatisé : « Le traumatisme de la honte est « délocalisé » et maintenu immobile « dans » la psyché de l'autre. »<sup>574</sup>

---

<sup>574</sup> *Ibid.*

Ces destins de la honte et du traumatisme sont bien des destins intersubjectifs. L'expérience n'est jamais totalement bannie du sujet. Même dans des situations très pathologiques où l'autre est manipulé, où le sujet ne veut rien voir de ses expériences, il maintient avec le traumatisme un lien (fût-il tyrannique ou pervers). Même plaqué dans la psyché de l'autre, ce dernier, surtout s'il est thérapeute, peut en faire quelque chose pour lui.

Je trouve regrettable de considérer souvent le seul versant pathologique de ce type de traitement de l'expérience (on a souvent tout dit lorsqu'on diagnostique une perversion narcissique !) qui comporte toujours, même dans ses composantes les plus radicales, un ultime recours du sujet, non seulement pour évacuer le traumatisme de façon pathologique, mais aussi pour le traiter.

Que l'autre soit là seulement pour voir ce que le sujet veut cacher ou qu'il soit harcelé sadiquement par un sujet reconnaissant en lui sa part traumatique, il est nécessaire, s'il le supporte, pour que l'expérience traumatique ait des possibilités de reprise.

Il a bien fallu restreindre mon étude des « solutions » traumatiques au regret de ne pouvoir aborder toutes les stratégies, plus ou moins efficaces, inventées par le sujet pour essayer d'abord de survivre à ce type d'expériences, de les contenir avant de les élaborer.

Ainsi, j'aurais pu parler de la création comme mode de traitement du traumatisme. On sait bien entendu l'importance que peuvent avoir les groupes à médiation dans le traitement des pathologies et traumatismes précoces<sup>575</sup> mais, au-delà de cette aide thérapeutique, le sujet peut avoir recours de lui-même à la création comme modalité anti-traumatique.

D. Anzieu a beaucoup étudié cela, comme Freud lui-même (dans son étude de Léonard de Vinci), c'est évidemment tout le champ de la sublimation qui est ouvert.

D'autres réactions face aux traumatismes constituent bien des « solutions » trouvées par le sujet pour y répondre. Elles sont toutefois tellement radicales et gênantes pour le développement psychique qu'il m'a semblé difficile de les intégrer dans les « solutions-ressources » de ce chapitre.

---

<sup>575</sup> Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*.

A titre d'exemple, mais aussi pour montrer que, même dans ces situations, il y a bien des processus anti-traumatiques sur lesquels on pourra toujours s'appuyer, je souhaitais rappeler certains travaux concernant les pathologies précoces et notamment l'autisme.

## **2-2-9 Des solutions anti-traumatiques qui n'en sont plus ?**

Selon F. Tustin (1985), le développement de l'enfant autiste se fait à un niveau d'élaboration extrêmement précoce des sensations. Devant l'insuffisance d'interrelations adaptées avec la mère, l'ensemble de ces sensations n'a pas pu se constituer en émotions, le développement autosensuel prenant « (...) un cours pervers et idiosyncrasique. »<sup>576</sup>

La fluidité entre les états d'indifférenciation et de séparation n'ayant pas été suffisante, la transitionnalité n'a pu être installée pour protéger le bébé. M. Boubli rappelle que les psychosomaticiens de l'I.P.S.O. parlent alors plutôt d'un mauvais développement d'un préconscient protecteur, directement en lien avec l'instauration d'une lignée traumatique. Pour Smadja, le développement pulsionnel, trop inscrit dans le traumatisme, échoue dans :

« (...) le destin du double retournement, ce qui a pour conséquence de priver le sujet de l'accès à la passivité. La réalisation hallucinatoire du désir ne peut affirmer sa maîtrise sur les événements psychiques du fait de la conjonction d'inachèvement antérieure. Le trauma envahit la place. Le Moi est prématurément sollicité pour constituer un pare-excitation autonome aux effets du traumatisme. Bientôt le relais est pris par les conduites autocalmantes, représentantes de la pulsion de mort dans leur fonction de neutralisation, voire de mortification de l'excitation. »<sup>577</sup>

---

<sup>576</sup> Boubli (M.), « Autosensualité, procédés autocalmants et créativité », in *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, p.63.

<sup>577</sup> Smadja (C.), 2001, cit. in Boubli (M.), *Ibid.*, p.63.



On sait bien que l'enfant, s'il est trop vite et trop tôt confronté à la perte du sein, peut la ressentir aussi comme une disparition simultanée d'une partie ou d'aspects de sa bouche, d'un « bouquet de sensations », comme si l'objet et le sujet se perdaient dans le même temps.

D'après F. Tustin, la réaction de l'enfant face à cette perte ne se fait plus en fonction de la relation d'objet mais des sensations apportées. Il chercherait dans les sensations des sortes de coïncidences venant de l'extérieur confirmer ses modèles innés, ceci afin de se sentir en continuité avec l'extérieur.

Ce mécanisme adhésif est évidemment défensif, l'enfant se réfugiant dans l'autosensorialité par risque d'annihilation. Ce recours à la sensorialité est bien à but anti-traumatique à un moment où l'enfant ne dispose de rien d'autre pour affronter la perte.

Cependant, son ampleur, sa radicalité et surtout ses effets (il est au service de la préservation du moi et pas de la relation) ont de telles conséquences sur le développement psychique qu'il paraît difficile d'y trouver une véritable solution au traumatisme. C'en est une, évidemment, en tant qu'elle assure l'essentiel, la survie du sujet, mais au prix, comme le dit F. Tustin, d'une vie psychique en fonctionnement binaire :

*« Soit le « bouchon » autistique est là, soit il n'y est pas ; ou bien l'enfant ne ressent rien, ou bien il est submergé par ses sensations. »<sup>578</sup>*

Il m'est bien sûr impossible de traiter tout le champ des processus d'autosensorialité, d'autosensualité ou autocalmants dont on connaît l'intérêt anti-traumatique, la lutte contre la menace de perte d'identité. Ces défenses cherchent à réduire la détresse devant une expérience traumatique, souvent réactivée par un événement extérieur.

On trouve par exemple chez C. Smadja de belles descriptions de tels processus anti-traumatiques :

*« Le sujet est dans l'hyperactivité afin de ne pas s'effondrer, il s'accroche à la motricité, et se trouve dans le refus ou l'impossibilité d'utiliser l'objet externe. L'enjeu de ce mode de défense étant la survie psychique. Ce serait un système spécifique antitraumatique. Toute l'infrastructure défensive tiendrait lieu de contre-investissement. »<sup>579</sup>*

Tout le champ de la psychosomatique et des atteintes somatiques est également concerné, j'en ai plusieurs fois donné des exemples. Freud avait remarqué dans ses études des

---

<sup>578</sup> *Ibid.*, p.64.

<sup>579</sup> Smadja (C.), 2001, Cit. in Boubli (M.), *Ibid.*, p.73.

névroses de guerre qu'une blessure physique pouvait protéger le sujet d'un traumatisme plus ample, cette blessure condensant/attractant les excitations en les circonscrivant dans une zone traumatique qui empêchait la contamination de la psyché.

R. Roussillon souligne aussi que certaines somatoses peuvent jouer le même rôle face au retour de l'état traumatique clivé, le sujet sacrifiant tout ou partie du corps pour contenir l'expérience traumatique menaçant le psychisme. Il décline cette solution somatique en deux voies : le sujet entretient une maladie somatique (en lui attribuant une valeur psychique) ou favorise sa création, le corps (les perceptions et les sensations) étant alors infiltré hallucinatoirement par des perceptions traumatiques antérieures.

Evidemment, parmi les dernières ressources du sujet, les ultimes recours avant la mort psychique, l'acte, comme le corps, permet au sujet de survivre au traumatisme. De nombreuses recherches contemporaines s'intéressent au potentiel de symbolisation de l'acte, on pense évidemment aux travaux de C. Balier ou A. Ciavaldini, notamment à partir de la psychopathie.

La limite est alors mince entre les aspects défensifs du passage à l'acte (envisagé alors comme « recours à l'acte » ou « passage par l'acte ») et ses aspects symbolisants. A partir de deux exemples cliniques, F. Houssier souligne l'inefficacité du préconscient pour « (...) filtrer ce qui reste de la scène traumatique en terme de représentation. »<sup>580</sup> Le risque de diffraction<sup>581</sup> du Moi devant une telle scène est alors majeur : c'est l'« éclatement de la pensée » et du « sentiment d'existence » qui constitue la plus grande menace, le Moi étant censé maintenir l'unité du sujet (notamment en différenciant les objets internes et externes).

Suivons la pensée de F. Houssier : la représentation traumatique ne pouvant être secondarisée et ainsi faciliter un processus permettant « (...) de lier l'excitation, de permettre son libre écoulement, d'enrober la représentation par des fantasmes qui la rende supportable à penser »<sup>582</sup>, sa forme même devient hallucinatoire puisqu'elle ne peut être « enveloppée par la pensée ».

---

<sup>580</sup> Houssier (F.), « Le traumatisme au regard des pathologies de l'acte : expériences de l'indicible », in Marty (F.) *et al.*, Figures et traitements du traumatisme, p.73.

<sup>581</sup> F. Houssier parle de diffraction dans le sens d'une dispersion, selon l'étymologie (*diffringere*, « mettre en morceaux » en latin), *Ibid.*, p.73.

<sup>582</sup> *Ibid.*, p.73.

F. Houssier décrit bien la façon dont la psyché doit amortir, atténuer le caractère halluciné de l'expérience et de ses paramètres pour l'intégrer au Moi, mais suffisamment la fantasmer pour l'intérioriser, la distinguer du dehors. Si l'on tente un parallèle avec mon schéma topique, on pourrait dire que **lorsque l'expérience est vécue sur un mode trop traumatique, elle est hallucinée dans le cylindre. Le préconscient échouant dans son travail de filtre et de tri, ne pouvant également pas répartir les quantités d'énergie sur des « groupes de pensée » (F. Houssier) qui atténueraient son impact, l'hallucination se déploie tout en attaquant la pensée. Dans ma proposition topique, les « nœuds », les zones de plis du ruban, constituent les attracteurs permettant, en dernier recours, d'enrayer ce déploiement avant qu'il n'envahisse la psyché.**

C'est en effet parce que le filtre du préconscient, parce que tous les systèmes pare-excitants ou symbolisants ont été massivement mis en défaut que l'expérience se diffracte dans le cylindre, que les éléments qui la constituent sont déliés en même temps que leurs charges énergétiques. Cette diffraction présente en effet un aspect hallucinatoire.

Selon F. Houssier, lorsque cette situation se présente, on peut trouver un « point de rencontre » d'ordre quantitatif entre traumatisme, pôle hallucinatoire et passage à l'acte, le dernier recours est alors le passage à l'acte :

« Lorsque la force du noyau traumatique tend à l'expulsion de formations psychiques irreprésentables sous la forme du délire ou de l'hallucination, le passage à l'acte devient une nécessité interne. [...] L'acte est alors un mécanisme défensif qui vient au secours du sujet lorsque celui-ci est privé de l'efficacité du déni pour repousser les représentations traumatiques ; le recours à la motricité constitue un repli sur une base qui est connue par le sujet comme une ultime sécurité pour protéger le Moi de sa dislocation. Le délire est une défense qui, si elle reprend une partie de l'histoire du sujet, reste un état où la souffrance éprouvée est supérieure à l'état désaffectivé ou syntone du Moi au moment de l'acte. Autrement dit, l'acte est moins coûteux pour le sujet que le délire ou l'hallucination, car il maintient l'homéostasie du Moi. Là où le Moi et le préconscient échouent dans la possibilité de faire travailler la scène traumatique, le sujet répond par le passage à l'acte. »<sup>583</sup>

---

<sup>583</sup> *Ibid.*, p.74.

Les groupes, les institutions, le délire, la création, sont aussi des solutions au traitement du traumatisme. Il ne faut pas oublier non plus, cela est évident mais encore faut-il s'en souvenir, que les expériences traumatiques peuvent tout à fait être symbolisées secondairement, même lorsqu'elles sont agonistiques. Cela est tout à fait compatible avec l'idée d'une psyché construite en strates et en complexité, avec celle d'un système d'enregistrement, de traces et de mémoire possédant plusieurs couches et modalités. C'est en retrouvant la façon dont l'expérience a été enregistrée et traitée/non traitée que l'on va pouvoir l'élaborer.

Ces processus comportent évidemment un réel intérêt pour ma recherche mais ouvrent aussi vers d'autres voies dépassant largement l'ambition de cette thèse.

## 2-2-10 Résumé du chapitre

Si le concept de traumatisme occupe une place importante dans la pensée psychanalytique depuis ses débuts, j'ai essayé de dégager sept grands pôles de théorisation en visitant l'histoire du traumatisme et les transformations des différentes modélisations.

J'ai organisé et mis en tension ces différentes théories en suivant parfois le flux historique mais surtout en synthétisant leurs apports autour de leur conception dominante du traumatisme.

Certaines modélisations peuvent ainsi se retrouver dans différents pôles ou se superposer :

- 1- **La modélisation d'un traumatisme comme excès, insistant sur l'aspect quantitatif et débordant** rassemble une part importante des travaux concernant le traumatisme.

On y trouve évidemment les premières recherches freudiennes et la conception de la première Neurotica. Cette conception sera constamment complexifiée par Freud, dépassant très largement la simple idée d'abréaction, de purge du « mal » même si l'aspect quantitatif a toujours été tenu comme cause et traitement du traumatisme.

L'ensemble métapsychologique élaboré jusqu'en 1937 est d'une rare complexité.

Anna Freud ou Otto Rank et son « traumatisme de la naissance » faisant de la naissance le trauma initial trouvent leur place dans ce premier pôle organisateur.

Certaines théorisations plus contemporaines et beaucoup plus causalistes, parfois simplistes et surtout très « pratiques », reviennent à faire une quasi impasse sur la symbolisation et le transfert. On y trouve les conceptions de l'E.S.P.T. ou l'E.M.D.R., également les Thérapies Cognitivo-Comportementales, toutes ces modélisations conduisant à créer un écart important entre les tenants de la victimologie et ceux de la subjectivation et de la symbolisation.

Le débriefing, le défusing ou les actions visant à des interventions rapides, immédiates ou post-immédiates, visant à effacer les premiers symptômes et

soustraire le sujet de son choc pour enrayer le processus traumatique s'inscrivent dans ces propositions. Cette inscription se fait avec plus ou moins de nuance dans leur conception, certaines évacuant quelquefois le sujet avec le noyau traumatique de son expérience.

- 2- J'ai pu isoler **d'autres courants psychanalytiques** que j'ai nommés « **pan-traumatiques** », **courants élargissant le caractère traumatique à toute excitation**. Ces modélisations supposent un « traumatique » constant à intégrer.

C. et S. Botella (1995) ont ainsi avancé l'idée d'une potentialité traumatique de l'appareil psychique ; J. Mac Dougall ou M. Fain en donnent d'autres exemples.

Avec la traumatophilie, J. Guillaumin fait l'hypothèse d'une appétence, d'un besoin traumatophilique pouvant être étendu à l'ensemble des sujets cherchant activement des situations de rupture pour des raisons vitales et développementales. Il en exprime l'aspect potentiellement organisateur : dans un véritable appel au traumatisme, à une médiation violente du réel, J. Guillaumin crée une conception dynamique du traumatisme pour le développement psychique.

En plaçant le traumatisme comme origine de la névrose et à travers l'étude de la névrose de transfert et des névroses traumatiques, de nombreux apports freudiens peuvent aussi s'intégrer à ces modèles pan-traumatiques.

Dépassant très largement les premières hypothèses de Freud, J. Laplanche imagine une situation originaire traumatique constitutive de l'inconscient, il fonde sa théorie de la séduction généralisée et des signifiants énigmatiques en introduisant l'inconscient parental.

Selon lui, les signifiants énigmatiques ne sont pas un échec ou un dysfonctionnement de la relation originaire avec la mère qui en est d'elle-même porteuse. Cela fait des propositions de J. Laplanche une conception pan-traumatique inscrivant l'expérience traumatique dans le développement habituel de l'intersubjectivité.

L'objet-trauma développé par A. Green décrit un objet traumatique pour le Moi en ce qu'il rend le sujet totalement dépendant. L'objet devient fondamentalement traumatisant ou « objet-trauma » par ses variations d'investissements et la dépendance qu'il instaure.

L'intérêt de ces différentes conceptualisations pan-traumatiques est d'intégrer le traumatisme à l'humain, à l'ensemble de la vie psychique. Elles font du traumatisme une qualité articulable à la totalité de la vie psychique, reconnaissent le lien fondamental entre l'humain et le traumatique.

- 3- J'ai réservé une place centrale aux travaux de S. Ferenczi insistant sur **les aspects archaïques et infra-verbaux des effets traumatiques**, recherches cliniques faisant du traumatisme un événement radical changeant le rapport du sujet à son expérience.

En se questionnant sur des états d'extrême souffrance, Ferenczi décrit un trauma engendrant un clivage très radical, une dislocation ou atomisation de la psyché, une vie agonisante.

Ses observations sur la perte de forme et l'archaïsme des processus concernés en font un des plus grands apports sur cette question. Elles influencent notamment les dispositifs de la clinique contemporaine du traumatisme en s'intéressant de plus en plus à l'interaction analysant-analysé (que S. Ferenczi poussera un peu trop loin avec ses techniques actives et son analyse mutuelle).

Le traumatisme évoqué est dans ce cas plus proche de la décomposition, de la fragmentation et de la mort, expérience où le *rien* est parfois traumatique. Il reste une expérience où le sujet agonise, où les clivages peuvent se réduire grâce au transfert avec l'aide d'un thérapeute secourable.

- 4- Si l'on doit à S. Ferenczi d'avoir repéré **l'importance des processus négatifs dans l'expérience traumatique** (travail poursuivi par Freud après le bouleversement de 1920), de nombreux auteurs se sont ensuite intéressés au négatif du trauma.

Parmi eux, A. Green, C. et S. Botella ou encore C. Janin, M. Fain, R. Roussillon, J. Guillaumin, N. Abraham et M. Torok ont déplacé la question du traumatisme vers quelque chose de non-advenu ou non-investi.

Ainsi pour C. et S. Botella le travail de figurabilité a une fonction anti-traumatique permettant de révéler le négatif dans une thérapie.

Ces modélisations étudient comment des pans entiers de vie psychique sont des perceptions ou représentations non investies dont le retour brutal terrorise le sujet. Le traumatisme devient sans contenu, une béance.

En explorant le fondement négatif du trauma, cette conception s'intéresse plutôt à l'effacement, l'hallucination et le négatif comme autant de tentatives d'organiser l'expérience y compris parfois en s'amputant d'une partie de sa subjectivité (R. Roussillon).

- 5- De récentes approches insistent sur **l'aspect de contenance** en définissant ce type d'expériences comme l'effondrement des contenants interne et externe. Les travaux de la Tavistock Clinic (C. Garland) qui ne négligent ni l'impact du traumatisme actuel ni les traumatismes précédents tiennent compte de l'articulation interne/externe.

L'événement extérieur vient confirmer les fantasmes inconscients du sujet, fantasmes persécuteurs liant le monde interne et les objets dans une forme reconnaissable. Le traumatisme devient alors une expérience attractant les traumatismes antérieurs mais aussi une issue à ces expériences.

- 6- C'est **l'insistance sur les aspects d'ambiguïté et d'indécidabilité** du traumatisme qui caractérise le sixième pôle sur lequel j'ai regroupé différentes théories.

Freud lui-même avait posé après 1920 la problématique de la difficulté topique entre l'intérieur et l'extérieur (avec notamment la métaphore du bloc-notes magique).

Ambiguïté et indécidabilité sont aussi déclinées par D. Anzieu qui remarque que tout traumatisme survenant avant la constitution d'une enveloppe psychique à double feuillet s'inscrirait dans le corps plutôt que dans la psyché. B. Duez reprend également cette notion comme fil rouge des théories freudiennes du traumatisme.

Par l'incapacité à différencier soi et l'autre, intérieur et extérieur, source et but, le sujet se trouve délocalisé et dans une ambiguïté radicale.

Le collapsus de la topique interne (C. Janin) rejoint ces théories, comme d'ailleurs toutes les interrogations psychanalytiques autour du statut de la réalité extérieure et



de l'événement dans l'expérience traumatique. Ces questionnements ont traversé toute l'œuvre freudienne.

C'est aussi sur l'importance et l'impact de la réalité du traumatisme que ces modélisations s'interrogent, comme sur l'idée que tous les traumatismes ne se valent pas.

- 7- C'est enfin autour de l'idée de **la complexité topique du traumatisme** que se rejoignent les dernières modélisations étudiées.

S. Freud a bien entendu exploré cet aspect au-delà de son insistance sur le facteur quantitatif, complexifiant la topique jusque dans ses derniers textes.

La notion freudienne d'après-coup réorganisant l'expérience en est un bel exemple, modèle révolutionnant la temporalité en permettant de penser une condensation des temps traumatiques.

En complexifiant cette notion, C. Garland requalifie l'événement actuel dans l'économie traumatique, sa valeur ne relevant pas seulement de l'incidence des expériences antérieures. A. Ciccone et A. Ferrant synthétisent cet apport en relevant l'inscription topique complexe du traumatisme actuel attractant les expériences traumatiques passées, leur donnant une forme et participant aussi à donner une forme reconnaissable au traumatisme actuel. Cette conception articule le trauma à l'ensemble de la vie psychique dans une vision dynamique et potentiellement intégrative.

C. et S. Botella nuancent aussi considérablement la notion d'après-coup : une représentation ne peut pas être traumatique, c'est même l'inverse. Le traumatisme ne peut être compris sans une théorie du négatif. Les modélisations neurobiologiques appuient d'ailleurs cette idée de la complexité topique de l'inscription traumatique.

Le *traumatisme perdu* décrit par R. Roussillon est une autre approche, très winnicottienne, de cette complexité, complexifiant même encore les travaux de C. et S. Botella en n'opposant pas perception et représentation.

On retrouve encore dans les recherches soulignant cette complexité les notions de *traumatisme cumulatif* (M. Khan), de *noyaux chaud et froid du traumatisme* (C. Janin) envisageant à la fois les différents temps de l'expérience mais aussi leur

possible condensation et articulation. Les propositions de C. Janin se poursuivent d'ailleurs avec l'idée d'un *collapsus topique* venant souligner la détransitionnalisation de la réalité comme principale figure du traumatisme.

Avec l'*identification endocryptique*, N. Abraham et M. Torok supposent une expérience traumatique indicible obligeant l'objet à être mis en conserve par un refoulement conservateur, cette manœuvre permettant en quelque sorte de conserver illusoirement la topique antérieure à l'expérience traumatique, processus faisant cependant éclater le topique habituelle.

C'est enfin l'idée d'un traumatisme articulé à l'ensemble de la vie psychique qui a retenu mon attention. En insistant sur les aspects attracteurs et potentiellement organisateurs du traumatisme, A. Ciccone et A. Ferrant, reprenant les travaux de la Tavistock Clinic, proposent un modèle liant les différentes modélisations dans une complexité dynamique où l'expérience traumatique est reconnue par sa forme, le sujet tentant de transformer l'expérience en une forme reconnaissable. Ces auteurs soulignent une nouvelle lecture de la notion d'après-coup, plus dynamique et ne négligeant ni l'actuel ni les expériences passées.

Enfin, la *crainte de l'effondrement* évoquée par Winnicott est une conception remarquant la complexité topique de ce type d'expériences, pensée d'une immense richesse clinique : en soutenant l'idée que l'effondrement concerne quelque chose qui a déjà eu lieu, Winnicott bouleverse la pensée topique habituelle et pose les bases d'une nouvelle pensée des modèles thérapeutiques et interprétatifs. Il interroge également le transfert comme occasion pour le sujet, non plus seulement de se représenter ce qui s'est passé mais aussi de présenter une expérience jamais réellement présentée à la psyché.

C'est après la synthèse de ces différents courants psychanalytiques que j'ai souhaité en étudier les modèles les plus dynamiques, c'est-à-dire ceux proposant une issue au traumatisme. Le lecteur s'étonnera peut-être d'y trouver des solutions souvent considérées comme très pathologiques, mais il me semble trouver là une cohérence : parce que les expériences étudiées sont profondément désorganisatrices, leurs possibilités de symbolisation ne peuvent se trouver que dans la mise en œuvre de processus eux-mêmes très archaïques et contenant un potentiel destructeur.

Bien entendu, le rêve, les processus plus secondarisés de symbolisation, la création ou le langage sont des possibilités offertes à l'élaboration de l'expérience traumatique et sont utilisés par les patients que j'ai rencontrés. Ils ne sont pas pour autant les plus fréquemment et les plus massivement utilisés.

Si la solution transférentielle est évidemment toujours engagée, j'ai aussi exploré comment la coexcitation libidinale, le travail de la honte et de la culpabilité et plus étonnamment la fixation (donnant l'impression que le patient n'en a jamais terminé avec une situation), le clivage, l'encapsulation et même l'hallucination (y compris l'hallucination négative) pouvaient être d'importants recours.

Tout au long de ce chapitre je me suis attaché à tisser les liens avec la clinique rencontrée mais aussi avec le modèle topique et le dispositif en double écoute exposés dans les deux chapitres suivants.

## Résumé de thèse

Cette thèse s'attache à dégager les effets spécifiques des expériences traumatiques de nature sexuelle, et plus largement à modéliser le déploiement de tout traumatisme. *L'informité traumatique* y est particulièrement mise en évidence dans la façon dont l'expérience est atteinte au-delà de son contenu dans sa substance, ses contours et sa forme.

Devant cette clinique de l'extrême où le patient se débat dans une économie le plus souvent paradoxale, le clinicien doit faire face à l'enchevêtrement des scènes traumatiques de l'histoire de son patient, d'un sujet n'abandonnant jamais véritablement le projet de configurer son expérience et de la situer topiquement.

On y trouve d'abord l'exposé des modèles et des issues les plus dynamiques pensés par la pensée psychanalytique, de son commencement aux propositions plus contemporaines.

Y sont ensuite envisagés, au milieu de l'errance des éléments de son trauma, les efforts du sujet pour figurer, circonscrire et situer une expérience ayant très largement dépassé ses capacités de représentation, efforts qui renseignent aussi sur les zones psychiques impactées. Sans négliger l'aspect destructeur de ce type d'expériences, la manière dont elles peuvent atomiser la vie psychique, cette thèse soutient l'idée d'un déploiement et d'une dynamique de l'économie traumatique, dynamique potentiellement organisatrice et de grande ampleur, oeuvrant le plus souvent en deça du langage.

Pour rendre compte à la fois des effets du traumatisme et de son appel à former l'expérience, il convient de penser une topique au sein de laquelle peuvent se jouer et l'errance des éléments psychiques et la façon dont ils sont attractés pour arriver à configurer l'expérience, la symboliser. Cette topique est représentable par un cylindre développable en rubans de Möbius, cylindre contenant l'identité du sujet et dans lequel des zones de plis figurent les points où la matière psychique se forme et se spatialise.

Ce cylindre où se joue l'expérience traumatique organisée en couple d'opposés, où se lisent également les efforts du sujet pour la circonscrire, n'est pensable que dans un modèle intersubjectif. Dans cette optique, et parce que l'économie traumatique impose plus que d'autres une réflexion sur le dispositif de soins et l'implication du thérapeute, on saisit mieux l'intérêt d'une double écoute (par deux psychologues cliniciens).

Une part importante de ce travail de recherche concerne l'étude de la congruence de cette « copensée » avec la nouvelle modélisation du traumatisme. A cette fin, les enjeux du regard, de la psychodramatisation et de la spatialisation de l'expérience comme bien entendu des capacités de contenance du dispositif en double écoute y sont particulièrement analysés, sans en sous-estimer les limites (d'une trop grande séduction par exemple).

Ce travail de recherche laisse une large place à la clinique par l'exposé de longues vignettes retraçant le récit d'expériences traumatiques de patients, en replaçant ce déploiement (parfois sur plus de dix ans) dans l'épaisseur des séances, des échanges et des interactions entre les deux psychologues et leur patient. Evidemment, les enjeux transféro-contre-transférentiels occupent une place importante dans cette dynamique.

En liant les aspects métapsychologiques et techniques de la modélisation de l'expérience traumatique proposée, on comprend par exemple à quel point la construction (et plus seulement l'interprétation) est utile, comment les signifiants formels (D. Anzieu) sont d'une grande pertinence pour lire le déploiement de l'expérience, comment les clivages fonctionnels (G. Bayle) facilitent la « communication traumatique ».

Dans une économie au climat rarement tempéré, les psychologues sont souvent malmenés et l'identification projective devient paradigme de l'échange traumatique. Véritables « attracteurs humains » de la forme en errance du trauma, les thérapeutes se trouvent souvent confrontés à des places et fonctions à la limite de leur position clinique.

Penser les traces de telles expériences oblige bien sûr à considérer la façon dont l'appareil psychique garde ou pas la mémoire de rencontres aussi peu subjectivées. En insistant toutefois sur les processus par lesquels la psyché conserve, transforme, déforme et réactive les traces des expériences traumatiques, on arrive aussi à comprendre comment la méthodologie psychanalytique parvient à garantir la question de l'humain et de son potentiel de transformation, cela même dans les expériences les plus désastreuses.

De même que le sujet ne peut se réduire à une victime, son expérience traumatique ne peut être traitée indépendamment de l'ensemble de la psyché, elle ne peut être « débriefée » ni évacuée aussi facilement que le socius pousse quelquefois à le faire. Bien au contraire, il est ici plutôt question de laisser se déployer les atteintes traumatiques en même temps que leur potentiel de mise en forme.

Université Lumière Lyon 2  
Ecole Doctorale 485 E.P.I.C  
(Education – Psychologie- Information et Communication)  
Institut de Psychologie  
Département : Psychologie et Psychopathologie Clinique  
Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique EA 653

# **L'informité du traumatisme**

*Plaidoyer pour une clinique et une  
topique dynamiques du traumatisme  
sexuel*

Tome 3

**Thèse de Doctorat en Psychologie**

**Mention Psychopathologie et Psychologie Clinique**

Par Eric CALAMOTE

**Sous la direction du Professeur Albert Ciccone**

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2011

Devant un jury composé de  
**Albert CICCONE**, Professeur des Universités, Université Lyon 2  
**Alberto KONICHECKIS**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**François MARTY**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**René ROUSSILLON**, Professeur des Universités, Université Lyon 2

## **2-3 Vers une modélisation de l'expérience traumatique, essai de représentation topique et dynamique**

« Séjour où des corps vont cherchant chacun son dépeupleur. Assez vaste pour permettre de chercher en vain. Assez restreint pour que toute fuite soit vaine. C'est l'intérieur d'un cylindre surbaissé ayant cinquante mètres de pourtour et seize de haut pour l'harmonie. Lumière. Sa faiblesse. Son jaune. Son omniprésence comme si les quelques quatre-vingt mille centimètres carrés de surface totale émettaient chacun sa lueur. Le halètement qui l'agite. Il s'arrête de loin en loin tel un souffle sur sa fin. Tous se figent alors. Leur séjour va peut-être finir. Au bout de quelques secondes tout reprend. Conséquences de cette lumière pour l'œil qui cherche. Conséquences pour l'œil qui ne cherchant plus fixe le sol ou se lève vers le lointain plafond où il ne peut y avoir personne. Température. Une respiration plus lente la fait osciller entre chaud et froid. Elle passe de l'un à l'autre extrême en quatre secondes environ. Elle a des moments de calme plus ou moins chaud ou froid. Ils coïncident avec ceux où la lumière se calme. Tous se figent alors. Tout va peut-être finir. Au bout de quelques secondes tout reprend. Conséquences pour les peaux de ce climat. Elles se parcheminent. »<sup>584</sup>

### **2-3-1 Illusion d'optique et illusion topique**

Signalons tout de suite l'échec, partiel en tout cas, de cette tentative de représentation. Cela tient sans doute en partie au sujet étudié, l'expérience traumatique se définissant aussi comme l'incapacité à se représenter. Il a fallu explorer différents modèles dans des épistémologies parfois très lointaines de la psychanalyse pour arriver à trouver une représentation convenant à ma proposition.

---

<sup>584</sup> Beckett (S.), *Le Dépeupleur*, p.7-8.

## Résumé de thèse

Cette thèse s'attache à dégager les effets spécifiques des expériences traumatiques de nature sexuelle, et plus largement à modéliser le déploiement de tout traumatisme. *L'informité traumatique* y est particulièrement mise en évidence dans la façon dont l'expérience est atteinte au-delà de son contenu dans sa substance, ses contours et sa forme.

Devant cette clinique de l'extrême où le patient se débat dans une économie le plus souvent paradoxale, le clinicien doit faire face à l'enchevêtrement des scènes traumatiques de l'histoire de son patient, d'un sujet n'abandonnant jamais véritablement le projet de configurer son expérience et de la situer topiquement.

On y trouve d'abord l'exposé des modèles et des issues les plus dynamiques pensés par la pensée psychanalytique, de son commencement aux propositions plus contemporaines.

Y sont ensuite envisagés, au milieu de l'errance des éléments de son trauma, les efforts du sujet pour figurer, circonscrire et situer une expérience ayant très largement dépassé ses capacités de représentation, efforts qui renseignent aussi sur les zones psychiques impactées. Sans négliger l'aspect destructeur de ce type d'expériences, la manière dont elles peuvent atomiser la vie psychique, cette thèse soutient l'idée d'un déploiement et d'une dynamique de l'économie traumatique, dynamique potentiellement organisatrice et de grande ampleur, oeuvrant le plus souvent en deça du langage.

Pour rendre compte à la fois des effets du traumatisme et de son appel à former l'expérience, il convient de penser une topique au sein de laquelle peuvent se jouer et l'errance des éléments psychiques et la façon dont ils sont attractés pour arriver à configurer l'expérience, la symboliser. Cette topique est représentable par un cylindre développable en rubans de Möbius, cylindre contenant l'identité du sujet et dans lequel des zones de plis figurent les points où la matière psychique se forme et se spatialise.

Ce cylindre où se joue l'expérience traumatique organisée en couple d'opposés, où se lisent également les efforts du sujet pour la circonscrire, n'est pensable que dans un modèle intersubjectif. Dans cette optique, et parce que l'économie traumatique impose plus que d'autres une réflexion sur le dispositif de soins et l'implication du thérapeute, on saisit mieux l'intérêt d'une double écoute (par deux psychologues cliniciens).

Une part importante de ce travail de recherche concerne l'étude de la congruence de cette « copensée » avec la nouvelle modélisation du traumatisme. A cette fin, les enjeux du regard, de la psychodramatisation et de la spatialisation de l'expérience comme bien entendu des capacités de contenance du dispositif en double écoute y sont particulièrement analysés, sans en sous-estimer les limites (d'une trop grande séduction par exemple).

Ce travail de recherche laisse une large place à la clinique par l'exposé de longues vignettes retraçant le récit d'expériences traumatiques de patients, en replaçant ce déploiement (parfois sur plus de dix ans) dans l'épaisseur des séances, des échanges et des interactions entre les deux psychologues et leur patient. Evidemment, les enjeux transféro-contre-transférentiels occupent une place importante dans cette dynamique.

En liant les aspects métapsychologiques et techniques de la modélisation de l'expérience traumatique proposée, on comprend par exemple à quel point la construction (et plus seulement l'interprétation) est utile, comment les signifiants formels (D. Anzieu) sont d'une grande pertinence pour lire le déploiement de l'expérience, comment les clivages fonctionnels (G. Bayle) facilitent la « communication traumatique ».

Dans une économie au climat rarement tempéré, les psychologues sont souvent malmenés et l'identification projective devient paradigme de l'échange traumatique. Véritables « attracteurs humains » de la forme en errance du trauma, les thérapeutes se trouvent souvent confrontés à des places et fonctions à la limite de leur position clinique.

Penser les traces de telles expériences oblige bien sûr à considérer la façon dont l'appareil psychique garde ou pas la mémoire de rencontres aussi peu subjectivées. En insistant toutefois sur les processus par lesquels la psyché conserve, transforme, déforme et réactive les traces des expériences traumatiques, on arrive aussi à comprendre comment la méthodologie psychanalytique parvient à garantir la question de l'humain et de son potentiel de transformation, cela même dans les expériences les plus désastreuses.

De même que le sujet ne peut se réduire à une victime, son expérience traumatique ne peut être traitée indépendamment de l'ensemble de la psyché, elle ne peut être « débriefée » ni évacuée aussi facilement que le socius pousse quelquefois à le faire. Bien au contraire, il est ici plutôt question de laisser se déployer les atteintes traumatiques en même temps que leur potentiel de mise en forme.

Il fallait trouver un modèle spiralaire, articulant le haut et le bas et mettant en contact potentiel chaque point. Une sorte de chaînes d'anneaux de Möbius en hauteur et en contact. Mais voilà, les anneaux de Möbius ne peuvent être mis en relation sans disparaître comme tels.

C'est par le jeu d'une illusion d'optique graphiquement représentable que cette représentation a pu aboutir. Il fallait rendre compte enfin d'un processus plus que d'un état, processus dans lequel une forme peut se circonscrire quand certains points sont en contact (l'expérience traumatique actuelle et passée par exemple, l'affect commun à ces expériences, la psyché du patient et celle du thérapeute, le dedans et le dehors de l'expérience...).

Souligner enfin ce « mouvement vers » infini, tourbillonnaire avec des destins bien différents (ces destins ont en partie été décrits dans le chapitre 2-2 de cette thèse) : une spirale où le traumatisme peut s'évacuer, s'encapsuler, se métaboliser, s'articuler à la vie psychique, où le traumatisme pourrait bien se retrouver plusieurs fois, à différents niveaux, sans toujours être reconnu.

Ma représentation souhaitait rendre compte de **l'errance du traumatisme**, de son incapacité à se localiser et à se fixer sur une zone psychique, à délimiter l'expérience. Reprenant les considérations de M. Edrosa<sup>585 586</sup> qui analyse finement les modalités d'errance de subjectivités dans des pathologies extrêmes, je m'accorderai à penser avec mon schéma topique, et concernant l'expérience traumatique en général, que « (...) ce ne sont pas seulement les traces de l'expérience de mort psychique qui seraient restées errantes. Ce serait le sujet lui-même, mort psychiquement, qui serait errant, car interdit d'une place pour lui-même à l'intérieur de sa subjectivité colonisée par l'objet, et dès lors voué à s'incarner dans le corps d'autrui. »

Je proposerai même que ce modèle rend compte de la souffrance du sujet traumatisé, d'une souffrance encore non inscrite (même pas sous forme de plainte), errante et non subjectivée, au sens où l'entend F. Marty :

---

<sup>585</sup> Edrosa (M.), « Aux confins de l'originaire, sur l'autel des sacrifices : genèse de l'« inhumanité psychique », in Balier (C.), *La violence en abyme*, p. 245-246.

<sup>586</sup> M. Edrosa rappelle les propositions de D. Zagury proposant que les tueurs en série vivent avec une expérience de mort psychique en errance dans leur psyché, non inscrite dans la représentation et donc vouée à être mise en scène sur la victime.



« La souffrance serait ce qui reste en suspension, en latence, en attente d'être possiblement subjectivé dans l'éprouvé de souffrance, ce qui reste « en souffrance ». Ce serait le non-sens de la souffrance qui ferait souffrir ; une souffrance dont on ne peut rien faire. A ce titre la souffrance psychique serait ce travail d'appropriation subjective d'un événement encore inconnu du sujet. L'enjeu de tout éprouvé de souffrance est précisément de relier cet éprouvé à l'expérience intime du sujet. »<sup>587</sup>

Mon modèle serait ainsi une représentation d'un « traumatisme en souffrance » autant que des tentatives du sujet pour le constituer en éprouvé, l'approprier subjectivement, l'articuler à son intimité.

Nous rejoignons ici la théorisation de R. Roussillon (1997) disant que des traces d'expérience de mort psychique non symbolisées et n'ayant donc pas reçu de statut topique, sont condamnées à errer dans la psyché. **Selon moi, une des façons pour le sujet traumatisé de lutter contre l'errance et d'inscrire topiquement son expérience serait d'en laisser se déployer la forme dans une dynamique topique représentable par mon modèle. J'insiste cependant pour bien rappeler qu'il s'agit de l'errance de l'expérience traumatique du sujet mais aussi de l'errance du sujet lui-même, tout aussi clivée ou encapsulée que soit son expérience.**

Ce modèle aurait autant de forces centrifuges que centripètes, concentrant en son sein tout autant qu'il expulserait à sa périphérie (A.Ciccone et A.Ferrant<sup>588</sup> rappellent la position de Imre Hermann sur la dynamique du cramponnement, la honte pouvant être centrifuge -la crainte de l'exclusion, du déramponnement de la mère et du groupe- et centripète, suite de l'exclusion. Remarquons d'ailleurs qu'avoir honte, comme le soulignent ces auteurs, c'est courir le risque de se déramponner, c'est-à-dire aussi de perdre ses repères spatiaux et psychiques (le lien entre l'expérience traumatique et les distorsions spatiales que j'ai cliniquement repérées a été une des raisons du choix des signifiants formels comme indicateurs de *l'informité*).

---

<sup>587</sup> Marty (F.), Introduction à *Ce que souffrir veut dire*, p.30.

<sup>588</sup> *Ibid.*, p.9.

Bien que l'affect de honte ne soit pas au centre de ma recherche, il est étonnant de voir à quel point cet affect pourrait s'intégrer à la topique que je propose ; ainsi, Jean Guillaumin souligne le registre de l'analité comme dominant (dans sa dimension voyeuriste/exhibitionniste) dans la dynamique de la honte, dynamique fondée sur un retournement (de l'arrière vers l'avant, du bas vers le haut) : « La situation prototypique du raptus honteux est celle du sujet qui se trouve brusquement retourné, un peu à la manière d'un gant, exposant une part anale de lui alors qu'il fonctionnait en « régime » d'exhibitionnisme phallique, marqué par une certaine prestance. »<sup>589</sup> **Le schéma topique que je propose permet tout à fait à la fois d'illustrer ce renversement (montrer le dedans et le dehors en même temps ou successivement), la dynamique du mouvement lui-même et enfin la persistance de l'un et l'autre des points renversés (anal/phallique, dedans/dehors...) quelle que soit la forme prise par l'expérience (c'est-à-dire que le gant soit retourné ou non).** Cela laisserait penser que les topiques du traumatisme et de la honte ne sont peut-être pas si éloignées.

L'élaboration d'un modèle se situe dans un contexte spéculatif et imaginatif, suivra la vérification de ce modèle, de son application ; plus exactement il m'appartiendra dans la suite de cette thèse de vérifier mes hypothèses avec ce modèle topique.

Dans une note du 10 août 1930, Ferenczi remarquait que certaines observations cliniques obligeaient à penser « d'autres processus de mécanismes psychiques ». Il fallait accorder foi aux patients et trouver avec eux de nouvelles possibilités topiques acceptant leur fragmentation, leur atomisation en plusieurs fragments

« (...) prenant pour ainsi dire la forme et le mode de fonctionnement d'une personne entière. [...] Un autre processus qui peut être représenté topiquement est celui qui est caractérisé par l'expression « être hors de soi ». Le moi abandonne entièrement ou partiellement le corps, la plupart du temps à travers la tête, et observe de l'extérieur ou de haut le destin ultérieur du corps, en particulier ses souffrances. (De telles images sont par exemple : éclater par la tête et observer, depuis le plafond, le corps mort, étendu là, évanoui ; image plus rare : porter sa propre tête sous le bras ; un lien de type cordon ombilical entre les parties expulsées du moi et le corps, c'est-à-dire l'ensemble.)

Exemple typique :

---

<sup>589</sup> *Ibid.*, p.10.

1-Le moi devient tout à coup comme un œil presbyte et peut se déplacer aisément dans les étendues infinies. (...)

2-Lorsque la tension de la douleur continue à augmenter : escalader la tour Eiffel, monter en courant une paroi escarpée.

3-La force traumatique rattrape et fait pour ainsi dire tomber le moi du haut de l'arbre ou de la tour. Ceci est décrit comme un cyclone terrifiant avec dissolution totale des liaisons et une terrible sensation de vertige, jusqu'à ce que finalement :

4-La capacité ou même la tentative de résister à la force soit abandonnée comme inutile et la fonction d'autoconservation se trouve en faillite. Le résultat final de ceci sera décrit ou représenté comme être-mort partiellement.

Dans ce cas, cet « être-mort » était représenté, dans les rêves et dans les associations, comme une pulvérisation maximale, jusqu'à la dématérialisation complète.

La part morte, dématérialisée, a tendance à vouloir attirer à elle dans le non-être la partie non encore morte, en particulier dans les rêves (...).

Il n'est donc pas impossible que, par l'accumulation de notre expérience, le point de vue topique, à côté du déplacement et du refoulement, permette également de décrire la fragmentation et la pulvérisation de formations psychiques composées. »<sup>590</sup>

On comprend bien, avec de telles descriptions cliniques (empreintes d'aspects contre-transférentiels), qu'il est nécessaire de penser une topique suffisamment extensible, prête à accepter à la fois ces fragmentations, ces cristallisations et ses déploiements démentiels de l'expérience traumatique. Il est clair que les principes de déplacement et de refoulement sont tout à fait insuffisants à rendre compte de cette *informité* (telle que je la nomme).

On voit bien comment les observations de Ferenczi ouvriront par exemple, si l'on s'en tient à la description précédente, à d'autres conceptualisations tels les signifiants formels de D. Anzieu.

Un mois après cette note, Ferenczi revient sur l'intérêt de la fragmentation et admet que cette modification de la forme (je dirais l'informité de l'expérience) permet une plus grande adaptabilité, une souplesse : des extensions, des distorsions, des courbures, des compressions « jusqu'à la limite de l'élasticité psychique » sont évoquées.<sup>591</sup>

C'est ce type de constats cliniques que souhaite contenir ma proposition topique.

---

<sup>590</sup> Ferenczi (S.), « De la construction analytique des mécanismes psychiques », in *Le traumatisme*, p.54-55.

<sup>591</sup> Ferenczi (S.), « Traumatisme et aspiration à la guérison », *Ibid.*, p.57.

## 2-3-2 Présentation du modèle

Lorsqu'un modèle ou une figure se généralise trop, le risque est grand qu'il ne se détruise de lui-même. S'il s'applique à tout, si plus rien ne peut s'opposer, il peut alors même accepter son contraire. Il devient idéologie.

Mon entreprise n'a aucune ambition de théorisation très généralisante, elle cherche seulement à développer un modèle dynamique rendant compte au mieux de l'expérience traumatique et de son inscription topique. J'espère ce modèle pas trop bavard, je le sais ne décrivant pas tout pour mieux saisir la réalité de l'expérience.

Je n'ambitionne pas une représentation de l'expérience traumatique, je la sais impossible. Mon modèle a ses zones d'ombre, son opacité, ses insuffisances ; il est cependant ce que j'ai trouvé de plus adapté pour restituer ce que ma recherche a compris de l'informité traumatique. Il se veut fécond et extensible mais modeste. Il rend compte de l'insuffisance de l'évaluation euclidienne et cartésienne du monde subjectif, sa topologie dénonce la conception d'une expérience conçue sur un modèle uniquement structurel et figé. L'espace topologique précède l'espace euclidien, Piaget l'a bien montré : l'enfant n'identifie pas d'abord l'objet d'après ses propriétés métriques mais avec leur identité topologique.

C. et S. Botella ont parfois reconnu certains inconvénients de la configuration spatiale donnée aux modèles. Les métaphores spatiales limitent en effet la pensée, les topiques, les frontières ne donnent qu'une représentation partielle du fonctionnement psychique.

Ils soutiennent ainsi que, dans un grand souci de clarté, Freud lui-même aurait sacrifié la complexité de la dynamique de la névrose traumatique en l'inscrivant trop dans une représentation topographique des barrières.

**Mais mon schéma ne dessine aucune barrière, c'est sur des inflexions, des courbures et des plis qu'il est construit. Sa représentation sous forme d'illusion d'optique permet de marquer l'impossible topographie du traumatisme, l'incapacité à localiser le trauma, l'inscription en bifaces des éléments (passif/actif, passé/présent, dedans/dehors...). C'est un modèle de déploiement et pas de délimitation.**

## 2-3-2 a) Pourquoi spatialiser un modèle ?

Le temps, l'histoire, la chronologie sont le plus souvent ce qui donnent sens à nos catégorisations, nos conceptualisations. Ils remplissent nos modèles et synthétisent nos concepts.

Le siècle du *messianisme* (de Hegel à la fin de la seconde guerre mondiale)<sup>592</sup> a fait du temps la matrice de toute résolution, la temporalisation devenant salvatrice.

De nombreux auteurs se sont cependant ensuite attachés à défendre un autre point de vue. M. Foucault et ses considérations sur la géographie, son concept d'hétérotopie (et non d'utopie) propose une autre optique, poursuivie par le concept d'hétérotopologie d'E. Soja, entendant faire de la géographie (et non de l'histoire) le paradigme des investigations humaines. Je reviendrai également sur les travaux de G. Deleuze, faisant du pli (notion topologique par excellence) un concept central de la philosophie et de l'art.

C'est aussi Lacan qui restituera l'espace à la pensée, usant de multiples schémas topologiques pour montrer que la spatialité facilite la représentation de l'inconscient.

R. Poincaré marquera le véritable développement de la topologie qu'il considérait comme la partie la plus utile des mathématiques, s'intéressant non pas aux mesures mais aux formes concrètes perçues par la conscience (contrairement à la droite mathématique qui n'est qu'une épure formalisée, une idéalisation transcendant le dessin réel).

La topologie a rapidement été pensée comme une possibilité de décrire avec nuances et subtilités le monde vivant, l'espace vécu et non plus seulement l'espace pensé de la géométrie euclidienne. J. Piaget en a montré l'intérêt dans son entreprise épistémique.

En philosophie, Merleau-Ponty a aussi montré la fécondité de la topologie. Avec les concepts de voisinage, d'« empiètement », de « promiscuité », d'« entrelacs » ou de « réversibilité » par exemple, il a souhaité penser la relation du corps à lui-même comme l'immersion de ce corps vivant dans le corps vivant du monde. La description de ces rapports nécessitait une géométrie plus dynamique que la géométrie classique. Pour Merleau-Ponty, il

---

<sup>592</sup> On comprendra par ce terme la résolution des problèmes et des contradictions par le temps.

faut revenir au primitif, à ce « terrain confus de l'existence »<sup>593</sup>, cet « ordre des phénomènes où nous sommes mêlés au monde et aux autres dans une confusion inextricable. »<sup>594</sup>

Merleau-Ponty s'attachera à briser le face à face avec l'objet, il s'agira de tresser, d'envelopper, d'enlacer même. La topique de l'être suppose selon lui ce point de vue topologique. Par le concept d'enveloppement il décrit un sujet qui n'est plus un simple spectateur transcendantal non situé dans le monde, il devient un corps enveloppé par le monde. Le corps et le monde sont sur un même continuum, faits de la même texture. Le sujet est dans un rapport d'« enjambement », d'« embrassement » avec le monde. On voit apparaître dès 1950 les occurrences du terme d'empiètement qui ne quittera plus Merleau-Ponty.

Cet « extraordinaire empiètement » permettra de **penser une relation au monde du sujet fonctionnant plutôt comme contact que comme frontière**. Il sera décliné à l'aide d'autres concepts comme le « pli », le « chiasme » ou la « réversibilité ». Le pli, repris par G. Deleuze, se fait courbure, inflexion, enroulement sur soi ; il introduit un écart, un enroulement sur soi mais pas une déchirure ni une discontinuité. **Si je suis un pli du monde, je ne suis pas un intérieur face à un extérieur mais une surface réversible.**<sup>595</sup>

Le phénoménologue souhaitant se rapprocher de l'expérience réellement éprouvée revient à l'espace vécu, substituant à l'espace du géomètre le corps en mouvement.

La topologie insiste sur les aspects qualitatifs plus que quantitatifs, c'est sans doute pour cela que j'y ai eu recours pour représenter l'expérience traumatique. Elle étudie les propriétés invariantes des objets lorsqu'ils sont étirés, rétrécis ou tordus ; elle étudie les propriétés géométriques invariantes sous l'effet de transformations biunivoques continues. Les distances n'existent plus, sphères et ellipses sont équivalentes, comme le tore, la chambre à air ou la tasse à café.

On peut en partie concevoir l'expérience traumatique comme une crise désorganisant les systèmes de régulation du sujet, les fondements de sa survie psychique et physique. Dans le traumatisme, c'est bien l'idée d'un tout qui se perd, cela a donc inévitablement à voir avec

---

<sup>593</sup> Merleau-Ponty (M.), Notes préparatoires, manuscrits conservés à la Bibliothèque Nationale à Paris, volume VII, N313/G214 (cotation établie par la Bibliothèque Nationale), notes de février 1946.

<sup>594</sup> Merleau-Ponty (M.), N63/G46.

<sup>595</sup> Merleau-Ponty (M.), *L'œil et l'esprit*.

la mort et même le cadavre, c'est-à-dire de la décomposition (cette idée des restes d'une organisation préexistante est très présente chez Ferenczi par exemple).

Plusieurs auteurs ont eu recours au concept de *système* pour essayer de trouver une théorisation de ces moments de crise. E. Morin par exemple (et sa « Crisologie » en 1976) expose certains principes de régulation à travers différents facteurs régissant rupture et continuité dans l'hypercomplexité et la topologie du vivant. Il lie lui aussi la crise à l'idée d'annonce d'une mort ou plutôt de deux formes de mort : la *décomposition* (conçue comme la dispersion et le retour au désordre des éléments constitutifs) et la *rigidité cadavérique* (retour aux formes et causalités mécaniques).

La parenté de cette modélisation psycho-sociale voire philosophique très complexe de la rupture avec l'expérience traumatique telle que j'ai pu en parler est assez intéressante. Comme le remarque C. Barrois<sup>596</sup>, on trouve chez Freud plutôt la rupture des régulations par excès du désordre, Ferenczi insistant plutôt sur la menace de mort, le meurtre de l'échange symbolique. Les idées de *fragmentation*, de *dissolution des formes* et de *décomposition* sont très présentes chez Ferenczi, bien au-delà du travail du deuil.

Il faut prendre garde à l'usage trop plaqué des théories issues d'autres épistémologies dans toute recherche. Concernant la Théorie des Catastrophes, R. Thom a averti les praticiens des sciences sociales et biologiques de ce risque.

Il n'en reste pas moins que je ne peux m'empêcher de souligner que l'apport de R. Thom dans ce domaine a aussi consisté à montrer l'intérêt de « géométriser » la pensée par *une logique du continu*. Il appuie aussi très fortement sa pensée sur l'idée d'une topologie de la signification. Sont ainsi décrits des conflits entre régimes locaux dans les catastrophes, se produisant dans « un espace-temps à quatre dimensions » (R. Thom, 1980). R. Thom critique d'ailleurs l'insuffisance de la théorie lacanienne du signifiant

« (...) parce qu'elle néglige, oublie le support de localisation spatiale en lequel vient mourir tout signifiant. Seule cette ultime localisation nous permet d'échapper à la régression infinie à laquelle nous condamne l'élimination du signifiant. »<sup>597</sup>

Je me dois de remarquer que R. Thom, dans sa théorisation des systèmes et des catastrophes, insiste sur l'exigence d'une ultime recours à la localisation, à une topologie de la catastrophe en quelque sorte. Une catastrophe, autrement dit un traumatisme, ne peut se

---

<sup>596</sup> Barrois (C.), *Les névroses traumatiques*, p.162.

<sup>597</sup> Thom (R.), Cit. in Barrois (C.), *Les névroses traumatiques*, p.164.

comprendre que si l'on arrive, in fine, à localiser les zones de conflits et d'articulation entre les sous-systèmes. Ces zones, dans mon schéma, sont les zones de plis.

## 2-3-2 b) Ce dont le modèle doit rendre compte

J'ai souhaité ici rassembler les éléments essentiels exposés depuis le début de cette thèse et concourant à penser, représenter l'expérience traumatique. Après l'exposé des schémas topiques, je reviendrai évidemment sur ce qu'ils tentent de mettre en évidence de la distorsion et du déploiement traumatique, mais il m'a semblé nécessaire de rappeler de façon très synthétique les quelques éléments sur lesquels j'ai déjà fait des propositions.

- J'ai souhaité **élaborer un modèle ne perdant pas la complexité humaine** à travers les aléas de ses processus de symbolisation. Si l'on suit E. Morin, complexité ne signifie pas complication. Le modèle représentatif de l'A.D.N. par exemple est complexe, il n'est pas compliqué ; il peut être ramené à des principes et une organisation certes très subtils mais exposables rapidement. A l'inverse, la pensée du névrosé obsessionnelle est souvent compliquée mais pas forcément complexe.

La parenté esthétique de mon schéma avec le nouage des brins d'A.D.N. est d'ailleurs significative.

- Mon schéma doit être compatible avec l'idée que l'expérience traumatique ne se raconte pas, dépasse le langage. Il est besoin de la figurer topologiquement pour avoir **une idée du déploiement de la forme de l'expérience traumatique et de ses distorsions.**

Dans son étude des formes autistiques, F. Tustin rappelle que le vide de l'autisme ne peut même pas faire des distinctions très simples : « Tout est étouffé, aplati. Les



formes autistiques indifférenciées sont des façons aberrantes de structurer les expériences sensorielles. »<sup>598</sup> Les cercles griffonnés à l'aveugle, les spirales de salive, les excréments étalés sur le corps, le jeu avec les gaz de l'anus « appellent à l'existence » selon F. Tustin.

De la même façon que le cercle présente un contour distinct, le sujet peut progressivement sentir ses limites, son espace intérieur, sans qu'il ne soit seulement question de « bords délimitant une surface ». Les formes autistiques, comme les formes de l'expérience traumatique que j'étudie, sont très personnelles et idiosyncrasiques, elles ne se partagent que rarement et ne sont pas objectivables, géométriques. C'est pour cela qu'il faut un schéma dynamique et complexe pour tenter d'en rendre compte.

**Les plis de mon schéma contiennent les prémisses de frontières et de limites, elles sont des débuts d'espaces propres, de contenants.** Elles ne sont pas parfaitement localisables, ne correspondent pas à des formes communément partagées mais sont cependant des formes tendant à circonscrire l'expérience, à constituer un contenant : **des plis plus que des cercles.**

Ces zones gardent un caractère encore un peu vague, sorte de terrain vague mettant en forme des sensations (le plus souvent sous forme de couples opposables). **En faisant ceci, elles régulent les flux chaotiques de l'expérience et donnent au sujet le sentiment d'exister. Elles sont des précurseurs de ce qui pourra ensuite devenir des perceptions ou représentations partageables.**

Le schéma devait pouvoir figurer la production de ces mises en forme atypiques mais essentielles. Comme les formes autistiques, l'infirmité traumatique peut éternellement tourbillonner, se répandre dans la psyché de façon chaotique, être répétitive et immuable. Le fond cylindrique et développable de ma représentation topique en rend compte, les pôles d'attraction que sont les plis et les rubans de Möbius en soulignent à l'inverse les possibilités d'organisation.

- Il doit figurer à la fois **des limites et des « zones-non-zones »**

---

<sup>598</sup> Tustin (F.), *Le trou noir de la psyché*, p. 96.

- Il est impératif qu'il présente **une réelle mobilité**. Cette mobilité rend compte du travail de l'inconscient mais aussi plus particulièrement des forces chaotiques, organisatrices et désorganisatrices. **Il faut qu'il puisse gérer la potentialité traumatique de l'appareil psychique**. Cette mobilité devrait faire de **ce schéma un schéma topique/atopique permettant de lire les mouvements dynamiques traumatiques** (et toutes les particularités des expériences traumatiques : les expériences pouvant être en partie collapsées, atemporelles, simultanées, confuses, paradoxales...).
- Il ne peut en aucun cas exprimer une relation de causalité, ne dissociant pas formes et contenus. Il est **un modèle topique processuel, dynamique, un modèle du déploiement de l'expérience et non de son explication**.
- Dans cet esprit, il ne prétend pas rendre compte de la totalité de l'expérience traumatique, il n'épuise pas le sujet ni l'expérience. **Il est fondamentalement insatisfaisant** et se heurte à la définition même du traumatisme : **quelque chose n'est pas représentable**.
- Ce schéma devra présenter une spatialisation de l'expérience. **Il s'agit bien d'une spatialisation plutôt que d'une localisation**. C'est à cette fin que j'aurai recours, pour sa construction, plutôt à la topologie qu'à la géométrie euclidienne.
- **Le dessin facilitera la pensée de l'« en-creux » traumatique**, le trauma étant aussi à comprendre dans une négativité. L'envers des lignes, les courbures et torsions, les intervalles délimités par le tracé pourraient rendre compte de cette négativité.
- Dans cette préoccupation encore, **il mettra en relief les facteurs qualitatifs de l'expérience** (la spatialisation en est un) et de ses distorsions. Les aspects quantitatifs ne seront pas oubliés, le schéma présentant **une topique susceptible de se contracter, de se dilater, de mettre en contact des points éloignés de la psyché**.  
**Les sommes d'énergie et les forces ne sont pas absentes de sa conception.**

- **Il n'est pas une topique de l'expérience traumatique mais une topique dynamique de l'expérience traumatique dans sa tentative d'articulation à la vie psychique.** A cette fin, il doit prendre en compte la contenance de l'appareil psychique et le dynamique du déploiement de l'expérience.

Je rappelle que l'expérience traumatique telle que je la modélise est toute entière contenue dans la psyché, l'appareil psychique la contient malgré les torsions qu'elle lui fait subir.

- Le schéma doit permettre **la lecture des aspects désorganiseurs du traumatisme comme de ses aspects potentiellement organisateurs.**
- La figure obtenue rendra compte des articulations, liaisons et attractions encouragées par le traumatisme ; **elle soulignera les tentatives de mettre non seulement en mouvement mais en forme l'expérience traumatisante.**
- Son intérêt est aussi de **faire apparaître les aspects paradoxaux de l'expérience** et notamment le fait que **ses composants sont potentiellement** (et non systématiquement) interchangeables, inversables, **permutables** ; ce potentiel paradoxal est une des raisons du traumatisme. Les éléments psychiques peuvent se superposer, se mettre en contact, se prendre l'un pour l'autre.
- Par son insistance sur les aspects formels de l'expérience et la dynamique processuelle, **ce schéma devra être polyglotte.** Il prendra en considération tous les langages, le langage verbal comme les autres.
- **L'intrication des différentes scènes traumatiques doit y être figurable.** Je le rappelle, dans ma modélisation, « un traumatisme seul, ça n'existe pas ». La régression ou le déploiement topique permettent de relier toutes les scènes traumatiques par le nœud de la forme de cette expérience (on se rappellera mon illustration par la lecture de l'expérience traumatique de Madame Korschov à l'aide des signifiants formels).

- **Les différents registres de symbolisation pourront y apparaître**, plus ou moins secondarisés.
- **Le vacillement des limites doit pouvoir se lire**, la fragilité et la difficulté des liaisons psychiques rend les contours de l'expérience traumatique incertains. **Le sujet a du mal à circonscrire son expérience et cela doit se voir.** Cette propriété de mon schéma renvoie à **l'informité** que j'ai décrite **relevant d'une insuffisance des délimitations et de la qualification de l'expérience.** Il faut pouvoir y lire la fragilité de configuration de l'expérience que j'ai de nombreuses fois soulignée.

Les processus « limites » doivent donc pouvoir se déployer dans cette topique. Le modèle sera souple et lui-même en mouvement.

- Si le travail de symbolisation est évidemment de longue haleine, le schéma topique doit aussi rendre compte de la capacité du sujet à réagir dans l'urgence face au traumatisme. Un système de torsions, de connexions, de mise en réseau d'éléments psychiques doit donc pouvoir être mis en œuvre pour tenter de symboliser dans l'urgence. C'est un schéma topique proposant aussi une façon de court-circuiter la symbolisation « habituelle ».

On retrouvera aussi ici les travaux de Freud faisant la différence entre les systèmes non préparés et ceux préparés à lier les excitations, facteur décisif de l'issue traumatique.

**Il exprimera le maintien de la vie psychique à tout prix.**

- Ce modèle doit aussi être **un modèle de présentation de l'expérience traumatique à la psyché.**
- Il sera aussi enfin un modèle topique permettant de mettre en relief la cristallisation de différentes strates de productions psychiques, le vertex étant probablement assuré par la forme rejouée de l'expérience et des ses distorsions. **On devra y lire les zones impactées par le traumatisme.**

Cette cristallisation n'empêchera pas la recherche d'une continuité spatiale, temporelle et plus généralement psychique. **Le dessin topique devra ainsi rendre compte et de la cristallisation d'éléments psychiques, et de la continuité de la vie psychique.**

### 2-3-2 c) Premier essai de représentation topique de l'expérience traumatique : la superposition d'anneaux de Möbius

En topologie le ruban de Möbius (dit aussi bande, anneau ou ceinture de Möbius) est une surface fermée dont le bord se réduit à un cercle. Elle est réglée et non-orientable. Cette surface, décrite indépendamment en 1858 par les mathématiciens August Ferdinand Möbius (1790-1868) et Johann Benedict Listing (1808-1882) est très aisément visualisable et réalisable : son modèle simple s'obtient en faisant subir une torsion d'un demi-tour à une longue bande de papier, puis en collant les deux extrémités. Si l'on coupe ensuite le ruban ainsi obtenu en deux dans le sens de la longueur, on obtient un anneau unique, vrillé et présentant deux faces et deux bords distincts. Si on le coupe à nouveau dans le sens de la longueur, on obtient deux anneaux distincts, vrillés et entortillés l'un sur l'autre.

Le ruban de Möbius est une surface qui peut être caractérisée par le fait qu'elle ne possède qu'une seule face (elle est dite unilatère et donc non orientable) et un bord unique. Cette surface est de genre 1, c'est-à-dire qu'une courbe fermée tracée dans son intérieur la laisse connexe, mais pas deux. C'est d'ailleurs cette dernière caractéristique qui signera l'insuffisance de ce modèle à rendre compte des aspects dynamiques de l'expérience traumatique

Des variantes du ruban classique peuvent s'obtenir en faisant subir à la bande un nombre impair de demi-tours de sens direct ou rétrograde ; si l'on accepte des valeurs paires on obtient des rubans à deux faces, plus ou moins entortillés.

On obtient donc un ruban de Möbius en faisant tourner régulièrement un segment de longueur constante autour d'un cercle avec une rotation d'un demi-tour ou plus généralement, d'un nombre impair de demi-tours mais ces surfaces rotoïdales ne sont pas développables : on ne peut pas les obtenir sans déchirures à partir d'une feuille de papier.

Comme pour les anneaux de Borromée, la symbolique du ruban de Möbius est tellement forte qu'elle a servi à de nombreuses applications dans le domaine esthétique (Maurits Cornelis Escher, graveur et dessinateur néerlandais, a fait de nombreuses études sur le ruban de Möbius) et même industriel (une version schématisée est utilisée comme logo des matières recyclables).

Ce ruban a servi à alimenter de nombreuses modélisations dans différentes épistémologies : la peinture, l'architecture, la philosophie et la psychanalyse par exemple s'en sont saisi.

J.Lacan a beaucoup évoqué cette figure :

*« Qu'est-ce qui fait qu'une image spéculaire est distincte de ce qu'elle représente ? C'est que la droite devient la gauche et inversement. – Une surface à une seule face ne peut pas être retournée. – Ainsi une bande de Moebius, si vous en retournez une sur elle-même, elle sera toujours identique à elle-même. C'est ce que j'appelle n'avoir pas d'image spéculaire. »<sup>599</sup>*

Dans une première tentative de représentation de la topique du traumatisme, je propose donc la figure suivante, composée d'une superposition d'anneaux de möbius projetant chacun une ombre. Chaque anneau représente un couple d' « opposés », c'est-à-dire d'éléments psychiques permettant de situer l'expérience traumatique dans la psyché, de l'articuler à l'ensemble de la vie psychique.

Le nombre d'anneaux est ici réduit à huit. L'extension de cette chaîne est cependant potentiellement infinie, d'autres couples d'opposés pouvant être trouvés dans la vie psychique du sujet. Sa réduction à huit est souhaitée pour une facilité de représentation mais correspond

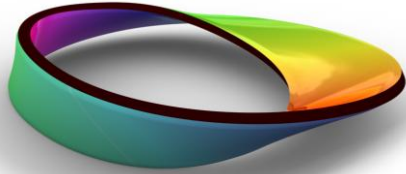
---

<sup>599</sup> Lacan (J.), *L'angoisse (vocabulaire)*, 1962-1963 –L'angoisse-

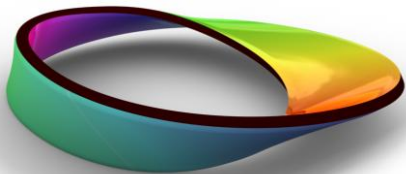
également aux huit couples qui me semblent les plus récurrents dans les distorsions traumatiques.

Voici donc ce schéma (page suivante).

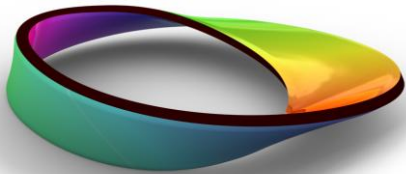
## ESSAI DE REPRESENTATION TOPIQUE DE L'EXPERIENCE TRAUMATIQUE



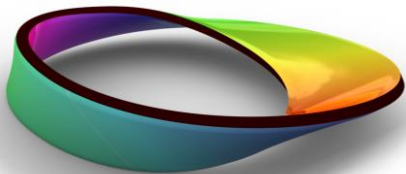
*Dedans/dehors, objets internes/objets externes*



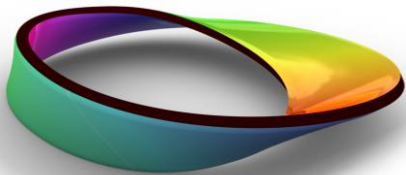
*Actif/passif*



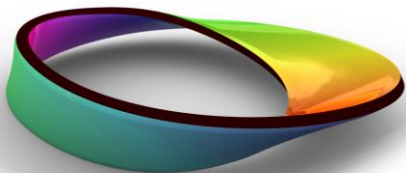
*Conscient/inconscient*



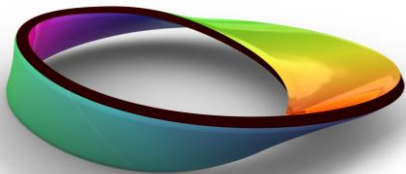
*Phallique/anal*



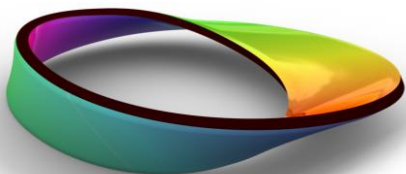
*Objet total/objet partiel*



*Narcissique/sexuel*



*Excès/vide*



*Passé/présent*



Ce schéma topique n'a pu suffir à représenter au mieux ce que je souhaitais rendre compte de l'expérience du traumatisme. En effet, si la superposition des anneaux de Möbius permet de mettre en contact les lignes d'opposition sur chaque anneau (de rendre par exemple possible la jonction, la confusion ou la permutation de l'intérieur et de l'extérieur, du conscient et de l'inconscient) :

- Il n'est pas possible de développer chacune de ces lignes, c'est-à-dire chacun de ces anneaux. Par définition et contrainte topologique le ruban de Möbius n'est pas développable.
- Ce modèle non développable ne peut ainsi rendre compte d'une articulation, d'une jonction possible entre les différentes strates temporelles ; tout se passe comme si l'expérience était développable sous forme spatiale mais pas temporelle, comme s'il manquait une dimension à la modélisation.
- Le schéma superpose mais n'articule pas ; l'ombre portée des anneaux tente bien de rendre compte d'une certaine épaisseur mais ne suffit pas à constituer un ensemble. La superposition des anneaux isole les aspects de l'expérience traumatique et ne permet pas de poursuivre mon projet de l'unifier et de l'articuler à l'ensemble de la vie psychique. Adopter cette modélisation reviendrait à accepter que l'expérience traumatique peut être entendue comme une juxtaposition ou superposition d'éléments ne s'articulant ni entre eux ni à l'ensemble de la vie psychique.
- La réalisation rend bien compte de la déformation produite par l'infirmiété traumatique, elle traduit également assez bien les aspects psychodynamiques sur chaque anneau, sur chaque « couple opposable et permutable », mais elle reste tout à fait insuffisante en ce qui concerne la psychodynamique d'ensemble. L'adopter pourrait en fait laisser penser qu'il existe une dynamique psychique, une ligne de tension sur chaque élément mais pas dans la prise en compte de l'expérience traumatique par la psyché.

Devant les insuffisances de ce modèle, il m'a donc fallu penser un autre schéma topique tenant compte à la fois des contraintes de torsion imposée par l'expérience traumatique, de l'informité déjà exposée (et visible dans la représentation en anneau de Möbius), mais aussi des aspects développables de ces déformations.

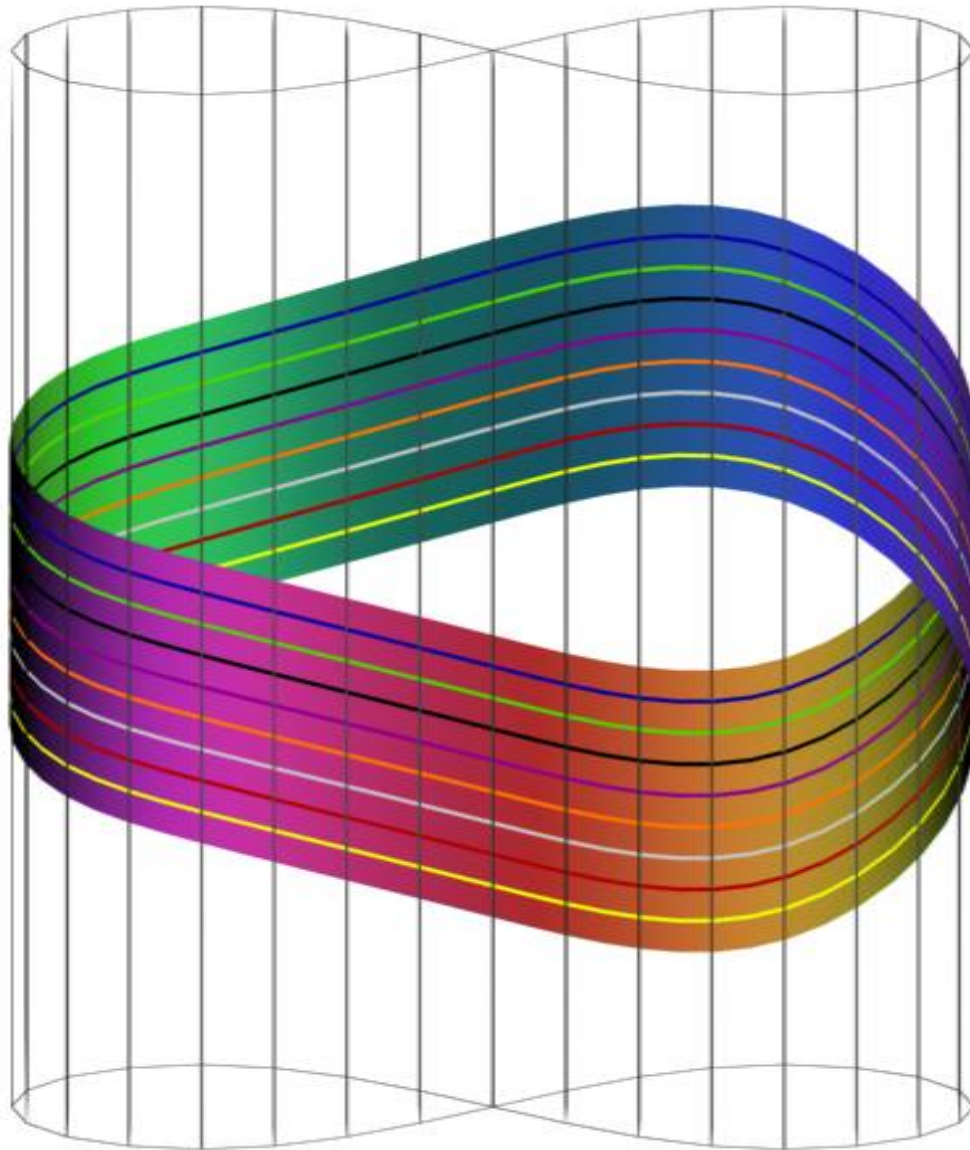
### 2-3-2 d) L'impossible représentation topique de l'expérience traumatique, l'irreprésentable de l'expérience

Le ruban de Möbius n'étant pas développable et cet aspect d'expansion étant absolument nécessaire à mon modèle, il a fallu penser une figure pouvant se dilater, s'étendre, permettant à la fois de lire la permutation et la mise en contact possible de chacun des éléments des couples (intérieur/extérieur, conscient/inconscient...) et leur déploiement.

Il a fallu construire un ruban à deux demi-tours (qui n'est donc plus un ruban de Möbius) développable grâce à son tracé sur un cylindre, de base une lemiscate, l'« énergie de déformation » étant mobilisable en tout point.

Le patron de cette figure n'est pas à bords rectilignes mais l'illusion d'optique ainsi créée tend à le faire penser. Cette figure est d'apparence considérée comme impossible. En voici la présentation (page suivante) :

L'IMPOSSIBLE REPRESENTATION TOPIQUE  
L'IRREPRESENTABLE DE L'EXPERIENCE TRAUMATIQUE



- Angoisses actuelles/angoisses archaïques
- Aspects dépressifs/aspects maniaques
- Dedans/dehors
- Exhibé/caché
- Répulsion/attraction
- Langage verbal/langage non-verbal
- Symbolisation primaire/symbolisation secondaire
- Psyché du patient/psychés des psychologues...

Son intérêt est double : le ruban a maintenant deux faces et il est développable, l' « énergie de déformation » est mobilisable en tout point.

Ce schéma nous fait entrer dans une géométrie où la quantité est presque bannie, une géométrie purement qualitative : l'Analysis situs décrite par Leibniz. Dans cette discipline, on considère que deux figures sont équivalentes quand on peut passer de l'une à l'autre par une déformation continue, quelle que soit la loi de cette déformation, pourvue qu'elle respecte la continuité.

Par exemple, un cercle est équivalent à une ellipse ou encore à une courbe fermée mais pas à un segment de droite puisque ce segment n'est pas fermé ; une sphère est équivalente à une surface convexe quelconque mais pas à un tore puisque ce dernier présente un trou (cette dernière figure a également beaucoup été utilisée par J.Lacan).

Pour donner une image de ce qu'elle accepte on pourrait dire que si un dessinateur maladroit reproduit un modèle avec des proportions changées, des droites et des courbes dérivées..., la géométrie métrique ne reconnaîtra pas comme équivalentes les deux figures (le modèle et sa reproduction maladroite), l'Analysis situs oui (elle renvoie en quelque sorte à l'ossature de la figure, une ossature flexible).

La topologie est ici au cœur de ma représentation. Si on prend un cercle en caoutchouc et lui fait subir une déformation, sans déchirure, pour obtenir la surface d'une ellipse ou d'un carré, il y a des propriétés de la figure qui changent, d'autres non. La topologie s'intéresse à ces dernières propriétés, celles qui restent inchangées : ce sont les propriétés topologiques de la figure.

**Très clairement, ma modélisation essaie de mettre en évidence les propriétés et processus mobilisables dans toute expérience traumatique, et rendant compte des atteintes de la forme de l'expérience. L'informité traumatique doit y être lisible dans la complexité de la mise en relation d'éléments potentiellement permutable, dans leur déploiement et dans les déformations observées.**

Pour reprendre l'exemple précédent, lorsqu'on passe du cercle en caoutchouc à l'ellipse ou au carré, il y a deux relations entre le cercle et les figures obtenues après la déformation : à tout point de la première figure correspond un point et un seul de l'autre et à deux points voisins de l'une correspondent deux points voisins de l'autre. L'ellipse et le carré

sont dits *homéomorphes* au cercle, et les deux relations (bijection et bicontinuité) sont des propriétés de l'homéomorphie.

**L'homéomorphie de cette topologie est tout à fait utile pour rendre compte du rapport de forme présenté dans ma problématique et mes hypothèses : il fallait que ce schéma topique puisse illustrer et la déformation due au traumatisme, et le rapport de forme, la façon dont la forme traumatique peut se rejouer dans la psyché mais aussi dans le transfert. J'irai jusqu'à envisager une *homéomorphie transférentielle*. Quelque chose de la déformation, de la distorsion de l'expérience se rejouerait dans l'espace transférentiel ; ce rapport de forme renseignerait sur la nature et le lieu de l'atteinte traumatique.**

**Je parlerai ainsi d'une topologie du transfert que j'explorerai plus loin en étudiant, dans les entretiens en double écoute, la façon dont l'expérience traumatique se spatialise.**

**On trouve ici aussi évidemment une illustration de l'utilisation des signifiants formels.**

La topologie de ce type de surfaces est une topologie combinatoire plutôt qu'ensembliste, se basant sur des surfaces ou « complexes ». C'est à ce type de topologie que se réfère également Lacan.<sup>600</sup>

Selon lui, la bande de Möbius ne définit pas le sujet, elle le montre. Le sujet y est représenté par un Signifiant pour un autre Signifiant qui appartient au lieu de l'Autre ; autrement dit, le sujet n'est ni à l'intérieur, ni à l'extérieur, il ne surgit que suite à une prise de parole, à un acte de dire, à une coupure.

En quelque sorte, c'est en coupant la bande de Möbius que l'on peut dire : voici le sujet ! Lacan poursuit d'ailleurs en rappelant que la coupure est mode d'action du signifiant et détermine la structure du sujet de l'inconscient. En utilisant les surfaces non orientables comme le ruban de Möbius, Lacan souligne que la torsion globale du ruban n'admet pas de distinction entre l'extérieur et l'intérieur ; pour que cette distinction soit faite, il faut couper le ruban... Le ruban de Möbius réalise en effet une indécidabilité de l'intérieur et de l'extérieur (le principe du collapsus topique y est parfaitement lisible).

---

<sup>600</sup> Dans son séminaire sur l'angoisse notamment.

L'interprétation elle-même, comme le signifiant, prend aussi une valeur de coupure topologique. La surface de Möbius s'accorde avec la propriété du refoulé de faire retour. C'est en plus une surface fermée, comme le sujet de l'inconscient ; d'autres surfaces (comme le tore) peuvent aussi le représenter. Lacan utilise en effet le tore pour figurer le sujet de la demande, la bande de Möbius le sujet du désir, le cross-cap le sujet du désir soutenu par le fantasme...

De la même façon, la « chose » lacanienne, réelle et impensable, échappant toujours, Lacan la situait en tant que trou central du tore, le trou « courant d'air », alors qu'il situait l'objet *a* dans le vide de la bouée, là où la demande peut tourner autour. Lorsqu'il trouve le réel, le sujet est un tore dans le réel. Nous sommes entourés par le réel, les expériences humaines qui touchent à cette limite sont traumatiques selon Lacan. Si les fantasmes ne s'interposent pas, le sujet risque d'être néantisé dans le réel, de tomber dans le trou.

Lacan a beaucoup insisté sur le réel, l'impossible, qui fait limite, qui est le bord de l'inconscient pour la réalité psychique.

**Mon intérêt se porte aussi sur les limites, les liaisons, les points de sutures et de plis probablement plus encore que sur les surfaces. L'intérêt de mon schéma est je l'espère de souligner ces liaisons entre espaces, entre surfaces.**

Lacan revient souvent sur cet effet de coupure qui dévoile une nouvelle surface sur la bande de Möbius, sorte de métaphore du sujet divisé par le signifiant dans les mathèmes lacaniens.

On connaît l'importance accordée par Lacan au langage. Pour lui, son « tissu » a deux dimensions (vectorisées par la métaphore et la métonymie) et le langage est décrit comme une surface. Selon son célèbre aphorisme l'inconscient est structuré comme un langage, il est aussi topologiquement structuré comme une surface.

J. Lacan a multiplié les équivalences signifiantes par lesquelles le corps se métamorphose et devient objet, surface, limite.

Il faut d'ailleurs remarquer que plusieurs auteurs et cliniciens ont tenté de saisir les problématiques psychopathologiques avec cette représentation : Rosine et Robert Lefort<sup>601</sup> par exemple utilisent cette topologie du sujet de Lacan pour penser le suivi de deux enfants

---

<sup>601</sup> Lefort (R. et R.), 1980, *Naissance de l'Autre*, Le Seuil, Paris.

pouvant justement difficilement être représentés par une figure de type tore ou ruban de Möbius (le trou psychique ne pouvant y être représenté par exemple).

Lacan a rêvé d'être mathématicien. Ses mathèmes, ses diagrammes, ses figures du réel, sa topologie, ses nœuds borroméens, ses mises en formules et symboles témoignent du désir d'écrire le réel de l'inconscient, de le transmettre totalement.

Mon projet est évidemment beaucoup plus modeste. Ce schéma a avant tout pour objectif de modéliser l'expérience traumatique sur un mode processuel. Il est insatisfaisant et ne peut rendre compte de l'hypercomplexité de la psyché comme de toutes ses expériences. Il essaie de mettre en relief les capacités de contenance de la psyché en ce qu'elle permet d'accepter toutes les expériences subjectives, mêmes les plus traumatiques.

**Pour cela, l'appareil psychique doit supporter les déformations subies par l'expérience. Plus que cela, il doit se déformer pour les supporter. Plus que cela encore, il doit peut-être se déformer pour les contenir.**

On trouve dans le traumatisme corporel une illustration de mon propos. N'est-il pas évident que notre corps peut se déformer pour contenir une expérience traumatique ? Devant le coup, le corps se déforme, se tuméfie, s'étend pour contenir l'afflux de sang ; l'hématome et la bosse sont des déformations connues de tous pour contenir l'expérience corporelle traumatique. Il existe de nombreux exemples de ce type où des gangues se constituent, des vaisseaux se dilatent, où la peau s'étire pour réagir face au choc traumatique. Dans l'urgence, la déformation est de mise.

Pourquoi la plasticité psychique serait-elle moindre que la plasticité corporelle ?

Revenons à mon modèle et observons plusieurs de ses caractéristiques :

- **La mise en continuité globale de l'expérience** est mise en évidence
- **Cette continuité n'exclue pas la discontinuité** (entre différents brins représentant les couples)

- La réalisation du dessin ne fait pas apparaître de coupure mais plutôt **une continuité du tracé passant dessous celui qui est dessus**
- **L'endroit de la pliure et de la torsion est marqué**, il n'est pas nécessaire d'ajouter quelque chose (des pointillés par exemple) pour le signifier. Cet endroit est ce qui fait passer d'une face à l'autre, la ligne colorée de chaque couple suit ce mouvement d'une face à l'autre en même temps que son développement dans le cylindre
- **L'effet de mise à plat est réduit par l'illusion d'optique elle-même engendrée par la construction sur un cylindre et un patron à bords non rectilignes**
- **La surface de la bande est apparente et met en relief l'épaisseur de l'expérience**
- **Ce schéma est processuel**, il montre comment l'expérience (comme le sujet tout entier) ne cesse de se situer dans un mouvement entre le dedans et le dehors, le conscient et l'inconscient, l'anal et le phallique... Il est **processuel et dynamique plus que structurel**
- **Il ajoute la notion de pliure et de torsion aux topiques habituelles**, permettant par là même de décliner les éléments psychopathologiques sur un versant très dynamique et peut-être moins radical ; les différents clivages par exemple peuvent être pensés en terme de jeux fonctionnels entre les deux faces d'une même figure (comme dans le retournement phallique/anal par exemple)
- **Ce modèle n'est pas un modèle de déchirure mais de déploiement, d'extension. Il peut subir des déformations (gonflements, étirements...) sans perdre sa structure, il est un modèle souple, caoutchouteux**
- Bien que ce modèle ne soit pas réellement construit sur un ruban de Möbius, sa construction crée une figure n'ayant ni envers ni endroit et **figurant un mouvement infini compatible avec l'idée de psychodynamique et d'inconscient**. On notera d'ailleurs que depuis les années 1930 les mathématiciens essaient de mettre en équation cette forme étrange et, d'après les spécialistes de la dynamique, c'est la



densité d'énergie qui détermine la forme du ruban ; les formes les plus tordues sont celles où s'accumule le plus d'énergie (élastique), les formes les plus plates étant celles ayant le minimum de densité d'énergie.

Cette remarque est d'importance si on la ramène à la psychopathologie : dans mon hypothèse, **les zones déformées, tordues par l'expérience traumatique seraient aussi celles qui offriraient le plus d'appui et de ressources au sujet**, celles qui mobiliseraient le plus d'énergie psychique (et pas uniquement en ce qui concerne les défenses comme on tend souvent à le penser).

**C'est dans le pli qu'on trouverait l'énergie psychique** (je montrerai plus loin en quoi les propositions de G.Deleuze sur le pli intéressent mon propos). Cela serait également compatible avec de nombreuses recherches en neurologie et neuropsychologie montrant que le traumatisme produit du plus et du différent (en termes de synapses par exemple). **Le traumatisme ne serait plus alors seulement penser d'un point de vue déficitaire.**

Le modèle que je propose est bien **un modèle à la limite entre la dynamique et la topique**, en ce sens il est un modèle quantitatif. Il veut rendre compte du lien et de la discontinuité entre les lieux topiques mais aussi de leur évolution dynamique dans le temps. **C'est un modèle en biface développables mettant en contact différentes inscriptions topiques de l'expérience traumatique et développant potentiellement ce contact sur des strates temporelles.**

**Une économie névrotique s'arrangera de la topique habituelle, la confrontation au traumatisme tel que je le définis suppose une plus grande étendue psychique et un espace absolu tenant supportant l'expansion et la rétractation.**

J'insiste encore sur la valeur processuelle de ce modèle. Je crois avoir montré dans les différentes approches théorico-cliniques du traumatisme à quel point il y a avait parfois des hésitations, des oscillations entre « trop de réel » du traumatisme et une certaine méfiance à son égard.

D'autre part, la présentation de ces mêmes modélisations a bien montré je l'espère des oscillations entre une importance attachée à l'événement, l'autre à son souvenir ou sa trace. Malgré sa présence constante au sein du discours analytique, le traumatisme s'est aussi un peu

fait reléguer (« mettre au placard » remarque même C. Barrois) par sa difficulté à être saisi et son incidence sur la métapsychologie.

Il est ainsi très rarement présent dans les différentes encyclopédies, nosographies (mêmes psychiatriques) et nomenclatures (il a récemment fait son apparition dans le *D.S.M.III* et *D.S.M.4* mais sous la forme de l'E.S.P.T., l'état de stress post-traumatique). L'on a donc du mal à le définir entre le trop de réel/le non-advenu, l'excès d'excitations/la négativité, le survenant trop tôt/l'incidence de l'après-coup... L'action du traumatisme sur l'analyste est même, selon C. Barrois<sup>602</sup>, ce qui a amené Freud à élaborer la pulsion de mort pour rendre compte de cet *inanalysable*, *Au-delà du principe de plaisir*.

Freud renoncera donc peu à peu à ce que le Moi conscient récupère le Ca infantile, mais le récit du souvenir retrouvé restera maintenu, plus ou moins clairement exposé, mais toujours en bonne place comme preuve de l'efficacité analytique (comme dans *Constructions dans l'analyse* en 1937).

Mais il apparaît évident qu'un déplacement a eu lieu dans l'œuvre freudienne du recensement exhaustif des contenus traumatiques vers le travail de symbolisation, d'élaboration sans fin. On sera bien loin d'une simple guérison par récupération du souvenir et de sa charge traumatique (reste des premiers temps de travail avec Breuer sur la méthode cathartique), même si les propositions ultérieures (y compris la *talking cure*) insisteront sur le rappel par la parole des scènes antérieures (que le sujet a vues, entendues ou auxquelles il a participé), y compris celles jamais réellement advenues (à cause de l'immaturité du Moi) autrement que dans des rencontres ultérieures.

La cure, le transfert continueront à traiter l'expérience traumatique sur ce modèle mais de façon de plus en plus subtile.

Ma proposition, sans être trop lâche, devrait permettre assez de souplesse pour définir le traumatisme dans sa valeur processuelle, c'est-à-dire celle qui se joue *entre* tous ces paramètres, j'oserais dire celle qui se joue *de* tous ces facteurs.

**En ce sens, ce schéma est bien une tentative de représentation de l'interaction entre le traumatisme défini comme un processus, le traumatique (comme potentialité de l'appareil psychique) et le trauma (défini comme supportant les effets du traumatisme).**

---

<sup>602</sup> Barrois (C.), « Action du traumatisme, traumatisme en action, action sur le traumatisme ».

## 2-3-2 e) Ce que tente de représenter la topique : la continuité d'être, l'identité malgré le traumatisme

Que représente le modèle ? Cette question est suffisamment radicale pour être d'importance. J'espère avoir déjà bien insisté sur la « modestie représentative » de cette topique.

Ce modèle n'est qu'une tentative de rendre compte de la complexité de l'expérience traumatique.

Evidemment, et cela a aussi déjà été dit, cette entreprise se heurte à la thématique abordée dans cette thèse. Représenter l'irreprésentable serait donc voué à l'échec ?

Cela le serait peut-être si mon ambition était de représenter le traumatisme ou l'expérience traumatique. Tel n'est pas le cas. Autant dire que l'idée même de « dessiner » l'appareil psychique et sa façon de contenir ou pas le traumatisme serait d'une prétention tout à fait hors de portée.

Que reste-t-il alors ? Que représente le modèle ?

Dans mon parcours de la clinique recueillie comme dans celui des différentes théorisations, j'ai essayé depuis le début de cette recherche de mettre en relief les éléments les plus dynamiques. Le concept même d'*informité* dégagé, comme la réalisation du modèle topique, tentent de figurer les forces potentiellement organisatrices du traumatisme.

Si l'on revient aux origines de la psychanalyse, on se rappelle évidemment que Freud a très vite souligné les aspects de répétition de l'inconscient, notamment dans le développement psychopathologique. Il a aussi mis en avant la « double organisation » du symptôme (ou du délire), à la fois comme répétant et gênant le développement le développement psychique du sujet, mais aussi, par cette action même de la répétition, comme cherchant à organiser et symboliser l'expérience.

Dans l'expérience traumatique probablement plus que dans toute autre, quelque chose se répète donc. J'insiste toutefois pour dire que **quelque chose se répète et est ainsi repérable mais ne se répète pas à l'identique. Ce « quelque chose qui se répète mais pas**

**à l'identique » est cliniquement observable et concerne la forme de l'expérience traumatique comme l'identité du sujet.** A travers le cas de Madame Korschov et l'organisation de son expérience (dans les distorsions traumatiques comme dans leurs tentatives de les représenter) j'ai pu je pense mettre en évidence ces aspects (avec le déploiement des signifiants formels par exemple).

Mon modèle souhaiterait représenter ce qui, dans la répétition traumatique, assure la « verticalisation » et l'épaisseur du sujet. Ce qui fait que le sujet reste lui-même malgré les atteintes traumatiques. **Ce qui, dans la façon dont sa psyché se débrouille avec le trauma, fait que le sujet reste lui-même et ne se confond pas avec son expérience. Ce qui, du sujet, dépasse le trauma pour s'en défendre et l'organiser.**

Mon schéma donne une forme décalée que j'espère ancrée dans la clinique des patients que j'ai rencontrés. Tout ce qui y figure est *dans* la psyché, le dehors pouvant aussi être dedans.

Une façon de synthétiser ce qu'il figure serait de dire que « **l'essentiel est toujours là** ». **Il y a quelque chose de la permanence du sujet qui s'y exprime.**

**Ce quelque chose qui constitue le fond invariant malgré les distorsions traumatiques, qu'il faut bien nommer, ce serait l'identité du sujet. Dans la rencontre traumatique, l'identité du sujet serait l'invariant, quelque chose du sujet serait toujours là, que le traumatisme soit encapsulé ou clivé, dedans ou dehors, caché ou exhibé, vécu passivement ou activement... Quelque chose qui assurerait la permanence et le renouvellement du sujet dans une économie traumatique.**

Usant d'une métaphore corporelle, on pourrait penser que la façon dont la peau fait face aux agressions quotidiennes ou plus extraordinaires (le froid ou la brûlure, les coups, les déchirures...) est une illustration de cet invariant. Elle peut en effet à la fois se détruire et se renouveler et cela suppose un invariant, celui là même qui assure le renouvellement de la peau lorsque c'est nécessaire et qui fait que cette peau est bien celle du sujet et qu'il s'agit bien de la peau et pas d'un autre organe. Le renouvellement de la peau suppose un invariant, on trouverait d'autres exemples avec le sang, les cellules, les cheveux...C'est ce facteur stable que j'étudie.

Je montrerai dans le chapitre suivant comment la conception du *Vinculum substantiale* de Leibniz, ce pli de l'âme et du corps faisant passer tous les plis à travers lui pourrait bien être une façon de théoriser cet invariant. G. Deleuze reprendra d'ailleurs l'idée du *vinculum substantiale* pour tous les processus de subjectivation. Ce lien crée l'unité, il lie une constante à des variables et reste illocalisable.

Ainsi, que le sujet lutte de façon maniaque ou en se fragmentant, que l'on puisse se confronter ou pas aux aspects dépressifs, **l'urgence est de sauver l'identité.**

L'expérience traumatique est par définition ce qui menace l'identité : le traumatisme touche et perturbe le noyau de l'identité du sujet (C. Garland), il faut construire un modèle complexe pour s'adresser à ce niveau de détresse. Un traumatisme vraiment « abouti » attaquerait tellement les capacités de contenance de l'appareil psychique qu'il ferait que le sujet ne serait même plus reconnaissable. Le sujet ne serait plus le même : « Je est un autre » pourrait alors rendre compte du trauma le plus désastreux. Un trauma qui prendrait son sens le plus complet vouerait le sujet à la mort. Le vrai traumatisme, c'est la mort.

Mon modèle est-il donc toujours valide ? Autrement dit, existe-t-il des expériences traumatiques qui n'y seraient pas représentables, dont il ne pourrait rendre compte ? Oui, la mort, traumatisme ultime. Mais la façon dont le sujet peut se confronter, se préparer ou éviter la question de la mort, elle, y est représentable.

Si je reprends la métaphore corporelle, le corps contient-il encore le sujet lorsqu'il meurt ? Mon schéma restitue la façon dont le Moi s'y prend pour se « débrouiller » avec le traumatisme.

Il a donc fallu représenter l'expérience en composant avec tous les aspects de la vie psychique, notamment ceux mettant en lien des oppositions (conscient/inconscient, anal/phallique, passif/actif...) car *la survie engage des solutions radicales*. **Dans une économie traumatique, le sujet doit trancher. Il n'est point de négociations réelles, tout compromis est exclu, les tentatives de conflictualisation sont le plus souvent vouées à l'échec, l'urgence est la sauvegarde de l'identité. Tout semble acceptable à ce prix.**

**Que représente alors mon modèle ? La tentative de figurer la façon dont le sujet essaie de sauvegarder, de préserver son identité à travers les déformations imposées par**

## **l'expérience traumatique, l'effort désespéré du sujet traumatisé pour survivre à l'infirmité.**

**En fait, ce serait plutôt et déjà le début de l'intériorisation de l'expérience traumatique qui serait représentée dans ce modèle. D'une certaine façon, le travail psychique imposé juste après l'impact traumatique.**

Mon modèle n'est évidemment pas une autre conception, il ne prétend pas proposer une nouvelle modélisation du traumatisme mais cherche plutôt à intégrer les autres représentations et les autres topiques du traumatisme. Cette nouvelle proposition aurait la particularité d'intégrer peut-être plus que les autres les particularités de la clinique. Notamment, par son système de construction en rubans de Möbius mais aussi en couple d'éléments développables sur l'ensemble du cylindre de fond, il permettrait de mieux articuler les particularités de l'atteinte traumatique (l'infirmité) à l'ensemble de la vie psychique.

Par exemple, on pourrait représenter une partie du psychisme « saine » (les parois du cylindre en quelque sorte) observant le déploiement des éléments et événements traumatiques, les contenant et organisant également.

L'armature, la consistance du cylindre représenterait ce qui « tient » du sujet. Plutôt devrais-je dire « ce qui, du sujet, tient ». Le sujet traumatisé pourrait ainsi s'observer lui-même, être « attentif » à ses propres scènes traumatiques. Comme le psychotique peut avoir un regard sur son délire, le névrosé sur la façon dont ses actes, rêves ou pensées parlent de lui, le sujet traumatisé « regarderait » (sur un continuum perceptif-hallucinatoire) ses propres expériences traumatiques.

Ce regard du sujet sur ses propres blessures comme sur ce qui pourrait les soigner<sup>603</sup> ferait de mon modèle un modèle soulignant les potentialités réflexives de l'appareil psychique. On pourrait trouver des idées similaires concernant le regard que la psyché peut porter sur elle-même dans les travaux de Guy Lavallée concernant l'enveloppe visuelle du Moi par exemple, ou encore dans certaines propositions de René Roussillon ou de Georges Deleuze (avec l'allégorie de la maison baroque reprenant la monade leibnizienne).

---

<sup>603</sup> Je rappelle l'étymologie du mot traumatisme, l'origine grecque traduisant à la fois le mal et le remède concernant la blessure.

Donc, même lorsqu'une importante partie du Moi est clivée, fragmentée, anéantie, expulsée ou encapsulée, quelque chose de l'essentiel du Moi reste « dans » le schéma, est toujours là.

On l'aura compris, je ne propose pas un autre modèle mais un modèle pouvant intégrer les propositions antérieures de représentation de l'expérience traumatique.

Selon ma proposition, tout est toujours là, mais parfois masqué ou exhibé, dedans ou dehors, conscient ou inconscient... ; **tout est toujours là mais dans un potentiel commutable, permutable ou connectable.**

La crainte d'effondrement (Winnicott), le clivage au moi (R.Roussillon), les expériences de honte ou de culpabilité liées au traumatisme (A. Ciccone et A.Ferrant, J. Guillaumin) par exemple, autant d'expériences en lien avec le traumatisme, y sont particulièrement représentables.

Les restrictions du Moi (A. Potamianou), l'après-coup freudien, les noyaux chauds et froids du traumatisme (C.Janin), l'ambiguïté et l'indécidabilité de l'expérience (S. Freud, B. Duez) y sont aussi lisibles.

L'expérience traumatique déforme les contenants psychiques, l'appareil à penser se déforme pour la contenir ; il faut que le moi se déforme, s'accommode, s'ajuste, mette le dedans au dehors, l'intérieur à l'extérieur, exhibe le caché, transforme le passif en actif, joue du conscient et de l'inconscient... C'est bien tout cet ajustement, cette manière de contenir le traumatique, qui est à la base de ma représentation topique.

Mon schéma contient le non-représentable, en tout cas les efforts du sujet pour saisir ce non-représentable (c'est là sa valeur dynamique).

Le modèle proposé, dans ses fondements, intègre bien entendu les expériences traumatiques pouvant être intériorisées, intégrées à la vie psychique selon différentes modalités, mais il intègre aussi l'irreprésentable du traumatisme, contenu dans la partie du sujet qui persiste, résiste aux déformations.

Il n'est pas une représentation du sujet ni des atteintes traumatiques, **il condense et le travail psychique du sujet et l'effet du trauma.** Prenons l'exemple de Madame Korschov, cas inaugural de cette thèse : le signifiant formel « Une brèche s'ouvre » est contenu dans le

schéma, marquant aussi bien la transformation, l'effet traumatique, que le dynamisme d'une quête représentative.

Cette articulation entre le sujet et son expérience est complexe mais elle est au fondement même de ma recherche. Sans doute les philosophes existentialistes et les travaux de la phénoménologie aident à penser ce maillage. Je signalai dès mon introduction que les conceptions d'une expérience trop exclue de la subjectivité ne permettaient pas de lire au mieux la clinique que j'avais recueillie.

Celle que je propose articule donc les efforts du sujet, son travail psychique, en même temps que les effets du trauma en les unifiant sous la primauté du sujet. **Elle n'est pas élaborée en fonction de l'impact traumatique mais de l'idée que, face à une telle expérience, l'essentiel est de sauver l'identité du sujet. C'est le maintien de l'identité qui supporte l'armature de ma topique, qui la « tient ».**

Un exemple, lié à la fois aux effets et aux modes de défenses engendrés par le traumatisme, peut être trouvé dans l'*encapsulation autistique* telle qu'elle est proposée par F.Tustin.<sup>604</sup> Dans cette conception, on peut se demander ce qui est encapsulé ? Est-ce l'expérience traumatique elle-même (ou une partie de cette expérience, par exemple celle jugée la plus dangereuse, au risque de contamination le plus grand) ou le moi qui est encapsulé ? L'encapsulation concerne-t-elle l'expérience traumatique ou l'identité du sujet (ou une partie de cette idée, celle qui concerne les aspects les plus menacés ou les plus nécessaires à la vie psychique par exemple) qu'il faut sauvegarder à tout prix ?

Dans un récent séminaire<sup>605</sup> A.Ciccone remarquait que F. Tustin ne tranchait pas cette question, comme si le contenu de la capsule n'était pas réellement défini. La capsule protège-t-elle le self, le peu d'identité acquise ou isole-t-elle le traumatisme (dans ce cas, c'est l'expérience traumatique qui est dans la capsule et non plus le self) ? Si F. Tustin tranche sur le mode de défense (l'encapsulation), elle semble moins le faire sur la nature de ce qui est isolé, encapsulé.

---

<sup>604</sup> Tustin (F.), *Le trou noir de la psyché*. F. Tustin consacre la deuxième partie de ce livre à l'encapsulation autistique chez les sujets névrosés adultes, la première concernant l'autisme psychogénétique.

<sup>605</sup> Séminaire de Doctorat, Université Lumière Lyon 2, 13-12-2009.



J'aimerais apporter ici une vignette clinique illustrant très bien à mon sens cette façon dont l'encapsulation autistique pourrait concerner le self ou l'expérience traumatique, isoler l'un ou l'autre dans la capsule, en tout cas isoler l'un de l'autre :

Victoria est une patiente venant à sa troisième séance depuis qu'elle a renoncé à rencontrer son ancien thérapeute (le lecteur se souviendra qu'elle l'avait quitté parce qu'il avait reformulé en « insupportable » une souffrance qu'elle disait « *insoutenable* »<sup>606</sup>). Après avoir tenté de représenter ses « crises » avec de nombreux schémas et articles de presse qu'elle apporte dans la séance précédente, Victoria essaie de décrire dans cet entretien une sensation dont elle ne trouve la description que par un mot emprunté à sa langue maternelle, l'arabe (un superlatif traduisant une pression et un excès de fièvre).

Elle explique aux thérapeutes comment elle a essayé de se « tenir » avec une sexualité intense puis avec des toxiques avant de se demander où était son « unité » dans ses excès. Elle reprend alors sa présentation de schéma et nous dessine celui-ci :

Le moi de recherche d'unité

Le moi qui a mal, coupé de tout.

Une sphère impénétrable qui m'appartient et dans laquelle je ne peux pas pénétrer. Je suis enfermée dedans et elle est enfermée en moi.

Les deux se battent. Dans l'entre-couche il n'y a pas de matière. C'est une non-matière pesante, un trou noir sans air. Comme me noyer dans une matière épaisse qui n'existe pas.

Victoria exprime ainsi une vision topique de sa psyché et de son traumatisme. Nous sommes bien dans l'économie d'un sujet coupé d'une partie de son expérience, le clivage y est clairement formulé, comme la nature de la matière qui le constitue.

<sup>606</sup> *Supra.*, On retrouve l'exposé de cette situation dans le chapitre 2-1-3 a) de cette thèse.

La capsule autistique est nommée : c'est « *une sphère impénétrable* ». Mais sa complexité est aussi exposée : c'est une sphère dans laquelle Victoria est enfermée et, dans le même temps, une sphère qui est enfermée en elle.

Est-ce donc l'identité, le self de Victoria, ou plutôt ce qui lui en reste, qui est préservé dans cette sphère (ce qui la maintient en vie, ce à quoi elle s'accroche, ce qui n'est pas encore contaminé par son immense souffrance et, seul, peut l'assurer de sa continuité d'être) ? Ce qu'elle dira quelques instants plus tard être la condition de sa survie : la pratique du chant ?

Ou sont-ce les expériences traumatiques elles-mêmes, celles qui emmènent la fièvre et la pression seulement dicibles dans la langue maternelle qui sont encapsulées dans cette gangue ?

Victoria répond sans trancher : c'est une capsule dans laquelle elle (sa continuité d'être ?) est enfermée et qui est elle-même enfermée (encapsulée en raison de son caractère traumatique ?) en elle.

L'exposé de ce schéma topique par Victoria la laisse épuisée, mettant probablement quelque peu en contact (dans la relation avec les thérapeutes) ces zones tant isolées. En fin de séance, Victoria me supplie de parler en la raccompagnant à la porte de la salle de consultation : « *Ne me laissez pas repartir sans parler, j'ai l'impression de repartir toute ouverte !* »

Ma proposition topique permet je crois aussi de trancher et figurer cette question : **mon modèle tranche en faveur des deux !** Dans mon schéma, la zone d'encapsulation correspond à la mise en contact du « ruban », au pli. Dans **ce pli sont conservées les deux faces, celle du Moi du sujet (de son identité) et celle de son expérience (l'impact traumatique, les effets du trauma). La capsule est un pli et, dans ce pli, peut ouvrir sur l'un comme sur l'autre selon la face et le niveau du ruban ; elle peut même contenir les deux.**

## 2-3-2 f) Sentiment d'identité et sensorialités dans le cylindre

Toujours dans l'idée d'étudier ce que contient ce schéma topique, ce qu'il tente de représenter, j'ai souhaité montrer, à l'appui des travaux d'A. Konicheckis, comment mon schéma pouvait permettre une lecture du développement des sensorialités dans le sentiment d'identité donné au sujet.

Comme le remarque A. Konicheckis<sup>607</sup>, un intérêt croissant s'est développé pour les sensorialités dans l'approche d'une certaine psychopathologie (concernant le comportement, l'acte, l'autisme, les déséquilibres somato-psychiques...). Les expériences traumatiques en font je crois partie.

La description qu'il fait des sensorialités (il insiste sur le pluriel) intéresse particulièrement mon propos. J'y trouve en effet un lien évident avec la clinique que j'observe et aussi une réelle lisibilité sur mon schéma topique, notamment avec la notion d'interface. Je rappelle d'ailleurs au lecteur que j'ai décrit les signifiants formels dans leur fonction d'interface, signifiants particulièrement utiles à l'analyse de cette clinique. Je livre donc cette longue citation dont les analogies avec mon modèle, y compris dans le champ métaphorique utilisé, sont troublantes :

*« Le sensorium se forme sur les surfaces de rencontre entre des parties du corps et des objets du monde extérieur, sources de surprises, de satisfactions et d'excitations. L'ensemble de ces sensations instaure une sorte de noyau intime, personnel, fondateur du sentiment de soi. Profondément subjectives, et donc, difficilement transmissibles, les sensorialités tracent une sorte de cartographie unique et individuelle et déterminent ainsi les contours de chaque personne. En raison de sa valeur hautement identifiante, dans un article précédent (Konicheckis, 2000), j'ai proposé de nommer « identité sensorielle » l'ensemble de ces expériences. [...]*

*Les sensorialités peuvent être envisagées comme un phénomène de contact entre le dehors et le dedans. Susceptibles de provoquer des impacts considérables, elles ont besoin de se poser, de se déposer sur des surfaces capables de les accueillir. La référence aux enveloppes psychiques nous paraît ici indispensable. [...] Là aussi, l'ensemble des rencontres constituant les enveloppes sensorielles permet d'établir un sentiment d'identité en traçant les contours, les frontières et les différences entre le dehors et le dedans. Toute expérience de subjectivation a pour enjeu*

---

<sup>607</sup> Konicheckis (A.), « Des sens aux sens, sensorialité et signification ».

*l'appropriation de ce qui est à la limite, à la frontière, entre soi-même et l'autre. Le sentiment d'identité se forme par des va-et-vient continuels entre ces phénomènes sensoriels de surface et la profondeur de l'intime. »<sup>608</sup>*

On trouve dans l'abord de ce monde des sensorialités et de leur constitution de nombreux points communs avec mon propos sur le déploiement de l'expérience traumatique et son inscription topique dans le cylindre que j'ai représenté :

- Il y a bien l'idée de quelque chose de l'expérience qui se forme, se constitue, se cristallise, se condense ou s'agglomère dans un premier temps, avant de se représenter réellement. Il est question de trouver des contours, une configuration, de former l'expérience.
- Cette mise en forme se fait sur des « surfaces de rencontre », je parle dans ma recherche d'espaces d'interfaces ou des plis de l'expérience, plis représentés à l'aide de la double face du ruban de Möbius.
- Il y a dans ce travail de mise en forme quelque chose de profondément intime, subjectif et tellement propre au sujet que cela n'est pas partageable : tout cela est « hautement identifiable » comme peuvent l'être des empreintes digitales. Cela constitue un « noyau intime ».
- C'est bien ce noyau, une fois formé, qui participe à la constitution de l'identité du sujet : l'« identité sensorielle » dont parle A. Konicheckis a tout à fait sa place dans le fond de mon cylindre, dans le sentiment d'être.
- Les sensorialités sont envisagées comme un phénomène de contact qui pourrait tout à fait se figurer dans les zones de plis des rubans de mon modèle, qui sont évidemment présentées comme des zones de contact où se forme l'expérience.

---

<sup>608</sup> *Ibid.*, p. 126-127.

- Il y a pour les sensorialités comme pour les éléments de l'expérience traumatique un « besoin de se poser », de se « déposer sur des surfaces capables de les accueillir », ce besoin met en évidence la nécessité de penser ensemble les aspects topiques et dynamiques dans toute expérience : il y a difficulté *et* nécessité de situer topiquement, je dirais presque spatialement.
- Il y a bien dans les deux cas (la constitution des sensorialités et la configuration de l'expérience traumatique) un phénomène très dynamique qui opère des « va-et-vient » continuels permettant de subjectiver l'expérience, mouvement dynamique articulant surface et profondeur, donnant de l'épaisseur au sujet et à son expérience.
- Il y a bien la notion d'un « impact considérable » dans le jeu des éléments de l'expérience traumatique comme des sensorialités. J'ai déjà montré les qualités d'hypercondensation dans ce type de clinique.
- C'est enfin le sentiment d'identité qui se constitue dans les deux cas et rassure, assure l'expérience du sujet :

*« Les sensorialités apportent ainsi un sentiment d'existence et en même temps attestent de l'authenticité et de la vérité d'une expérience. Elles se présentent comme le verdict d'un jugement d'existence. »<sup>609</sup>*

Le développement des éléments traumatiques comme des sensorialités dans le cylindre permet en effet de statuer progressivement sur l'expérience et même sur le sujet (conforté ainsi dans son « verdict ») ; il encourage à former l'expérience, à la qualifier et dans le même temps permet au sujet de se reconnaître comme tel.

Cette remarque est fondamentale car, comme le rappelle A. Konicheckis, sujet et objet se constituent dans le même temps : « Le sentiment d'existence de l'objet donne en retour un sentiment d'existence au self. »<sup>610</sup>

---

<sup>609</sup> Ibid., p.133.

<sup>610</sup> Konicheckis (A.), « Noyaux traumatiques primaires », p.5.

Alberto Konicheckis prend évidemment la précaution de rappeler que les sensorialités peuvent suivre un développement pathologique si elles se déconnectent trop de l'événement à leur source (si elles errent trop loin dans le cylindre dirais-je). Elles tournent alors sur elles-mêmes en quelque sorte, restant « leur propre but », se répétant à l'infini, empêchant toute liaison de l'expérience, toute articulation (entre le dedans et le dehors, soi et les autres...). Cette issue très pathologique des sensorialités comme des éléments du traumatisme est tout à fait représentable dans mon schéma topique, je l'ai déjà montré.

Ce type de modélisation et de compréhension de l'expérience a le mérite d'insister sur la subjectivation comme processus. La subjectivité est bien un mouvement complexe et la psyché n'est pas uniforme :

*« L'espace psychique ne se compose pas d'une entité seule, unique et homogène. Il est peuplé des bribes, fragments, segments, fractions. Au fond, paradoxalement, l'individu est multiple. [...] La subjectivation se présente nécessairement comme un processus hasardeux, à l'issue imprévisible, ligne de crête jamais complètement stabilisée ni acquise, sans cesse remise en question, et en danger permanent de désobjectivation ou d'impossibilité. »<sup>611</sup>*

A. Konicheckis rapproche la subjectivation du vrai self Winnicottien (1960) et du processus de personnalisation qui participe à sa constitution : le self n'est pas clairement délimité, n'a pas de topique circonscrite ; il est plutôt comparable à une manière d'être, fait référence à ce qui est proprement humain et n'est compréhensible que dans un modèle dynamique, évolutif. Il constitue à la fois une référence au caractère humain et à ce qui nous distingue le plus intimement les uns des autres.

---

<sup>611</sup> Konicheckis (A.), « Subjectivation, vrai self et personnalisation », p.35.

## 2-3-2 f) Continuité d'être, angoisses de mort et de délimitation : autres fondements du modèle

J'ai longuement tracé la parenté des situations traumatiques avec les pathologies dites « limites ». Ainsi, on sait bien que des objets trop pris dans des enjeux narcissiques et n'apportant que déception peuvent être voués à la haine du sujet, ou à son souhait de les exclure définitivement de son « monde ». Le Moi du sujet ne les lâche plus et s'use ainsi, se fatigue.

Ses limites deviennent alors moins claires et, dans le même temps, le sujet peut peu à peu se vider de la représentation de ces objets devenus trop menaçants. L'angoisse de mort pointe souvent dans ce mouvement, seule ressource du sujet.

Selon A. Potamianou, ce vidage va mobiliser en urgence la psyché pour trouver de nouveaux représentants. Lorsqu'elle n'y parvient pas, elle pousse « à vide », détruisant avec elle des secteurs de la vie psychique. Résonnant pour le Moi conscient et inconscient comme débordement d'excitations, ce dernier reporte cette impression vers le corps « (...) qui en fait, concerne l'ensemble de l'appareil psychique en voie de vidage. »<sup>612</sup>

Si les angoisses de mort sont massives chez les psychotiques, il est aussi vrai, comme le dit A. Potamianou, qu'elles le sont chez les sujets délimitant mal la perte d'une partie et préférant tout détruire que de supporter cette perte. Il est également vrai que l'angoisse de mort nous concerne tous, devant tout traumatisme dirais-je. Que ce traumatisme potentiel, réel ou imaginaire nous concerne ou concerne les objets que nous craindrions de détruire. Tous différemment certes, mais tous.

Nous ne régressons pas tous jusqu'aux angoisses les plus archaïques (les angoisses innomables de Bion) face au traumatisme mais l'expérience traumatique, a fortiori lorsqu'elle concerne des sujets déjà fragilisés, menace les limites dedans/dehors. La psyché ne peut plus délimiter l'expérience, différencier les espaces et les temps et se trouve donc menacée d'être détruite : le Moi, l'identité du sujet pourrait bien disparaître avec l'expérience.

---

<sup>612</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique. Répétition et élaboration*, p.23.

Selon A. Potamianou, le Moi tendrait alors à être indifférencié du Ca (on retrouve avec dedans/dehors et Moi/Ca deux couples d'opposés présents dans mon schéma) ou d'un réel envahissant où il se perdrait :

**« (...) l'angoisse que j'ai appelée angoisse de délimitation (A. Potamianou, 1992), qui désigne tout autant la quête du maintien des limites intérieures/extérieures que le désir de leur annihilation, peut se muer en angoisse de mort. Le Moi est sous menace d'une régression profonde tendant à balayer les investissements concernant les objets extérieurs tout autant que les objets intérieurs ; le corps qui lui est attaché est souvent pris dans ce mouvement. D'après moi, c'est là le résultat d'une désintrinsication pulsionnelle se rattachant aux conflits de base entre Eros/sexualité d'une part, et destructivité de l'autre, et pouvant mener à une disqualification libidinale.**

**Englué dans ce vécu, le Moi sombre. Il s'agit donc de situations qui mettent l'unité psychosomatique sous menace de mort. C'est alors que, suite aux saccades convulsives d'un Moi en perdition, un rugissement angoissé peut surgir de la terre craquelée du psychisme, sur laquelle déferlent des émotions pulsionnelles (débordant la possibilité des morphèmes représentatifs à les absorber) et un perceptif immaîtrisable. L'angoisse de mort serait un effort pour délimiter un vécu de détresse diffuse, mentale et somatique, en lui donnant une forme, celle de l'angoisse de mort qui fixe les courants diffus. »<sup>613</sup>**

Cette remarquable description de l'angoisse de délimitation et de ses liens avec l'angoisse de mort peut tout à fait être reprise concernant l'expérience traumatique, ainsi d'ailleurs plus globalement que le modèle proposé par A. Potamianou.

Le sujet confronté à une expérience traumatique est bien confronté aussi à une angoisse de délimitation, *l'informité* que j'ai décrite signe bien l'incapacité qu'il a à rassembler les éléments de son expérience, à les spatialiser psychiquement notamment.

**Le schéma topique que je propose, potentiellement extensible, montre bien l'effort du sujet pour délimiter, circonscrire son expérience en lui donnant une forme, en retrouvant la forme.**

**Dans ce mouvement, c'est bien le corps et la psyché qui sont en jeu en même temps que la survie du sujet. En cherchant à cristalliser son expérience par une**

---

<sup>613</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique. Répétition et élaboration*, p.25. C'est moi qui souligne en caractères gras.



**délimitation des zones de contact intérieur/extérieur, anal/phallique, dedans/dehors, psyché du patient/ psychés des psychologues, actif/passif... le sujet retarde le moment de la destruction de son identité, du Moi par le traumatisme, il l'empêche même.**

**Si l'angoisse de mort est, selon A. Potamianou, le signe de l'effort du sujet pour délimiter une détresse aussi extrême que diffuse, elle concerne aussi évidemment le sujet confronté à une expérience traumatique. Je pose aussi que, comme l'angoisse de mort délimite un vécu et tente de fixer les flux psychiques, l'informité fait de même.**

Dans cette tentative de trouver la forme de son expérience traumatique, le moi du sujet s'épuise. Freud (1926) avait bien décrit cet affaiblissement dans la lutte traumatique. Comme le remarque encore une fois avec pertinence A. Potamianou, les psychanalystes ne se sont peut-être pas assez préoccupés sur la déperdition libidinale et ont forcé leur attention sur le traumatisme par excès.

On peut alors assister à une dépulsiionnalisation, une dépsychisation, une baisse énergétique au niveau le plus bas : le sujet lâche les objets et le Moi et l'énergie restante se vide dans le soma.

## 2-3-2 g) Une modélisation du pli

Mon schéma topique met en évidence des zones de pliure et de courbure de l'espace psychique, des torsions dans l'organisation de la psyché. **L'expérience traumatique ne peut se comprendre selon moi qu'à travers les plis de l'organisation psychique.**

**La topologie vient au secours de la représentation traumatique, cette dernière n'étant figurable selon moi que par une torsion, un pli infini ne pouvant se déplier qu'en restituant ses deux faces.**

R. Roussillon a bien décrit la façon dont le cadre s'est intériorisé en se retournant pour finalement arriver à la topique hypnotique et aussi celle qui sera celle du traumatisme chez Freud jusqu'en 1920. Cette topique est une « (...) topique de la périphérie et du centre, topique de *l'enfouissement de la périphérie vers le centre.* »<sup>614</sup> La logique topique que je propose n'est pas sans rapport avec la notion d'enfouissement mais elle est plutôt **une logique du déploiement et des plis de l'expérience.**

G. Deleuze<sup>615</sup> s'est beaucoup intéressé à l'élément plastique du pli, abondant de l'antiquité jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle. La façon dont les peintres l'ont utilisé, créant un continuum dynamique d'un espace sans fin (c'est bien aussi en cela que ce modèle m'intéresse), pouvant se décentrer et dériver, franchissant parfois les limites de la vraisemblance, a permis la mise en mouvement de tout un questionnement sur ces zones de pliure.

Le pli existe dans l'art depuis toujours (on connaît les plis grecs ou gothiques, romains et romans par exemple) mais c'est le Baroque qui l'a porté à l'infini :

« (...) il courbe et recourbe les plis, les pousse à l'infini, pli sur pli, pli selon pli. Le trait du Baroque, c'est le pli qui va à l'infini. Et d'abord il les différencie suivant deux directions, suivant deux infinis, comme si l'infini avait deux étages : les replis de la matière, et les plis dans l'âme. En bas, la matière est amassée, d'après un premier genre de plis, puis organisée d'après un second genre (...). »<sup>616</sup>

La philosophie de Leibniz est baroque selon Deleuze parce qu'elle se plie et se déplie. Sa thèse de l'âme comme *monade* sans porte ni fenêtre et tirant d'un fond sombre toutes ses perceptions claires peut être approchée par l'analogie avec un cabinet de lecture, l'abbaye de La Tourette du Corbusier ou encore l'intérieur d'une chapelle baroque, de marbre noire où la lumière n'arrive que par des ouvertures imperceptibles pour l'habitant ; l'âme est aussi pleine de plis obscurs.

Selon le philosophe, il y a ainsi de nombreux lieux où ce qui est à voir est au-dedans (crypte, église, théâtre, cabinet d'estampes...), lieux particulièrement investis par le Baroque. Il n'est pas possible de comprendre la monade leibnizienne avec son système Lumière-miroir-point de vue-décoration intérieure, sans se référer à l'architecture baroque, celle-là même qui

---

<sup>614</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.57.

<sup>615</sup> Deleuze (G.), *Le pli. Leibniz et le baroque.*

<sup>616</sup> *Ibid.*, p.5.

édifie chapelles et chambres dans lesquelles la lumière rasante surgit d'ouvertures invisibles pour se diriger vers les humains.

Leibniz invente ainsi un espace baroque avec un étage du bas percé de fenêtres et un étage du haut, aveugle et fermé, mais résonnant, comme un salon musical transformant en sons les mouvements d'en bas. Ces étages communiquent par « un pli entre les plis », entre les deux labyrinthes, entre « les replis de la matière et les plis dans l'âme ».

L'allégorie de la maison baroque avec les pièces communes et leurs « quelques petites ouvertures » (les cinq sens) surplombées d'une pièce close privée tapissée d'une « toile diversifiée par des plis » naît ainsi.

L'histoire du pli est visitée par Deleuze dans tous les arts (Mallarmé, Proust, Boulez, Michaux...). Il n'y a pas que les chefs-d'œuvre qui sont concernés : les natures mortes, les draperies, plis maritimes, objets d'orfèvrerie par exemple le sont aussi. Ce philosophe est un philosophe des mouvements, des trajectoires et des inflexions, ses conceptions dynamiques et processuelles nourrissent l'élaboration de ma topique du traumatisme.

L'espace est donc bouleversé par ses plis qui président à l'organisation de tous ses labyrinthes :

*« L'unité de matière, le plus petit élément de labyrinthe, est le pli, non pas le point qui n'est jamais une partie, mais une simple extrémité de la ligne. »<sup>617</sup>*

Dans cet espace, deux choses inséparables peuvent être vraiment distinctes, appartenant à deux étages, la localisation de l'une dans l'autre se projetant en un point (exactement comme dans la topique que je propose) : ainsi selon Leibniz les âmes ne sont pas des points mais elles sont « en un lieu par une correspondance ».

Ce ne sont pas les points qui sont intéressants dans cet espace, mais plutôt les détours, tout intervalle pouvant être un lieu de plissement :

*« Le point physique est celui qui parcourt l'inflexion ou le point d'inflexion lui-même : ce n'est ni un atome ni un point cartésien, mais un point-pli, élastique ou plastique. »<sup>618</sup>*

Il n'y a plus de trous mais des plis.

---

<sup>617</sup> *Ibid.*, p.9.

<sup>618</sup> *Ibid.*, p.32.

Dans le Baroque s'écroulent les assurances du classicisme, le monde n'a plus ni centre ni figures mais des perspectives multiples et mobiles. Les principes deviennent des trompe-l'œil. Leibniz, philosophe baroque, joue à multiplier et combiner à l'infini. Son monde est à deux étages, il est unique et relatif, avec plis de l'âme et du corps.

Deleuze reprend cette idée : à l'étage du haut on trouve les âmes, chacune distincte et exprimant le monde d'un point de vue propre selon un vecteur interne de concavité ; elles tirent tout de leur propre fond fait d'une infinité de perceptions, quelques unes seulement franchissant le seuil de la conscience : ce sont les monades, ensemble de forces primitives. Il décrit ce décor intime avec ses ornements et tapisseries, ses intérieurs ; il suit la perception, jusque dans ses liens avec l'hallucination. Ce monde est soumis à des lois de convergence mais extraordinairement diversifié, extraordinairement plié.

A l'étage du bas est la matière, organique et inorganique, soumise elle aux forces dérivatives, aux lois de l'élasticité et de la plasticité ; ses lois impriment un mouvement curviligne communiquant de proche en proche et s'étendant sans fin, dans toutes les directions. Ce plan constitué de masses et d'agrégats avec des forces de pesanteur et d'équilibre est aussi pris dans des mouvements de flux perpétuels, les plis et replis de la matière.

C'est en étudiant ces deux étages et en cherchant comment ils pouvaient communiquer que Deleuze trouve le *pli du monde*, entre les plis de l'âme et les replis de la matière. Le pli articule et distribue chacun des étages, *il pose la distinction réelle et l'inséparabilité*. Entre l'âme et le corps une fois distingués, il y a bien convergence et *harmonie* mais aussi *rabattement* du haut sur le bas. Il est alors impossible de dire où commence l'intelligible et où finit le sensible, il y a à la fois distinction et continuité.

Les plis portés à l'infini et affranchis des limites, l'autonomie de l'intérieur et l'indépendance de l'extérieur, le dépli comme extension de l'acte du pli (il y a toujours un pli entre deux plis), le paradigme du tissu (avec ses plis, ses ourlets et drapés) sont autant de traits spécifiques du Baroque repris par Deleuze.

Le pli reconstitue le monde de proche en proche, et Deleuze propose une allégorie traversant tout son texte : les deux étages de la maison baroque. En haut, les monades raisonnables ou les « Chacuns », sorte d'appartements privés ne communiquant pas, variantes

d'une même décoration intérieure ; en bas, l'univers matériel des corps, des « Communs » qui ne cessent de communiquer du mouvement, de propager des ondes, d'interagir.

Pour Leibniz, le *vinculum substantiale* (lien substantiel renvoyant à Dieu et à la Création) est le pli de l'âme et du corps, le pli faisant passer à travers lui tous les plis. Deleuze a pensé que le pli pouvait décrire les processus de subjectivation, constituer le dedans de la pensée, un dedans qui serait le pli du dehors.

Quatre aspects principaux peuvent être mis en évidence :

- Le *vinculum* permet de penser une théorie de la double appartenance : corps et âme sont compris l'un dans l'autre
- Il crée l'unité du corps à travers le flux de la matière : **quelque chose reste identique**
- Sans pouvoir être localisé, **il lie une constante et des variables**. La conception de Leibniz comme celle de Deleuze insiste sur la notion d'**illocalisable** (la limite est même hors de la monade) ; cela est évidemment en rapport avec l'aspect atopique et indécidable du traumatisme que j'ai déjà plusieurs fois souligné.

Il est alors plus question de formes que de localisations. Ou plutôt, les formes sont des positions, des surfaces, des volumes : des *liaisons non localisables*. **Ce système de liaisons non localisables est tout à fait pertinent pour la lecture du modèle topique que je propose.**

- Il définit une zone intermédiaire : **le pli est une zone de torsion**, une ligne infiniment mobile pouvant créer des domaines distincts avec des fonctionnements propres ; il constitue aussi la géographie des passages entre les différentes zones créées.

La parenté de cette théorisation avec la façon dont je souhaiterais que mon schéma rende compte du dynamisme et de la topique de l'expérience traumatique est troublante. C'est un schéma fondé sur le pli et la torsion, sur la création mais aussi l'articulation de zones (avec toutes ses déclinaisons : confusion, superposition, juxtaposition, transparence, empiètement...). Il ne définit toutefois pas un monde à deux étages mais à une infinité d'étages :

« (...)Un monde où les surfaces glisseraient les unes sur les autres, dans une redistribution constante des niveaux de l'édifice de sorte qu'aucune assignation ne serait possible ; un monde où les appartenances et les rabattements seraient multiples parce que les points de jonction seraient toujours des vecteurs de vecteurs ; un monde où les vecteurs seraient élevés à la puissance *n*. Ce ne serait plus simplement les deux labyrinthes, de la liberté et du continu, dont parlait Leibniz, mais plutôt un labyrinthe feuilleté. Les strates de l'impossible. Habiter ce monde signifie : développer un art des intervalles. »<sup>619</sup>

Le pli ordonne les transformations, les paradoxes, les interstices. Sur le plan esthétique, le Baroque pousse le pli à l'infini, à la fois vers la pointe concave du haut et les compressions enrubannées du bas. Deleuze fait allusion à la coupole de *San Andrea della Valle* comme à *l'enterrement du comte d'Orgaz* (Le Gréco) ou à l'art contemporain pour montrer que le pli n'est pas seulement un thème du XVII<sup>e</sup> siècle (bien que le vêtement, la peinture ou l'urbanisme le mettent particulièrement en relief) mais une *ligne baroque* qui traverse l'histoire avec sa géométrie des fluides. Ce principe est visible et lisible dans les œuvres du Caravage, d'Hantaï, de Klee, Michaux, Rameau, Proust, de Dubuffet ou de Boulez... Elle habite les peintres, les architectes, les poètes, les philosophes comme les musiciens.

Six traits caractérisent cette ligne baroque :

- *Le pli* : c'est l'œuvre infinie inventée par le Baroque. Le problème n'est pas de faire un pli mais de le continuer ; et l'on touche là à un intérêt remarquable pour ma recherche : « C'est que le pli n'affecte pas seulement toutes les matières (...) **mais il détermine et fait apparaître la Forme** (...). »<sup>620</sup>
- *L'intérieur et l'extérieur* : le pli infini sépare (passe entre la matière et l'âme, la façade et la pièce close, l'extérieur et l'intérieur)
- *Le haut et le bas* : il y a une tension entre le haut et le bas mais les étages sont distribués dans un même monde (la matière-façade va en bas, l'âme-chambre monte). Le propre du pli est d'essaimer, se différencier en plis, s'insinuant à l'intérieur et

---

<sup>619</sup> Paradis (B.), « Leibniz : un monde unique et relatif ».

<sup>620</sup> *Ibid.*, p.49. C'est moi qui mets en caractères gras.

débordant à l'extérieur : « **Le Baroque est l'art informel par excellence (...). Mais l'informel n'est pas négation de la forme : il pose la forme comme pliée (...).** »<sup>621</sup>

Le parallèle avec mes propositions concernant l'expérience traumatique est troublant, je pourrais dire : **L'informité n'est pas négation d'une recherche de forme : elle pose la forme de l'expérience traumatique comme pliée.**

- *Le dépli* n'est pas le contraire du pli ni son effacement mais son développement et sa manifestation ; les plis sont toujours pleins.
- *Les textures*, elles définissent la résistance des matériaux et apparaissent le mieux dans les limites (avant le déchirement).
- *Le paradigme* (l'élection de la matière).

Deleuze arrive à formaliser une loi alliant l'infini, l'absolu et le relatif. Son monde est aussi fait d'une infinité de plis, la matière elle-même est pliée sous la pression, l'organisme formé d'un pli plie lui-même ses propres parties à l'infini. Les idées sont pliées dans les âmes et le fond très obscur des monades est comme une draperie noire elle-même pliée, striée et parcourue par d'infinies perceptions :

« Bref, la baroque plie tout : les lignes, les corps, les costumes, mais surtout l'extérieur sur l'intérieur, les monades sur la nature. Ce pli allant à l'infini, pas question d'y échapper. Déplier, « ex-pli-quer », ce n'est pas effacer les plis, c'est les parcourir, voire en former de nouveaux. »<sup>622</sup>

Deleuze esquisse une théorie généralisée du pli : « (...) nous restons leibniziens parce qu'il s'agit toujours de plier, déplier, replier. »<sup>623</sup> Il suit les mouvements allant du monde à son inclusion dans la monade, confronte les rapports de l'âme et du corps en étudiant les modalités de *rabattement* et de *passages* entre eux. Pour Leibniz, le *vinculum substantiale* (lien substantiel renvoyant à Dieu et à la Création) est le pli de l'âme et du corps, le pli faisant passer à travers lui tous les plis. Deleuze a pensé que le pli pouvait décrire les processus de subjectivation, constituer le dedans de la pensée, un dedans qui serait le pli du dehors.

---

<sup>621</sup> *Ibid.*, p.50. C'est moi qui mets en caractères gras.

<sup>622</sup> Droit (R.P.), « Leibniz selon Deleuze », *Le Monde*, 9 septembre 1988.

<sup>623</sup> Deleuze, *Ibid.*, p.189.

Les plis portés à l'infini et affranchis des limites, l'autonomie de l'intérieur et l'indépendance de l'extérieur, le dépli comme extension de l'acte du pli (il y a toujours un pli entre deux plis), le paradigme du tissu (avec ses plis, ses ourlets et drapés) sont autant de traits spécifiques du Baroque repris par Deleuze.

Deleuze s'intéresse ainsi aux tuniques, à la Vierge médiévale émergeant du déluge des plis de sa houppelande. Il s'intéresse à une force « au creux des apparences », une force irreprésentable. Dans cette recherche, il retient les plis, les orientations, les courants qui agitent l'espace.

Deleuze élabore donc une théorie générale du pli, théorie rendant compte du pli comme structure du dynamisme et de l'infini. Selon lui, le sujet est un être plié, déplié, replié. **L'expérience traumatique est pour moi un labyrinthe continu et non une ligne faite de points indépendants : l'expérience est comme une étoffe faite de plis infinis.**

Le pli est une possibilité de traiter la matière, et j'entends aussi par là la matière psychique, comme un corps élastique, en partie fluide, se contractant et se dilatant, éclatant et se comprimant, se tordant, pliant et dépliant en accroissement et réduction, il pousse vers le haut et vers le bas.

Reprenons avec G. Deleuze le cheminement de sa pensée<sup>624</sup>. Il reprend avec précision la pensée de Leibniz et souligne le remaniement profond de la distinction des deux mondes (le monde sensible et le monde intelligible). La philosophie baroque de Leibniz se présente sur deux étages qui se distribuent ainsi : à un étage il y a les replis de la matière et à l'autre les plis dans l'âme ; replis de la matière et plis dans l'âme donc.

Deleuze, reprenant la tradition des deux mondes en philosophie, la complexifie. Selon lui, il y a bien deux étages : un étage au-dessus avec les substances individuelles qui enveloppent le monde, en dessous la matière et ses milliers de replis.

Mon schéma répond en partie à l'articulation de ces étages, reprenant l'idée d'inflexion ou de courbure.<sup>625</sup> D'une certaine façon bien sur, mon schéma n'a pas d'étage, il est un cylindre au sein duquel peuvent circuler et se cristalliser les éléments psychiques ; seuls les courbures et les plis témoignent des zones d'articulation de l'expérience.

---

<sup>624</sup> Je m'appuierai ici sur son cours du 16/12/1986 à l'université Vincennes-St-Denis « Le pli, récapitulation ».

<sup>625</sup> Dans la théorisation deleuzienne, l'inflexion participe à la fois de l'étage au-dessus (puisque c'est l'élément génétique idéal, et que c'est à partir de l'inflexion qu'on arrive au point de vue et à l'inhérence) et à celui du bas puisque c'est l'élément génétique des replis de la matière ; les deux étages communiquent.



Deleuze finit par dire qu'il n'y a plus deux mondes mais deux étages, comme dans la peinture du Tintoret. *C'est le monde baroque* avec deux étages, un étage où tout tombe, où les corps tombent, et un étage où les âmes s'élancent. *L'enterrement du comte d'Orgaz du Gréco* en est un autre exemple (en bas l'enterrement, en haut les formes subjectives), comme chez Le Tintoret (à un étage ça tombe, à l'autre se produit une danse incroyable). A l'étage du dessus des notions individuelles, à celui du dessous seulement des replis.

Le monde des replis de la matière est celui du composé à l'infini, la matière n'en finissant pas de se replier et de se déplier ; l'autre étage est celui des simples, les âmes sont simples. Il est nécessaire que ces deux étages communiquent, il a fallu rechercher un élément génétique idéal des replis de la matière et cet élément appartient à l'autre étage : c'est la *courbure variable* ou *inflexion*. Pour Leibniz, le monde est fondamentalement affecté d'une courbure. Cela s'applique aux mathématiques, à la physique, à la philosophie et, je le pense, à la psychologie du sujet. L'élément génétique de la courbure c'est *l'inflexion*, point élastique (qui différencie le fondement baroque de l'œuvre de Klee par rapport à l'esprit cartésien de Kandinsky et ses angles durs mis en mouvements de l'extérieur).

Dans ce monde baroque, également monde de ma topique, on ne donne pas à un corps une surface précise. **C'est bien là le fondement topologique de ma topique, elle n'a pas de coordonnées, elle n'est ni en haut ni en bas, ni à gauche ni à droite du psychisme. L'expérience traumatique n'a pas de surface précise. Elle correspond peut-être à ce que Leibniz appelle un « signe ambigu ».**

**Le monde de l'expérience traumatique est fait selon moi de pliures et courbes infinies.**

Du point de vue leibnizien, l'inflexion ou la courbure variable va à l'infini (on en trouve la démonstration avec les nombres irrationnels par exemple, qui supposent une courbure sur la droite et engendrent d'infinies séries). Et le centre de cette courbure est *un point de vue*<sup>626</sup>, un point de vue sur la portion de courbe. Dans cette théorisation il n'a plus de

---

<sup>626</sup> *Ibid.*, p.34, « Le point de vue, le sommet du cône, est la condition sous laquelle on saisit l'ensemble de la variation des formes (...) ». En fait, le point de vue est la condition du sujet qui saisit une variation. C'est une position perspectiviste qui tient bien à un relativisme mais avec cette précision : « Ce n'est pas une variation de la vérité d'après le sujet, mais la condition sous laquelle apparaît au sujet la vérité d'une variation. » *Ibid.*, p.27. C'est la définition même de la perspective baroque.

centre mais seulement un point de vue ; c'est la façon dont on regarde le monde et le sujet sur leurs points de concavité, de plis qui est importante. A la géométrie du centre se situe la géométrie des points de vue.

Leibniz expose donc un monde affecté d'une courbure, et même d'une courbure variable, un monde élastique. De la même façon que Leibniz suppose une physique de l'élasticité, **le schéma topique que j'expose suppose une élasticité psychique, une conception de la psyché comme soumise aux lois de l'élasticité.**

**Il n'y a donc plus de centre mais un site. Il n'y a pas de centre dans ma topique, seulement un déploiement et des sites, des zones de plis et de replis. En fait, ce schéma, comme l'expérience traumatique dont il prétend rendre compte, n'existe que parce qu'il suppose un point de vue.**

Avec Deleuze, plusieurs remarques concernant son propos sur la philosophie baroque de Leibniz me paraissent pouvoir être étendues à la lecture de ma modélisation :

- Le point de vue est toujours en rapport avec une variation et une série. Aucun point de vue n'a de sens à lui seul, il ne peut être interprété sans recourir à l'ensemble du système topique et psychique.
- Tout est relatif mais à condition que ce relatif devienne absolu, qu'il devienne un principe. Autrement dit, ce n'est pas ce qui est vu, observé qui est relatif ; le point de vue est une condition pour que surgisse la vérité, on ne peut pas trouver de vérité sans adopter un point de vue. C'est parce que le monde est courbé qu'un point de vue est nécessaire, il n'y a pas de vérité si l'on ne prend pas un point de vue, c'est-à-dire un angle sous lequel cette vérité est possible.
- Pour Deleuze ensuite, le point de vue n'est pas une perspective frontale permettant de saisir une forme le mieux possible, il est fondamentalement une *perspective baroque* :

*« C'est que jamais le point de vue n'est une instance à partir de laquelle on saisit une forme, mais le point de vue est une instance à partir de laquelle on saisit une série de formes, dans leurs passages les unes dans les autres, soit comme métamorphose de formes : passage d'une forme à une autre,*

*soit comme anamorphose : passage du chaos à la forme. C'est le propre de la perspective baroque. »<sup>627</sup>*

Cette remarque est d'importance pour mon propos : **le point de vue de cette topique est un point de vue sur l'expérience traumatique. Ce point de vue ne relativise pas ce qui est vu mais souligne les conditions de la vérité de ce qui est observé. De plus, il ne rend pas compte d'une forme mais d'une série de formes dans leur dynamique de transformations.** J'ai insisté dès le début de cette thèse, dès son introduction et dans l'écriture même de la problématique et des hypothèses, sur la question du jeu de la forme dans l'expérience traumatique.

**Ma perspective est donc, en ce sens, également baroque.**

- Le point de vue suppose obligatoirement une pluralité de point de vue. Ce n'est pas que chacun a sa vérité mais qu'il s'ouvre sur une série infinie. Tout point de vue est un point de vue sur le monde et il y a forcément plusieurs points de vue puisqu'il y a une courbure variable, une inflexion.
- Un autre point fondamental dans le propos de Leibniz, repris par Deleuze, nourrit ma recherche et l'exposé de ce schéma. Il faut pour cela passer du point de vue à l'inclusion ou l'inhérence. On sera donc parti de la courbure variable (ou inflexion) pour aller vers le point de vue pour arriver enfin à l'inclusion ou l'inhérence.  
La courbure variable concerne le pli. La matière ne cesse de se replier sur elle-même, plus généralement le monde est plié.

Pourquoi le monde est-il donc plié selon Leibniz ? C'est parce que **le pli renvoie à l'enveloppe** (on met d'ailleurs un pli dans une enveloppe), « **l'enveloppe est la raison du pli.** »<sup>628</sup> Il n'y aurait aucune raison de plier si ce n'est pour mettre dans une enveloppe (en langage philosophique Deleuze dirait que l'inclusion est la raison de l'inflexion) ; il faut bien plier les choses pour les mettre dedans. **Ce qui est plié (ou courbé, ou encore infléchi) est par là même enveloppé dans quelque chose.**

---

<sup>627</sup> Deleuze (G.), « Cours de Vincennes-St-Denis : le pli, récapitulation », 16-12-1986.

<sup>628</sup> *Ibid.*, p.31.

Ce qui est plié est nécessairement enveloppé<sup>629</sup> sinon ce ne serait pas plié. Plus encore, ce qui est plié (et impliqué) n'a pas d'existence hors de ce qui l'enveloppe. Ce qui est plié enfin ne peut se déplier sans le faire idéalement, par une abstraction. Une fois développé ce que j'observe ou veux signifier dans mon schéma, j'obtiens le résultat d'une opération d'abstraction (possible). En fait, j'abstrais alors l'enveloppe.

**Et l'enveloppe des plis de mon schéma, c'est le cylindre de base sur lequel il est construit, c'est-à-dire l'appareil psychique conçu comme potentiellement extensible ou rétractable. Autrement dit, l'expérience traumatique telle que je la pense est entièrement enveloppée par l'appareil psychique, elle ne peut s'en exclure.**

J'ai rapidement signalé, dès l'introduction de cette thèse, mon souhait de concevoir une expérience traumatique entièrement intégrée à la vie psychique du sujet, marquant ainsi une certaine réticence à envisager cette expérience comme radicalement disséquante, clivante, forclosée ou anéantissante.

**C'est le pli plus que le clivage qui définit l'atteinte traumatique. Les atteintes traumatiques de la forme de l'expérience, ses déformations sont entièrement pensables dans ce modèle topique, ses capacités de déploiement et de pliure permettant de penser l'articulation complexe du traumatisme à l'ensemble de la vie psychique.**

Ainsi, ce qui est plié, ce qui est courbé par le traumatisme, est aussi nécessairement enveloppé dans quelque chose. Ce quelque chose, Deleuze dirait avec Leibniz qu'il s'agit d'une âme, d'un sujet<sup>630</sup> ; je retiendrai ce deuxième terme, plus spécifique à l'épistémologie psychanalytique. Le sujet est plein de plis, les plis sont dans le sujet.

- Cela semble évident mais il est des évidences qu'il vaut mieux rappeler : l'enveloppant dont il est question, c'est le sujet : le pli est impliqué dans l'impliquant,

---

<sup>629</sup> On peut rappeler l'étymologie d'envelopper, en référence à *involvere* en latin, ou encore *implicare*, enveloppé et impliqué signifiant la même chose. Quelque chose s'implique ou s'enveloppe dans quelque chose.

<sup>630</sup> Deleuze rappelle que Leibniz appelle aussi « monade » ce point métaphysique, empruntant ce terme aux néo-platoniciens désignant ainsi un état de l'Un, état enveloppant.

c'est-à-dire dans le sujet. Traduit en termes philosophiques, cela reviendrait à dire avec Deleuze que « la série infinie des états du monde est maintenant devenue la série infinie des prédicats du sujet<sup>631</sup> qui les enveloppe. »<sup>632</sup> L'âme lit ainsi ses propres prédicats<sup>633</sup> en même temps que sous le point de vue où elle est, elle voit les états du monde.

Le monde est ainsi dans le sujet « (...) afin que le sujet soit pour le monde. C'est cette torsion qui constitue le pli du monde et de l'âme. »<sup>634</sup>

- Autre remarque, en suivant toujours Leibniz lu par Deleuze : le sujet est miroir du monde sous son point de vue. Le miroir dont il est question est bien un miroir concave. Le sujet n'est pas un miroir *sur* le monde car le monde n'existe pas en soi, il n'existe que plié et replié, enfermé dans chaque âme, chaque sujet.

Trouvant l'image du miroir concave insuffisante, Deleuze explore alors celle de l'écran, également insatisfaisante (le sujet serait alors un écran sur lequel passerait un film mais le film renvoie à une extériorité) pour arriver à celle plus convaincante d'une *table opaque*, une table opaque d'information où s'inscrivent des données (sans référence à une extériorité).

Le mode de Leibniz, comme celui de Deleuze, mais aussi comme celui de la psychanalyse, est un monde enveloppé dans chaque sujet, et n'existe qu'enveloppé dans chaque sujet. Ce modèle est un modèle de l'intersubjectivité.

- Il faut enfin souligner que les variations sont infinies : Deleuze parle de variations rythmiques, de mouvements contraires où l'ascendant peut devenir descendant et inversement, de mouvements rétrogrades commençant par la fin ... **Tous ces mouvements sont visibles dans mon modèle. Les séries sont infinies et leurs variations le sont aussi.**

Le sujet ne fait que tenter de répondre à ces variations et aucun sujet n'y répond de la même façon : « J'exprime le monde à la manière d'un miroir et je l'enveloppe à la

---

<sup>631</sup> Leibniz définit le sujet comme ce qui est indiqué par un nom propre, la conception psychanalytique du sujet est cependant un peu différente et plus complexe. Quoi qu'il en soit, les notions d'âme, de sujet, de superjet (Whitehead) ou de nom propre renvoient toutes à la subjectivité.

<sup>632</sup> *Ibid.*

<sup>633</sup> Le prédicat étant ce qui est enveloppé dans le sujet, l'attribut.

<sup>634</sup> *Ibid.*, p.37.

manière d'un sujet. »<sup>635</sup> Chaque sujet exprime le monde mais d'une manière différente, nous n'en exprimons qu'une portion (seule l'idée de Dieu permet de penser la lecture totale du monde). Le sujet est dyslexique pour Deleuze, il enveloppe le monde entier mais de façon illisible, avec seulement une portion clairement lue. Cette petite lueur sur le monde, cette petite portion, cette petite région du monde, c'est notre *chambre*. Le sujet enveloppe le monde entier mais n'en enveloppe clairement qu'une petite portion.

**Je retrouve cette idée dans mon approche de l'expérience traumatique : l'expérience traumatique appartient au domaine du monde, à la sphère commune à tous, le sujet traumatisé n'exprime cependant qu'une faible portion de cette expérience au monde. Cette chambre, cette petite lueur est une zone pliée à la façon du sujet. Les variations de ses plis signent la particularité de la forme traumatique.**

**Comme les empreintes digitales (Deleuze utilise plutôt la métaphore des nervures des feuilles d'arbre), ces plis sont uniques et complexes, ils permettent de reconnaître le sujet entre mille, rappellent la particularité de son contact au monde à un moment où celui-ci ne lui était pas totalement compréhensible ni représentable étant donné la faiblesse du sujet.**

**C'est dans ces plis que se trouve, selon moi, l'informité traumatique.**

**C'est dans le drapé de l'expérience, son épaisseur, sa texture, ses fronces et ses formes, dans le pli des choses que résident les traces de l'expérience traumatique, des déformations produites mais aussi des ressources du sujet.**

En choisissant le modèle du pli et de la topologie pour la construction de mon modèle topique et donc pour rendre compte de l'expérience traumatique, j'ai choisi une représentation figurant les modulations, les variations continues de la « matière de l'expérience » comme de la recherche continue de sa forme.

La théorisation de Leibniz suppose un rapport, une combinaison très originale et complexe entre les mondes et expériences possibles, c'est ce qu'il nomme

---

<sup>635</sup> Deleuze, Cours de Vincennes-St-Denis.

*l'impossibilité.*<sup>636</sup> **L'expérience traumatique est dans le champ de l'impossibilité. Elle n'a rien à voir avec un déterminisme mais avec une intériorité qui fonde la liberté même, cela dans l'épistémologie philosophique comme psychanalytique :**

« C'est que le présent vivant est essentiellement variable, en extension et en intensité. »<sup>637</sup>

Le monde défini par Deleuze est bien celui dont prétend rendre compte le schéma topique que je propose :

« C'est un clapotement, une rumeur, un brouillard, une danse de poussières. C'est un état de mort ou de catalepsie, de sommeil ou d'endormissement, d'évanouissement, d'étourdissement. C'est comme si le fond de chaque monade était constitué d'une infinité de petits plis (inflexions) qui ne cessent de se faire et de se défaire en toutes directions, si bien que la spontanéité de la monade est comme celle d'un dormeur qui se tourne et se retourne sur sa couche. Les microperceptions ou représentants du monde sont ces petits plis dans tous les sens, plis dans plis, sur plis, selon plis, un tableau d'Hantaï, ou une hallucination toxique de Clérambault. Et ce sont ces petites perceptions obscures, confuses, qui composent nos macroperceptions, nos aperceptions conscientes, claires et distinctes : jamais une perception consciente n'arriverait si elle n'intégrait un ensemble infini de petites perceptions qui déséquilibrent la macroperception précédente et préparent la suivante. Comment une douleur succéderait-elle à un plaisir si mille petites douleurs ou plutôt demi-douleurs n'étaient déjà dispersées dans le plaisir, qui vont se réunir dans la douleur consciente. Si brusquement que j'assène le coup de bâton au chien en train de manger, il aura eu les petites perceptions de mon arrivée en sourdine, de mon odeur hostile, de la levée du bâton, qui sous-tendent la conversion du plaisir en douleur. Comment une faim succéderait-elle au rassasiement si mille petites faims élémentaires (de sel, de sucre, de graisse, etc.) ne se déclenchaient à des rythmes divers inaperçus ? Et, inversement, si le rassasiement succède à la faim, c'est par la satisfaction de toutes ces petites faims particulières. Les petites perceptions sont le passage d'une perception à une autre, autant que les composantes de chaque perception. »<sup>638</sup>

Cette articulation du *cosmologique* au *microcosmique* (et inversement), de l'universel au particulier, n'est pas sans rappeler ce que j'ai pu comprendre des travaux de la Tavistock Clinic (et notamment de ceux de C.Garland, précédemment évoqués dans cette thèse)

---

<sup>636</sup> Qu'il justifie en disant que c'est un grand mystère relevant de Dieu, je ne le suivrai pas jusqu'à ce point.

<sup>637</sup> *Ibid.*, p.96.

<sup>638</sup> *Ibid.*, p.115.

concernant l'expérience traumatique conçue comme cristallisant angoisses actuelles et archaïques.

**L'expérience traumatique est une expérience qui pourrait bien atomiser le monde comme en saisir et unifier sa poussière. Le modèle topique que je propose tente de comprendre comment le sujet, face à cette expérience, pourrait passer de l'un à l'autre pour saisir l'expérience dans sa totalité, en trouver la forme, la configuration.**

Le sujet traumatisé, alors sorti de l'informité traumatique, pourrait enfin saisir son expérience dans sa globalité et, en en trouvant la forme, y donner sens. Madame Korschov ne sentirait alors plus seulement une odeur, n'hallucinerait plus uniquement des portes qui s'ouvrent, mais intégrerait ses perceptions, les articulerait entièrement à sa vie psychique. A l'informité traumatique succèderaient ainsi des fantasmes, une pensée plus fluide, libérée de la répétition traumatique mais pas du souvenir de l'expérience.

## 2-3-2 h) Illustration clinique du modèle : Denis ou les incessantes pliures de l'expérience

J'ai souhaité présenter un nouveau cas clinique en espérant que le lecteur y trouve une illustration du propos de cette thèse (toute relative, la clinique résiste heureusement toujours plus ou moins et se refuse à être totalement lisible par un modèle).

On y lit la *dynamique* du déploiement de l'expérience traumatique de Denis, adolescent auteur et victime d'agressions sexuelles, le déploiement de son informité traumatique. En étant attentif aux propos de Denis, on comprend à quel point ils peuvent illustrer les concepts et idées précédemment abordés.

On ne l'entendra jamais nommer le clivage ni l'encapsulation par exemple, ces défenses seront cependant très clairement exposées. Plus globalement, sans qu'il soit



nécessaire de beaucoup commenter ce cas clinique, on saisira je pense la façon dont le schéma topique que j'ai proposé peut contenir le déploiement de cette infirmité.

Denis est un adolescent de quinze ans, de grande taille et aux mouvements assez brusques. Il s'exprime correctement mais de façon assez rustre et un peu hachée. Son niveau de langage assez sommaire laisse dans un premier temps soupçonner une légère déficience intellectuelle mais nous le verrons peu à peu être beaucoup plus à l'aise dans les échanges et ne plus hésiter à poser des questions lorsqu'il doute d'un mot, ne comprend pas une de nos questions ou interprétations.

Très rapidement en confiance, il s'exprime volontiers et se présente régulièrement aux entretiens durant deux ans. Il gardera toujours une distance polie et respectueuse envers les thérapeutes contrastant avec une certaine brutalité dans son expression, sur la forme comme sur le fond, contrastant également avec son allure.

Denis est placé en foyer d'accueil depuis cinq mois sur la demande de sa mère après avoir agressé sexuellement son petit frère. La demande de soins est d'abord essentiellement portée par le juge des enfants, l'expert psychiatre et les éducateurs.

Le placement au foyer et un rêve fait la nuit de son arrivée en institution articuleront le clivage entre l'enfant agité, pénible qu'il était avant et l'adolescent raisonnable qu'il serait devenu. Je n'aurai de cesse, avec ma cothérapeute Judith, de savoir qui demande ce soin : le bébé-Denis délaissé par sa mère et abandonné par son père, l'adolescent pervers répondant seulement à l'injonction thérapeutique, les deux à la fois ? Le dispositif thérapeutique, l'attitude des psychologues, leur « technique » (notamment celle de l'interprétation) devront tenir compte de la possible composition, diffraction ou confusion de ces aspects (ne considérer que le bébé-Denis pourrait ranimer la perversion, ne répondre qu'au pervers affamerait le bébé).

Les aspects pervers de Denis, sa partie perverse moins en contact avec ses affects, pouvant jouir de pénétrer l'autre et ses pensées, ne sont pas sans risque d'entrer en contact, en écho, en « abyme » (C.Balier) avec les aspects pervers de tout dispositif psychothérapeutique (on se souvient de la remarque de Bion signalant l'« outrage » à pénétrer la vie psychique de l'autre).

Sans être aussi difficilement supportables que peuvent l'être certaines thérapies de situations dites extrêmes, les ressentis d'impasse ont cependant été massifs durant ce suivi. Plutôt que malmenés, nous nous sommes souvent sentis gênés, parfois séduits ou amusés par la pertinence, la naïveté ou la franchise de ce patient aux processus de symbolisation d'apparence si limités.

Cette « sympathie » éprouvée à son égard, à l'égard d'un adolescent incestueux et acceptant d'en parler, n'a pas été sans réactiver les éléments potentiellement perversibles du dispositif et des thérapeutes mêmes. C'est sans doute de l'absence de contre-transfert haineux que le danger était pressenti le plus grand.

Judith et moi nous sommes heurtés à l'irreprésentable, l'impensable, nous obligeant souvent à requalifier le matériel clinique, à repenser autrement des éléments apportés sur un mode parfois très pervers. Cette reconsidération est aussi passée par un appui fort sur des expériences positives (mêmes très instables) déjà effectuées par Denis (l'attachement à son beau-grand-père paternel par exemple).

La discontinuité première de la pensée de Denis, amplifiée par l'aspect rustre de la présentation et de l'expression de ce jeune patient, a progressivement pu être pensée autrement qu'une seule attaque de la pensée des thérapeutes. Le clivage, lorsqu'il a pu être compris comme lutte contre le désespoir, dernière barrière face au choc traumatique, a aussi été supporté plus patiemment.

De trois à quinze ans Denis a rencontré un psychiatre dans un C.M.P. mais cette nouvelle demande de soins s'inscrit dans le cadre d'une certaine déception vis-à-vis de ce travail et de la volonté de trouver un dispositif plus individualisé (le premier souhaitant selon Denis « rassembler » la famille).

En attente de son procès, Denis n'a plus le droit de rester seul avec ses frères et rencontre sa mère Annie un week-end sur deux. Il est très effrayé à l'idée d'aller en prison.

Son père Jean s'est séparé de sa mère lorsqu'il avait trois ans, il ne l'a jamais revu. Remarié, il aurait eu deux fils. Denis envisagera de le retrouver pour lui demander les raisons de ce départ. Deux ans plus tard Annie se remarie avec Julien (que Denis considère comme un

père) dont elle aura trois nouveaux enfants : Gyslain (10 ans), Frédéric (5 ans) et Marcel (elle est enceinte de lui au début du suivi, Denis choisira son prénom en hommage à son meilleur ami mort deux ans auparavant dans un accident de moto. L'évocation de ce décès rappellera que « perdre son meilleur ami c'est comme perdre son frère »).

La naissance de ce frère s'accompagnera de propos pour le moins ambigus dans les premiers temps de la thérapie : « *C'est super d'être trois fois grand frère mais il faudra que je fasse trois fois plus attention maintenant !* ». Denis reconnaîtra d'ailleurs avoir eu « envie et peur de recommencer ». La figure de grand frère protecteur dont le rôle consiste à faire attention à ne pas violer ses cadets sera plusieurs fois évoquée, figure perverse soulignant la confusion entre amour et haine.

Lors du premier entretien, Denis affirmera son souhait de venir nous consulter pour nous parler du viol par son oncle maternel Sylvain (Annie appartient à une fratrie de huit enfants, elle suspectait cette agression mais ne l'a révélée à Denis que quelques jours après qu'il a lui-même sodomisé Frédéric). Sylvain l'aurait agressé de cinq à dix ans (jusqu'à ce que sa mère se fâche avec ses propres parents, ces âges de cinq et dix ans coïncident avec l'âge de ses deux frères au moment où lui-même les a agressés).

Souvent confié à la garde de ses grands-parents agriculteurs, Denis était agressé quand ceux-ci s'absentaient ou travaillaient. Ces souvenirs sont apparus depuis deux ans. Sa mère lui a rapporté qu'il se plaignait souvent de ses fesses quand il était petit, qu'elles étaient très rouges (un médecin avait même été consulté). Annie a porté plainte contre son frère peu après l'entrée de Denis au foyer.

Denis a parlé de son agression parce que sa mère trouvait qu'il mentait beaucoup, il apporte immédiatement cette explication : « *J'ai reproduit ce que j'ai subi mais sans fellation. Mon oncle m'a fait une fellation aux fesses, il m'a pénétré avec son sexe. Mon petit frère je lui ai pas fait de fellation.* »

Notre troisième rencontre est assez particulière. Denis parle d'un accident de ski (une chute) dont il ne se souvient pas du tout (mais qui aurait provoqué une demi-journée de coma, en fait une sorte d'amnésie). Denis aurait vécu quelques heures qu'il qualifie de

« somnambulisme » : « *J'ai fait tout comme si j'étais réveillé, j'ai continué à skier et me suis réveillé à table. Ils étaient tous étonnés que je ne parle pas du télésiège jusqu'au repas. J'avais oublié mais je suis obligé d'y croire, j'ai rien compris.* »

Ses associations tournent principalement autour du mot « choc » qui qualifie à la fois sa chute du télésiège (qui aurait provoqué l'amnésie) et le fait de reconstituer cette scène dans l'après-coup. Le seul choc venant en écho est celui des agressions sexuelles subies de son oncle dont il ne se souvient pas non plus.

Le choc, la sidération viendraient-ils de la superposition de deux scènes (au moins) de registres différents ?

Lorsque nous renvoyons à Denis qu'il nous a en effet déjà dit ne pas s'en souvenir, il répond : « *Je me souviens au moins d'une chose, ça a fait choc !* ». L'amnésie commune à ces quatre chocs (les traumatismes initiaux du viol et de la chute du télésiège, mais aussi les chocs des deux après-coups) est ainsi métaphorisée : « *Je suis prisonnier de quelque chose, quelqu'un parle et je ne peux pas répondre.* » Les associations autour de ces chocs soulignent l'écrasement des différents temps traumatiques, au risque parfois d'une certaine confusion : « *Après le rapport avec mon frère la juge m'a dit que c'était une fellation le sexe dans la fesse ou dans la bouche ; j'ai pensé à moi, à ce qu'on m'avait fait.* »

Les paroles des avocats, du juge et de sa mère sont le plus souvent apportées comme « explicatives », alimentant parfois des éléments pervers : « *Ils ont parlé de sexualité, j'en savais rien. Je pensais que ça se faisait comme ça, je savais qu'il fallait pas le faire avec les hommes mais je savais pas pour le viol et la fellation. Je savais pas que c'était interdit. Je l'ai fait quand j'étais seul avec mon petit frère, je savais pas les conséquences, les risques de dispute. C'est un épisode de la vie, faut que j'oublie.* »

L'arrêt de ses cauchemars (se faire tuer, être prisonnier, pris dans un gouffre, ne plus pouvoir parler) coïncide avec son placement, les angoisses claustrophobiques (ses cauchemars ont apparu vers dix ans) semblent diminuer. Le monde en partie pervers de Denis pourrait bien non seulement tenter de cicatrifier de graves blessures narcissiques mais aussi le défendre contre les objets extérieurs qui étouffent. Pénétrer l'autre (ses frères, les psychologues) ou agir de façon perverse éviterait l'étouffement.

Très souvent des éléments pervers infiltrent les propos de Denis qui confie avec une certaine spontanéité des pensées assez déconcertantes. Les thérapeutes s'interrogent aussi sur la face cachée de cette confiance qui leur ai faite, de cette naïveté et des effets que Denis pourraient espérer voir produire sur la scène des entretiens. Ainsi, en faisant part aussi ouvertement de ses interrogations sur la sexualité, Denis pourrait :

- Tenter de rejouer dans le transfert les expériences traumatiques dont l'emboîtement, la superposition, la collusion trouveraient une suture de surface sur un mode plus ou moins sexualisé.
- Essayer d'exciter les thérapeutes au sein d'un scénario pervers.
- Répéter dans le dispositif les transgressions sexuelles et générationnelles subies, l'effacement des limites de l'intimité, l'effraction des enveloppes. Les espaces superposés, aux limites instables ou absentes perpétueraient les agressions.
- Tenter enfin d'élaborer des scènes traumatiques empreintes d'éléments pervers au sein d'une relation transférentielle où aspects pervers, immatures, plus ou moins sexualisés pourraient se diffracter, être contenus et pensés dans une scène thérapeutique à trois.

La vignette suivante, relatée par Denis, permet ces lectures potentielles : « *Mon petit frère moyen m'a demandé pourquoi j'avais fait ça. Avoir des envies sexuelles à mon âge c'est pas normal ! J'ai eu une aventure sexuelle il y a un an et ça m'a fait drôle. Quand on sort avec une fille c'est pas pareil qu'avec un garçon ou des enfants. C'est pas le même sexe ni le même âge, là elles peuvent dire non. Je suis timide avec les filles.* »

Denis nous parlera ensuite longuement de sa « *peur de faire des conneries avec les filles* », peur de la sexualité mais surtout peur « *de les forcer* ». Chaque « *essai* » avec une fille l'amène à exprimer sa crainte de la forcer, de lui faire un enfant et d'en être puni. La crainte d'être tout entier embarqué par la violence reviendra régulièrement, Denis se mettant

parfois dans des positions d'extrême passivité en se laissant insulter ou frapper par un camarade par exemple. Le juge, le foyer, les psychologues, son ancien professeur de catéchèse sont autant d'instances évoquées pour « *calmer ses pulsions* ».

Si les psychologues éprouvent une certaine sympathie pour Denis, certainement en partie due à la façon d'investir les séances (il est ponctuel, participe et sacrifie une demi-journée pour ce soin), ils n'en ressentent pas moins la terreur dans laquelle il vit mais aussi l'importance des aspects pervers. A la peur de se faire entraîner par sa force Denis associe souvent la seule crainte d'aller en prison ou de payer les frais d'hôpital.

Peu à peu Denis théorise le choc, l'amnésie, les traumatismes subis jusqu'à reconstruire ce qu'il pense être la première scène traumatique : « *Je me suis souvenu que j'avais cinq ans quand c'est arrivé. C'était chez ma grand-mère, quand ma mère travaillait la nuit. A ce moment elle était enceinte de Gyslain, mon père partait à la pêche de nuit. Mon oncle attendait la traite. J'ai tout regroupé dans un coin de ma tête pour le dire ici. J'en ai parlé un peu avec ma mère. Ca me fait comme sur un ordinateur quand on jette quelque chose quand on en a plus besoin* (Denis nous apprend aussi que la séance est un temps où il se « *re-souvient* » parce qu'il ne peut pas tout garder en mémoire). »

La métaphore informatique de la poubelle se rapporte à la fois au processus utilisé par Denis pour traiter son traumatisme et à l'enfant-déchet qu'il était, abandonné à son oncle pendant que son père pêchait et que sa mère s'occupait d'un autre en son ventre. Ces traumatismes (et les agressions sexuelles n'en sont bien entendu que la face déclarée) sont apportés, condensés, intriqués, en même temps que leur mode de traitement.

L'allusion à sa mère, enceinte de Gyslain, est évoquée comme un « choc grandiose », ce choc appelant en écho la souffrance ressentie lors du décès de son professeur de catéchèse : « *Je le traitais comme mon père. Ma mère m'avait dit qu'il était mort en voiture. J'ai pas mangé pendant trois jours, de tristesse. Encore je souffre. Des fois je lui demande pourquoi il est parti. Il m'avait appris à calmer mes pulsions, me contrôler. Je le voyais souvent* (Denis avait onze ans à sa mort) ».

Théories du « choc », de l'amnésie et angoisse de perte de contrôle s'articulent très fréquemment chez Denis. Ce lien entre traumatisme et débordement pulsionnel ne trouve parfois de solution que dans l'hypothèse d'un clivage extrême : le délire. *« J'aimerais savoir pourquoi je commence à répondre aux adultes, je me contrôle plus, comme si j'avais une personne mal en moi. Peut-être que je délire ?! C'est comme si j'avais une perte de mémoire quand je suis énervé. J'ai l'impression d'avoir deux personnes en moi, une personne gentille comme moi et quelqu'un qui m'a fait du mal, mon oncle. C'est lui qui m'a mis le mal. Y'a deux personnes qui m'ont mis du mal en moi, c'est comme si j'étais un robot. »*

Ce retrait massif de sa subjectivité, jusqu'à une certaine déshumanisation, cette solution délirante ou perverse (le retrait de la subjectivité du robot peut aussi signifier l'absence de responsabilité) s'exposerait dans un traumatisme actuel attractant et traitant les précédents. Alors que Denis nous parle de ces deux personnes qui « lui ont mis du mal », nous le questionnons sur cet autre que l'oncle qui l'aurait fait souffrir et suit l'exposé d'une scène aussi récente que terrifiante, scène perverse où Denis laisse se déployer la jouissance destructrice d'un autre, s'y soumet.

Peu avant notre entretien, le jour de ses seize ans, Denis a dû participer dans son foyer, la nuit, à une véritable messe noire empreinte de rituels pseudo-religieux, humiliants et violents à laquelle il n'a pas pu s'opposer. Devant deux autres adolescents, Denis a dû boire de l'alcool avant d'être violemment frappé (son agresseur lui a notamment cassé une queue de billard sur le dos et a obligé un autre enfant à lui donner des coups de pied au visage). Menacé de mort, il a ensuite dû faire une fellation. Denis a ensuite dormi avec les trois adolescents, dont son agresseur, le dos en sang et craignant de mourir.

Denis n'a pas révélé ces faits « par peur du juge » mais remarque immédiatement *« ça m'a fait penser là à l'histoire avec mon oncle. Je l'ai sucé mon oncle, je m'en rappelle. Je me souviens pas de l'histoire des fesses. »* Suite à cette séance et notre proposition, Denis fera part de son agression à ses éducateurs, déposera plainte et son agresseur, Yvan, sera interné dans une clinique psychiatrique.

Rapports sexuels et violence physique semblent constamment intriqués dans les évocations et fantasmes de Denis, ce dernier nous demandant d'ailleurs si nous avons déjà connu cette peur des relations sexuelles, d'être violé ou de violer. Pourrions-nous le comprendre ? Le fantasme de scène primitive, lorsqu'il tente de s'organiser, ne paraît le faire que dans un accouplement violent qui pourrait engendrer un monstre. Ce monstre, cet enfant trop tôt sevré, abusé-abuseur, le seul à porter le nom d'un père « bizarre » fuyant une « mère coureuse » lutte aujourd'hui contre son engendrement par la perversion ou l'homosexualité. Le rapport sexuel avec son petit frère pourrait être pensé comme un auto-désengendrement.

La séance suivante amènera l'exposé de la deuxième théorie du soin de Denis : celle de l'évacuation après celle de la remémoration, liquider le trauma après s'en être souvenu. Denis nous dit en effet alors qu'il va mieux mais une nouvelle question condense une partie de ses expériences traumatiques : « *C'est qui mon agresseur ? Yvan ou mon oncle ?* » Poser cette question souligne à la fois la confusion, la collusion des différents temps mais aussi peut-être un début de différenciation.

Denis n'hésite pas à nous faire part d'une certaine agressivité ressentie à l'égard de Frédéric, qu'il met très rapidement en lien avec le fait qu'il n'a pas encore assez confiance en lui pour rester seul avec son frère : « *Je suis pas encore prêt à dormir avec lui mais je suis sûr de pas le faire. J'ai pas envie mais j'ai peur d'avoir envie à un moment, j'ai peur de lui faire du mal. C'est comme si j'avais été l'oncle et lui à ma place, ça fait revivre ce que j'ai vécu.* »

Ses théorisations de la répétition traumatique sont fréquentes chez Denis, ressenties par les psychologues à la fois comme des tentatives perverses d'innocentation et une recherche de causalité par des liens plutôt établis par sa mère, son beau-père, des psychologues ou le juge que par Denis lui-même. Ce que Denis qualifie de « bêtise » (l'agression sexuelle sur son frère) est parfois mis sur le même plan qu'un larcin.

Les « appels » au juge sont ainsi fréquents : c'est grâce au juge qu'il a compris l'interdit, la gravité de son acte, le fait que ça pouvait faire du mal à son frère, que ça lui était arrivé au même âge et que lui a été puni contrairement à son oncle.

Ses essais de théorisation ou d'explication obturent quelquefois un peu les entretiens et paraissent tout à fait artificiels. Ils nous feront même douter, dans un premier temps, de la réalité de sa première agression.



Denis aborde bien entendu très difficilement la question de sa culpabilité, y compris sur le plan judiciaire. Il décide de ne plus penser à sa « bêtise », voire de ne plus penser ; seule la sanction de l'enfermement (on retrouve là peut-être les angoisses claustrophobiques) l'effraie. Peu après son jugement Denis rêvera passer de la prison à la peine de mort : « Le juge me donne deux ans avec sursis, je vais en prison et suis mis à la peine de mort. » Eviter la sanction de l'autre reste encore plus important qu'éviter sa souffrance, la crainte des actes se mesurant à l'aune de la sanction.

Après un an de thérapie je reçois Denis seul alors que Judith a prévenu de son absence (Denis a donc préféré maintenir la séance). Cet entretien est étonnant et riche autant par le contenu abordé que par la charge contre-transférentielle.

Denis attendait en effet impatientement d' « être seuls entre hommes » pour me poser une question liée à une angoisse récurrente, celle de ne pas maîtriser sa force, d'être tout entier emporté avec elle, débordé par un choc pulsionnel.

Ainsi se formule l'adresse : « *Est-ce que c'est normal d'avoir une érection d'un coup comme ça ?* (il fait allusion à un moment où il était seul dans sa chambre). *Ca m'a inquiété que ce soit d'un coup. Mais si vous me dites que c'est normal je m'inquiéterai plus. Imaginez devant une fille, d'un coup, c'est gênant ! Comment on fait pour maîtriser ? Elle me dirait « pourquoi tu bandes ? » C'est gênant, c'est la honte devant un public ou une fille.* »

L'interprétation de ce questionnement, y compris bien entendu sur la scène transférentielle (en l'absence de ma collègue, entre hommes) est évidemment multiple et complexe.

Mais ce sont les prochaines associations qui en garantiront une certaine validité. Ainsi, alors que je renvoie à Denis que je saisis bien sa gêne et le choc que provoquent en lui ses érections non maîtrisées et lui demande de quel danger cette gêne pourrait le prévenir, il reprend son questionnement avec une chaîne associative portant sur la toxicité, le bébé-poison, le sein contaminant d'autres enfants. Sous l'apparente sexualisation du discours initial se cache le vrai choc, celui du bébé, une blessure narcissique fondamentale. Voici le cheminement de sa pensée.

Denis insiste : « *Il faut faire attention de mettre un préservatif, de pas avoir un enfant.* » Je lui rappelle qu'on ne met pas seulement des préservatifs pour cela. « *Mais le SIDA c'est quoi ? Ca s'attrape comment ? Par la voix ? Je préfère vous demander à vous qu'au foyer, je vous fais confiance, eux pourraient me dire des conneries.* »

Alors que je lui réponds sur le mode de transmission, Denis enchaîne sur cette idée de contamination : « *Est-ce que c'est dangereux si une femme qui vient d'avoir un enfant boit son lait ou le donne à d'autres enfants ? Moi je dis que le lait est pour le bébé à venir. Ma mère ne m'a pas allaité longtemps, j'ai été le plus vite à manger à la cuiller, elle pensait qu'après un an on n'allaitait plus.* » Denis semble avoir grandi trop vite et en reste comme harcelé pulsionnellement, de l'intérieur. Sa perversion viendrait traiter un narcissisme malmené, elle pourrait cicatriser, cautériser par des objets substitutifs des failles beaucoup plus anciennes.

Le bébé rejeté serait devenu un fantasme destructeur, omnipotent et visant à défendre, préserver Denis. Le bébé monstrueux qu'il aurait été, « spécial », serait réactivé par le choc de l'érection. Nous ne serions pas loin ici de la conception du fétiche chez Freud, suturant le clivage : Denis aurait fabriqué un fétiche faisant tenir ensemble ses parties du Moi, acceptant et déniait la castration.

Son moi, clivé devant le traumatisme du bébé-pas-préféréré, tenterait de se suturer par ce fétiche. Nous retrouverons souvent chez Denis cette modalité de cicatrisation d'angoisses psychotiques, voire d'hallucinations.

Je lui rappelle que sa mère vient d'avoir un autre enfant, Denis répond :

-« *Mon petit frère aura un an vendredi, elle l'allaite et ça m'inquiète, ça va être dur pour le faire arrêter, il prend déjà le sein pour dormir ! Tous mes frères ont été allaités longtemps, y'a que moi qui ai pris la tétine Mais qu'est-ce que j'avais de spécial ? Elle les a tous allaités après un an sauf moi ! J'ai aussi marché le plus tôt, à onze mois !* »

-*Alors vous seriez celui qui aurait grandi le plus vite, marché le plus tôt, celui qui aurait été le moins allaité ?*

*-Ma mère a habité avec mon beau-père en 1993, j'avais quatre ans. J'avais cinq ans quand elle a eu Gyslain. Quand j'ai eu mon premier...euh Gyslain...j'ai voulu lui apporter un ballon de foot à la maternité. On me l'a raconté, les parents ont beaucoup de mémoire, ça m'étonne !*

*-Vous le voyiez déjà un peu plus grand qu'il ne l'était en réalité. C'était un bébé, il venait de naître...*

*-Le vrai problème c'est mon oncle, c'est pas Frédéric ! C'est pire ! Moi j'ai jamais fait boire mon petit frère, lui me faisait boire ! C'était injuste, ils me faisaient toujours dormir avec le même oncle, Sylvain. Tu coucheras avec lui, on me disait ! Je l'ai dit à mamy et après il dormait de temps en temps dans le couloir ou dans un autre lit. Mon grand-père se réveillait à sept heures pour rentrer les vaches, c'était l'horreur ! Ce qui me fait le plus peur c'est de pas contrôler. »*

Dans cet échange, l'érection n'est pas vraiment associée à la sexualité. La véritable question de Denis est la suivante : qu'avais-je de spécial (mais dans le sens d'un défaut peut-être plus que d'une exception) pour ne pas avoir été allaité comme mes frères, pour qu'on me prenne comme bouche-trou (ce terme reviendra fréquemment par la suite, nous pourrions le lire comme un pictogramme) ? Cette rivalité fraternelle n'est que d'apparence oedipienne, la question est avant tout narcissique, voire existentielle, vitale.

L'interprétation en terme de défaut de l'objet primaire, de blessure narcissique s'accompagne d'une autre. En choisissant une scène homosexuelle excluant Judith, la femme/mère thérapeute, pour exposer l'angoisse devant l'érection de son sexe, la peur d'avoir été contaminé, intoxiqué au point de grandir monstrueusement vite, Denis fait disparaître cette scène primitive violente en la transformant en une relation homosexuelle. Lui, cet enfant spécial, pas comme ses frères, se désengendrerait dans une relation homosexuelle violente. La scène de l'entretien rappellerait les deux scènes de viol : celle d'un enfant en prise avec une érection monstrueuse et non maîtrisable.

Dans un monde pervers, mieux vaudrait faire l'économie de la différence des sexes et des générations. Forcer ou séduire l'autre éviterait de se penser comme le fruit d'un accouplement monstrueux.

Cette scène, très particulière puisque ce sera la seule dont l'un des trois protagonistes sera exclue, attracte et amplifiée à la fois la problématique de Denis et le risque de son traitement. En nous interpellant ainsi aussi directement (comme lorsqu'il demande à Judith ce que ça lui ferait si on la traitait de « grosse pute »), en le faisant de la même façon avec moi seul, il nous intruse et nous viole dans un mouvement pervers mais nous explore aussi dans une tentative d'élaboration, de guérison.

Denis éprouve autant la jouissance de nous sadiser, de nous pénétrer que le besoin de nous visiter, d'explorer en nous ce qu'il ne connaît pas ou mal. Rejeter d'emblée ses demandes ou questionnements récuserait ses tentatives de subjectivation et exciterait sa perversion. « Faire les psys » et ne le renvoyer qu'à lui-même le renverrait aussi aux seuls aspects pervers.

La distance apportée par une interprétation soulignant notre compréhension de sa confusion et de sa difficulté à saisir ses mouvements internes (le choc de l'érection par exemple) pourrait permettre un renvoi suffisamment chaleureux et distant.

L'accent mis sur le processus en œuvre et sur les aspects dépressifs (mêmes rares – ceux qui essaient de se confronter à la souffrance et à la pensée-) paraît indispensable. C'est ce que j'ai maladroitement tenté de faire en retournant à Denis le flou de la gêne qu'il ressentait face à sa propre érection mais aussi l'intérêt, le sens et la dynamique de cette gêne. Quelque chose comme « J'ai bien entendu le choc de ce traumatisme mais aussi votre difficulté à le définir, à le ressentir. A quoi cela pourrait-il ressembler et servir ? De quoi cela pourrait-il vous prévenir ? »

L'entretien se termine peu après, Denis me rappelant que son jugement aura lieu le mois prochain. La condamnation sera la suivante : six mois de prison avec sursis, l'obligation de soins et de consulter un sexologue, l'interdiction de sortie du territoire et le placement au foyer jusqu'à dix-huit ans. Denis se félicitera de ce procès et des suites (on s'occupe beaucoup

de lui) comme des changements apparus chez lui (tous les intervenants ont signalé ses progrès lors du procès).

Denis reviendra simplement la séance suivante sur cet entretien en s'excusant auprès de Judith : *« Je préfère parler à un homme, je vous insulte pas en disant que vous n'y connaissez rien mais si par exemple vous attendez un enfant, vous préférez que ce soit un homme ou une femme qui s'occupe de vous ? »*

Une fois encore, la question essentielle concerne bien la façon dont un environnement va s'occuper de lui ou pas, peut-être même la façon dont on peut le porter. Sa remarque montre également un début de différenciation, Denis ne parlerait pas des mêmes choses ou de la même façon à un homme ou à une femme.

Pendant de nombreux mois Denis dira sa pleine confiance en les thérapeutes et continuera à théoriser son soin comme une évacuation, une liquidation du trauma : il vient ici pour « vider son sac », « régler ses affaires », « expliquer ce qui s'est passé ». Il soutiendra que « l'affaire de son frère » est réglée mais aussi qu'il a peur de recommencer :

*« Avec mon frère des flashes reviennent à table ou devant la console de jeux, c'est bizarre. C'est comme une piquée dès qu'il est près de moi, une décharge électrique. J'ai peur de recommencer ; à table je veux pas qu'il soit à côté. Un jour à table ma mère m'a regardé dans les yeux et Frédéric m'a dit « Je t'ai jamais détesté alors arrête tes conneries ! » ; j'ai compris. C'est comme si j'avais pris de l'électricité d'un coup. J'ai la même piquée au bras, d'un coup, comme une crampe, quand Marcel me demande de le resservir à table. C'est pour me déconcentrer, me faire comprendre quelque chose. Je suis resté figé un moment. Le flash c'est comme si on regardait un film du début et je revois la scène d'agression avec mon frère (le premier flash s'est produit à table quand sa mère parlait de sa propre mère). »*

Denis décrit ainsi chronologiquement une piquée (le coup traumatique dont il parle souvent), un flash, une fixation temporelle et physique puis enfin un « trou noir ». Ce scénario s'est vérifié plusieurs fois en présence de Frédéric : *« Comme s'il me lançait une onde pour me faire penser et me dire de pas recommencer. »* Cette séquence s'est aussi

produite devant le juge. Des sensations paradoxales y sont associées : « *Ca me fait mal mais je sens rien.* »

Les deux thérapeutes ont beaucoup de mal à saisir la chronologie des faits décrits. La temporalité est écrasée, les épisodes traumatiques sont confondus, collabés. Denis remarquera d'ailleurs pertinemment : « *J'ai tout compacté avec ce que mon oncle m'a fait, comme si j'avais collé des photos dans le mauvais ordre.* » Psychologues et patient essaient cependant de décondenser les différentes scènes jusqu'à replacer la chronologie suivante :

- De cinq à sept ans les agressions de son oncle qui le faisait boire
- Entre treize et quatorze ans les agressions sur Frédéric qui avait alors de cinq à sept ans
- Des flashes à treize-quatorze ans après que sa mère lui a demandé de se souvenir (il revoit deux scènes de fellation et de sodomie).

Les séances continuent, s'appuyant désormais plus clairement sur des blessures narcissiques, comme lorsque Denis parle de son grand-père qui le considérait « comme un Mongol », le faisait travailler dur à la ferme.

Peu à peu aussi s'élabore une autre conception du soin : à l'évacuation succède l'idée de « *Tout classer comme il faut parce que c'est en vrac dans ma tête* », le projet de « *revivre une vie normale* », d'« *apprendre à ses frères comme elle est pas jolie, comme elle est garce la vie.* » D'apprendre enfin des choses pour lui.

Il est intéressant d'observer comment la clinique et les théories du soin évoquées par Denis s'engagent vers un véritable travail élaboratif : aux demandes de calmer ses pulsions (Denis viendrait trouver/créer un dispositif auto-calmant), d'exorcisme (il y aurait « le mal » en lui, ce phallus malveillant que nous pourrions mettre en lien avec le harcèlement de flashes quasi-hallucinatoires), au mal projeté et accueilli dans le dispositif succéderaient des demandes plus complexes.

Ainsi par exemple naît l'idée que le dispositif pourrait l'aider à rassembler sa pensée (Denis use souvent de différentes images de compactage, sa continuité narrative progresse entre les séances).

Judith et moi, à deux, pourrions peut-être plus facilement rassembler ses pensées dissociatives. Denis tentera peu à peu de « décompacter » sa pensée, délier les éléments confus pour mieux les articuler.

Dans cette idée, tout traumatisme peut aussi être pensé comme tentative de décompactage, de décondensation : C'est bien Frédéric, l'enfant préféré, qu'il sodomise, pénètre. Pénétrer Frédéric c'est aussi pénétrer sa mère pour y retourner, chasser la bébé gardé par sa mère par derrière et l'envoyer aux toilettes. C'est remettre à leur place les objets, les imagos.

Plus généralement, Denis essaie de symboliser ses expériences parfois de façon un peu instructive (par le juge, la loi humaine) mais le plus souvent de façon intrusive, en pénétrant et visitant ses expériences, son histoire, les thérapeutes et le dispositif pour mieux discerner ses éprouvés informés.

Denis aborde d'autres blessures dans un discours plus dépressif, teinté de désillusion, de déception.

Sa mère rentrait tard le soir quand elle vivait avec son père, elle « courait ». Son beau-père actuel était l'ami de son père qui est parti « *parce qu'il était jaloux de lui et couvrait la famille de dettes* » Une mère qui le délaissait peut-être pour s'occuper de ses amants est évoquée : « *Mon père a été aveuglé par tout ça, il est parti. Mon beau-père a voulu me faire comprendre que ma mère, peut-être comme toutes les femmes, était louche. Elle le faisait aussi quand j'étais là. Elle n'arrêtait pas de courir quand j'étais petit, je l'ai connue comme ça.* »

Au regret d'une mère excitante et décevante sont associés la colère contre son père et le doute sur tous les liens de parenté ou presque : Marcel est-il vraiment le fils de son beau-père ? Est-il vraiment son frère ?

Viendront ensuite l'évocation avec émoi et naïveté de ses premières rencontres amoureuses. Denis ne pense pas à la sexualité « *de peur que ça arrive d'un coup et de faire une connerie* ». Il nous expliquera ainsi « *Je mets tout dans le même sac dès que j'entends parler de sexualité* (toutes ses agressions comme ses rapports envisagés avec les filles). »

Une consultation en sexologie participera à entretenir cette conception (par un recentrage sur les données hormonales). Concernant ses petites amies, au désir de « *trouver l'âme sœur, une fille pas vulgaire* » fait écho la peur de servir de « *bouche-trou* ».

L'erreur du psychologue, mais avant tout du juge, c'était de ne pas entendre que la sexualité n'était qu'un prétexte. Envoyer Denis chez un sexologue, c'est presque reproduire une confusion des langues, parler sexualité crûe, technique, là où il est question d'une scène dont est seulement venu s'emparer le narcissisme. Scène où Denis n'est pas aimé, pas assez allaité, moins que ses frères, où il marche plus tôt pendant que sa mère court ailleurs, l'abandonne.

Prenant des vessies pour des lanternes, juge et sexologue ont confondu sexualité et tendresse, érection et pleurs de bébé, plaisir sexuel et narcissisme, risque de viol et angoisse d'abandon. Il ne faut cependant pas nier les aspects réellement pervers de cette problématique. Denis utilise la sexualité à des fins narcissiques (elle deviendrait un objet « ustensitaire » selon la définition de P.C. Racamier –rappelons d'ailleurs que les seules expériences sexuelles exposées par Denis consistent à violer son petit frère, être lui-même violé par son oncle ou Yannick, ou se masturber la porte de sa chambre ouverte).

Le terme de bouche-trou reviendra sur plusieurs séances : sa copine l'aurait bien « pris pour un bouche-trou » avant de lui dire qu'il était « vicieux, vicelard ». Peut-être pourrions-nous voir là un condensé, dans la clinique et le langage de Denis, de l'échec du pictogramme mamelon/bouche (pictogramme de rejet) et de sa tentative de cicatrization par la perversion. Cela ne vaut bien entendu que parce que l'ensemble de cette clinique pourrait bien s'articuler sur cette hypothèse. « *Je ne comprends pas pourquoi elle m'a pris pour un bouche-trou* » pourrait ainsi venir en écho au sevrage ressenti comme précoce par rapport à ses frères.



A la piquée interne, sorte d'amorce, d'angoisse signal servant à alerter d'un danger interne (comme l'érection ou le plaisir à violer) répond pour l'alerte au danger externe le bouche-trou.

Le risque serait alors d'être pris pour un bouche-trou dans un scénario pervers. Il est d'ailleurs assez aisé de comprendre à quel point le dispositif peut réactualiser, réactiver, revisiter cette question.

Les deux sources du danger, interne (la piquée de l'érection) et externe (le bouche-trou), sont ainsi exposées, explorées par Denis. A travers des scénarios pervers ou sexualisés en surface, il s'agit bien de questionnements extrêmement archaïques concernant probablement un temps antérieur à la constitution des premières enveloppes.

Par rapport à ces menaces venant de toute part, l'appel au juge des enfants, aux conseils des éducateurs et à la bienveillance des psychologues, parfois dans un discours un peu plaqué, artificiel, pourrait être mal interprété. En partie tentative de séduction, en partie peut-être aussi essai de composer dans un scénario pervers, il s'agit également de commencer à bâtir un surmoi quelque peu protecteur, quitte à ce que les premiers interdits soient portés de façon externe par d'autres dans un premier temps tout au moins.

Etre « vicieux » pour Denis, comme le qualifie son amie, c'est « *mater quelqu'un, avoir envie de faire l'amour, pointer une fille.* » Alors qu'il semble lire un questionnement sur le visage de Judith, Denis rétorque « *Vous comprenez vous (à moi) ! Vous (à Judith), vous pouvez le dire à votre fils.* » Encore une fois, la scène des entretiens vient tenter de traiter des éléments pervers au milieu de tentatives de différenciation.

Au milieu de progrès remarquables par son entourage éducatif, familial et scolaire (Denis se concentre plus facilement, est plus calme), la confrontation de Denis avec Yvan, son agresseur au foyer, en rappelle douloureusement une autre : Denis regrette de n'avoir jamais pu parler et dire « *il m'a volé* » devant son oncle au commissariat : « *Si ça se reproduit je fermerai pas ma gueule devant lui comme quand j'étais petit, je le regarderai dans les yeux, je ferai pas la tapette, je me pissurai pas dessus.* »

Alors que nous relevons ce lapsus en fin d'entretien (Denis prononce « il m'a volé » au lieu de violé), Denis réplique : « *Je trouve que vous jouez beaucoup sur les mots. Voler ou violer c'est pareil car tu passes devant un juge.* » Denis continuera longtemps à parler indifféremment de « bêtises » pour tous les délits ou crimes, à juger également tout acte à l'aune de la sanction.

Cette dernière confrontation avec Yvan provoquera de nouveaux flashes associés à ses rencontres amoureuses :

« *Quand j'embrassais mon ex, on aurait dit des flashes programmés automatiquement, des flashes de mon oncle ; j'ai l'impression d'être dans l'image mais plus grand. Je suis dans la scène : mon oncle me viole, me fait des fellations. C'est des images qui me préviennent de quelque chose. Une image noire et d'un coup une lumière apparaît. En embrassant ma copine j'ouvre les yeux et je ne vois pas l'image en entier. J'ai aussi des flashes de Yannick qui me tape et de l'autre qui me soigne. Ca vient quand je suis détendu.* »

L'énigme est violente et harcelante : « *Je ne comprends pas pourquoi ça me fait un truc comme ça quand je suis avec ma copine.* » Le plaisir de la bouche sur lequel va se développer une longue chaîne associative rappelle à Denis celui d'embrasser, de manger et du viol (« *Mon petit frère m'a fait une fellation* »).

Mais l'intervention des propos médicaux du sexologue à ce moment consulté vient clore toute élaboration : « Un nerf de la moelle épinière provoque l'érection », la phrase retenue par cœur verrouille toute pensée plus subtile.

Peut-être pour nous rassurer ou pour souligner la confusion dans laquelle nous sommes, Denis finit par dire : « *J'ai eu une réponse avec vous aujourd'hui sur la bouche, ça va mieux !* » Cette réponse est-elle explicative comme le « nerf » du sexologue ou permet-elle à Denis de mieux penser le moment du choc du baiser ?

Denis continue de progresser dans son expression et sa pensée. Ses propos s'affinent, gagnent en continuité d'une séance à l'autre. Des questions le poursuivent, de séances en séances, avec insistance : « *Pourquoi il y a autant de viols dans le monde ? On va avoir du travail aujourd'hui, c'est une double question : pourquoi autant et pourquoi on viole ?* »

Comme souvent les tentatives d'élaboration se heurtent, se mélangent à des éléments pervers tendant à la désobjectivation, à l'innocentation, à la causalité simple. Ainsi lors de cet entretien : *« Si tout le monde reproduisait, ça ne s'arrêterait jamais. Ce qui me chagrine c'est pas de forcer mais pourquoi on viole. Je sais que je suis dans le lot. J'ai produit (Denis utilise « produire » pour signifier « reproduire ») pour que mes parents comprennent. J'ai fait ça à mon frère pour parler des pulsions. Quand je viole mon petit frère c'est pas pareil qu'un adulte qui l'aurait violé, il aura moins de prison. Je suis gêné pour mon petit frère, j'essaie de me mettre à sa place, je l'ai vécu. »*

Une nouvelle fois advient la question de ses origines et d'une éventuelle toxicité de la transmission générationnelle. Denis vient d'apprendre qu'une mère allaitante peut transmettre le S.I.D.A. à son enfant. Si elle avait cette infection, sa mère pourrait-elle la transmettre à son frère ? Et pendant un accouchement ? Si son père avait eu le S.I.D.A., il l'aurait transmis à sa mère qui, elle, le lui aurait « donné » : il serait ainsi infecté sans le savoir.

Denis souhaiterait d'ailleurs connaître son père. Il a été reconnu par son père et porte donc son nom, il regrette de ne pas porter, comme son petit frère, le nom maternel. Avoir le même nom aurait permis de « fonder une grande famille ». Denis porte le nom de son père, les deux enfants suivants celui de son beau-père, le dernier celui de sa mère. Même son prénom est remis en question : il est trop difficile à écrire et aurait même été la cause d'un redoublement scolaire. La pensée magique s'articule ainsi au déni des origines et au refus de l'altérité.

La sensibilité de Denis se précise, son questionnement aussi. Il vient de rencontrer une camarade de classe qui a connu les mêmes difficultés (viol, père inconnu) et s'interroge sur ce qui l'a attiré et mis en confiance : *« Si ce n'est pas une coïncidence, alors c'est quoi ?! »*

Tout rapport sexuel n'est encore envisagé que de façon cataclysmique : *« Ca va foirer, ça va mal se passer, je vais pas lui faire plaisir. J'ai peur du viol et surtout qu'elle porte plainte si elle n'a pas aimé. Et si on se transmet le S.I.D.A. ? »* Comme toujours, le travail de pensée se noue avec celui de la perversion : *« Si je sors avec une fille de dix-huit ans, y'a détournement de majeur ? Moi je pourrai porter plainte contre la fille pour détournement de mineur si je sors avec une fille de plus de dix-huit ans. »*

Curieusement, ces éléments pervers, s'ils entravent bien sûr les tentatives d'élaboration, s'ils sidèrent parfois un peu les psychologues, s'ils leur font vivre des positions contre-transférentielles pénibles (tour à tour voyeurs, complices ou pédagogues par exemple), renseignent aussi sur la problématique de Denis et servent d'appui.

Ce sont en effet ces cicatrises de surface, ces tentatives de suturer les traumatismes qui dynamisent parfois les entretiens. Les refuser ou ne pas les entendre reviendrait à disqualifier le patient lui-même.

Dans l'histoire de ses traumatismes, la rencontre avec une mère décevante, insatisfaisante n'est pas moindre. Denis tentera à plusieurs reprises de l'innocenter, l'excuser : elle n'aurait pas eu une enfance aussi « chanceuse » que lui, il serait peut-être mort de faim si elle n'avait pas travaillé à nouveau, son grand-père « la prenait pour une bonne », ses parents ne s'occupaient jamais d'elle, elle gardait déjà ses frères à cinq ans...

Articulés à cette mère aussi idéalisée que décevante, pointent pour la première fois des éléments de culpabilité : « *Pourquoi j'ai fait autant de conneries à une mère aussi sympa, parfaite ?!* »

Cette famille est dévastée, faite d'abandons et de séparations (sa mère vient de se séparer de son beau-père, ses frères sont « partagés » entre les domiciles, grands-parents, oncles et tantes sont fâchés en raison de la dénonciation de Denis mais une autre « embrouille » plus ancienne serait à l'origine).

Elle semble contaminer tout l'entourage de Denis. Ainsi par exemple cette émission de télévision très célèbre où le témoignage de Denis sur l'agression de son frère, très reconnaissable et autorisé par sa mère (son visage était à peine flouté), a été diffusé à une heure de grande écoute.

Cette famille où l'on sépare les enfants de peur qu'ils n'aient de rapports sexuels est aussi celle où l'on nomme Denis parrain du dernier né. Aux injonctions paradoxales d'éloignement et de rapprochement, de froid et de chaud, Denis ne trouve qu'une seule réponse, judicieuse : il demande au juge des enfants son maintien au foyer après dix-huit ans.

La place réservée par Denis à sa psyché paraît augmenter. Il décrit avec plus de nuances et de précision ce qu'il vit ou fantasme, comme cette scène où des images défilent très vite, qu'il ne peut distinguer, et où il est à la place de son oncle, son petit frère étant à la sienne. Ces images dérangeantes, harcelantes, surviennent lors de sa déposition au sujet de l'agression par son oncle.

Les métaphores cinématographiques sont souvent de règle, exposées comme des images se succédant plutôt que s'organisant autour d'un scénario : *« C'est comme un tourbillon, j'arrive pas à en sortir. Quand je l'ai fait à Frédéric j'ai ressenti comme si c'était moi à sa place. Frédéric est devenu mon oncle et moi l'agressé. J'arrivais pas à en parler, c'est Frédéric qui a fait le dé clic. »*

Pointe finalement la figure d'un beau-grand-père rassurant, qui prenait le temps de lui expliquer, décortiquait : *« Comme s'il était à ma place, il décompactait tout. Il était fou de maths, j'essaie d'avoir de bonnes notes pour lui. Je veux lui prouver, comme par exemple prouver à quelqu'un qu'on est innocent. »*

L'apaisement se fait aussi sentir dans les relations de Denis avec le foyer, sa famille, le lycée. Des projets d'étude et professionnels sont évoqués, souvent mis à mal par un manque de travail et peut-être de capacités de pensée. Denis parvient à sortir de l'enseignement spécialisé et fait des projets de « vie plan-plan », travaille énormément à la ferme familiale, lors de ses stages ou pendant les vacances.

La question de l'intime et du public reste bien entendu très complexe pour Denis. A l'image de ce que son entourage lui a fait vivre (comme la diffusion du documentaire télévisé, les nombreux fax du foyer ou les rapports d'expertise qui nous sont adressés), Denis ne différencie pas facilement ces deux registres.

Il est aussi évident que l'espace thérapeutique, s'il est un lieu où cette question peut être travaillée, est aussi celui où elle peut être pervertie en faisant par exemple de la sexualité une conversation de salon, en acceptant une position de voyeur, en étant excité par ses propos ; même les essais des psychologues de déconfusionner, de différencier risquent de participer à cette perversion en traitant ce matériel comme un autre.

Denis révélera à deux de ses camarades ses secrets, ne paraissant pouvoir partager leur amitié qu'à ce prix mais craignant aussi d'être considéré comme un bourreau ou un violeur. Il fera d'ailleurs patienter ses amis dans notre salle d'attente.

Il devient majeur et parvient un peu plus à saisir son excitation, la complexité de son histoire, l'idée peut-être qu'il préférerait ne pas la connaître.

Il s'interroge enfin sur la possible colère et souffrance de son frère, la peur qu'il pourrait susciter. Sa culpabilité, enfin, est formulée. Clivages et failles narcissiques sont maintenant exposés presque consciemment :

*« Avec mes frères je fais le gamin, même majeur. Il y a deux parties en moi, comme si je me transformais : une partie a l'âge de mes frères, l'autre dix-huit ans. Je vois bien que c'est quand il y a mes frères, je veux ma mère à moi tout seul ; surtout Frédéric, c'est le plus petit de nous trois et il prend la plus grande part de ma mère. Avec Gyslain j'avais l'impression d'être abandonné, ça a été pire avec Frédéric, comme si on laissait un bébé dans un berceau devant une porte fermée. Comme si j'avais été jeté de la maison. J'aurais bien aimé être le dernier et avoir un grand frère. »*

Alors que je lui rappelle à ce moment la séance où Judith était absente (la mère ?) et où il me parlait du risque de l'allaitement, Denis me confirme *« Oui, c'est vrai, on peut toujours tomber malade en buvant le lait de sa mère. »*

Malgré ses progrès dans la confrontation aux aspects plus dépressifs, l'excitation de Denis ne cède pas, à la mesure du clivage mis en œuvre pour la contenir : *« Je suis à 50%, à la moitié de le refaire, y'a 50% de moi que j'arrive pas à contrôler. C'est seulement avec Frédéric, ça me rend nerveux (...). J'étais content pour la naissance de Gyslain, moins pour les autres. »*

Les progrès sont cependant évidents, Denis arrive même à présenter une véritable topique et une économie de sa psyché (50% qu'il arriverait à contrôler, 10% qui lutterait contre l'excitation ressentie face à Frédéric, l'envie de recommencer, les 40% restant ayant

« envie de claques »). Denis arrive à ce prix « juste à contrôler pour ne pas recommencer, mais c'est là. »

Denis parvient à pleurer devant son frère et lui faire des excuses après le procès, nous dit qu'il pourrait parler s'il craignait vraiment de recommencer, demande à nouveau son maintien au foyer.

L'idée d'un traumatisme effaçable, d'un choc ayant l'amnésie pour seul recours ne sera jamais abandonnée. La difficulté à s'approprier les traumatismes vécus passivement et activement reste majeure, le défaut de subjectivation bien présent.

Denis perçoit, se sent toutefois de plus en plus de l'intérieur. Des limites apparaissent, un contour, des débuts d'enveloppe. L'intérieur se forge. Sa force, ses ressentis internes sont nommés, un peu différenciés.

## 2-3-2 i) Lecture de la clinique selon le modèle topique proposé

Un des intérêts de mon modèle est, je l'espère, de tenir compte de la complexité de l'expérience traumatique. Il est aussi je crois de pouvoir supporter la notion de déploiement de l'expérience et ses propriétés d'indécidabilité. Il est enfin, et concernant plus particulièrement le cas de Denis, d'accepter différentes figures du traumatisme (pour reprendre l'expression de F. Marty).

Ainsi, on pourrait retrouver :

- Un noyau interne traumatique correspondant tout à fait à un objet qui serait « né dans la haine », dans son absence : la mère de Denis.

- Des excitations ayant rendu inélaborables par le Moi de Denis des événements de sa propre histoire (la naissance des ses frères, la disparition de son père ou de son professeur de catéchèse, le viol de ses frères, l'agression sexuelle qu'il a lui-même subie de son oncle et au sein de son foyer...).
- La non-qualification de ses vécus internes (sont-ce des bêtises ? Qu'est-ce que la piquée ressentie ? Que ressent-il face à une érection ou un baiser amoureux ?)
- Une suspension de la question de la topique de la réalité : la plupart de ses expériences sont à la limite de l'intérieur et de l'extérieur, entre Judith, lui et moi. L'objet traumatique ne serait pas immédiatement spatialisé mais modifié par des processus constants d'introjection, de projections, rêvé et fantasmé à plusieurs.
- Un processus traumatique sans cesse appuyé sur une réalité des objets extérieurs et de l'environnement de Denis.
- Une détransitionnalisation de la réalité (C. Janin) rendant compte d'événements venant redupliquer les fantasmes de Denis. Les zones de plis du ruban peuvent tout à fait rendre compte des « malheureuses rencontres » (Green, 1973) ou des « collapsus topiques » (C.Janin) entre fantasmes et événements où

*« (...) 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 ; c'est ce que j'ai appelé le collapsus de la topique interne. »<sup>639</sup>*

On voit bien à quel point Denis ne sait plus quelle est la source de ses excitations : ses frères, son oncle, sa mère, les psychologues, la « piquée » interne ? Il est d'abord incapable d'attribuer une origine interne ou externe à celles-ci.

Denis n'est plus « orienté » psychiquement, il n'est plus dans l'« épreuve de réalité » (Freud, 1917) : ses perceptions ne le renseignent plus sur ce qui est à l'intérieur ou à l'extérieur.

---

<sup>639</sup> Janin (C.), *Figures et traitement du traumatisme*, p.24.



Finalement, mon schéma topique permettrait de rendre compte de l' « inquiétante étrangeté » de l'expérience traumatique de Denis. Cela expliquerait aussi que, selon les zones où Denis spatialise son expérience (sur une face ou l'autre du ruban), des vécus importants de dépersonnalisation pourraient avoir lieu, y compris chez les psychologues, ces moments se situeraient, pour moi, toujours dans les zones de plis du schéma :

« (...) Ces situations sont souvent vécues comme de brefs moments de dépersonnalisation, ce qui souligne bien une des défenses les plus efficaces contre l'effet dévastateur du collapsus topique : tenter de séparer, de cliver, l'une des facettes de la réalité brusquement « détransitionnée » ; en d'autres termes, il s'agit de séparer, de « décoller », l'événement et le fantasme « collabés » dans leur rencontre. »<sup>640</sup>

- Une lisibilité des nombreux clivages fonctionnels (G. Bayle) tentant de suturer, reconstituer un fond et une enveloppe, en protégeant notamment (de façon fonctionnelle, dynamique et non pas structurellement) le monde interne de Denis des éléments de réalité extérieure trop déstructurants.

En reprenant le schéma topique proposé, je pourrais essayer de représenter en partie quelques éléments de l'expérience traumatique de Denis.

Le fond du cylindre serait constitué par la lutte incessante de Denis pour conserver une identité : que reste-t-il de lui lorsqu'il abuse de ses frères ou est abusé par son oncle ou Yvan ? Va-t-il disparaître avec l'érection ressentie comme un choc terrifiant ? Risquerait-il de se fondre dans l'image, d'y être absorbé (on pense à la scène du baiser avec sa petite amie) ? Comment pourrait-il rester identique à lui-même au milieu de tous ces chocs qui font éclater sa psyché, bouleversent sa topique ? L'enfant trop tôt sevré, sans nom, abusé-abuseur pourrait-il tout de même avoir quelque chose qui lui serait propre et assurerait sa continuité ?

Ces questions sont celles travaillées pendant les séances et celles aussi qui articulent le déploiement de son expérience traumatique au sein de sa thérapie. Tout le jeu des éléments

---

<sup>640</sup> *Ibid.*, p.25.

psychiques sur les rubans de Möbius vise, au milieu des confusions et des collapsus parfois produits, à permettre cependant une certaine souplesse qui, si elle ne se développait pas dans le cylindre, si ces éléments n'étaient pas attractés dans les zones de plis, serait une « souplesse de dupe », faisant seulement prendre l'un pour l'autre, empêchant de qualifier l'expérience (comme l'explication du sexologue face au choc de l'érection). Tel n'est pas toujours le cas.

Cette topique permet de saisir le jeu des éléments traumatiques. Denis évite l'« explosion », d'être tout entier embarqué par la violence et parvient, certes difficilement, à tout supporter en laissant se déployer son infirmité traumatique.

Le délire, la déshumanisation, les passages à l'acte graves sont ainsi en partie évités parce que les éléments qui composent l'expérience sont peu à peu subjectivés, qualifiés, « pliés » selon la topique.

La clinique laisserait deviner ce qui se trouve dans les plis de la topique de l'expérience traumatique de Denis. Ainsi, on y trouverait les éléments tentant par exemple de se décoller, de faire le « tri » entre ce qui appartient à Denis ou aux psychologues, entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'intrusion de l'objet et l'étouffement dans l'objet, entre le passé et le présent, entre le bébé monstrueux et l'adolescent abuseur ou victime, entre ce qui a été vécu passivement et ce qui peut l'être activement,

Ce qui permet de repérer ces zones de plis sont des observations cliniques portant à la fois la trace de la confusion des zones concernées et de leur tentative de différenciation. Ces traces sont en partie repérables dans la dynamique transféro-contre-transférentielle.

En voici plusieurs exemples :

- Le rêve fait par Denis la nuit de son arrivée au foyer de placement articule l'enfant agité qu'il était (agité par l'abandon parental et l'excitation incestueuse) et l'adolescent « raisonnable » qu'il serait devenu. Cette zone est encore assez confuse et, si elle porte bien une tentative d'organiser l'expérience (notamment dans la temporalité), est aussi empreinte d'un essai d'innocentation.
- Malgré la gravité de l'acte et la faible symbolisation que cela suppose, on peut envisager les agressions sexuelles commises sur ses deux frères comme des essais de

pénétrer l'objet pour l'expulser, de le pénétrer aussi activement pour éviter d'être étouffé. Elles ouvriraient donc, au sein même de passages à l'acte, l'organisation de couples comme expulsion/étouffement, mettraient en jeu les angoisses claustro-agoraphobiques.

- Le « choc » et la perte de mémoire survenue à sa suite permettent aussi de rassembler (pour les « compacter »/ « décompacter » dirait Denis) les chocs des agressions subies et commises, également les chocs de leur après-coup : « *Je me souviens d'une chose, ça a fait choc !* » est ainsi l'expression d'une zone de pli de l'expérience.
- L'interrogation de Denis « *C'est qui mon agresseur ? Yvan ou mon oncle ?* » essaie évidemment de décoller le passé et le présent.
- La « piquée » et les flashes ressentis par Denis se trouvent aussi dans les zones de plis des rubans. L'« électricité » ressentie (« Comme une onde ») délimite la surface d'excitation, participe à la constitution des enveloppes.
- Le fait de parler du choc de l'érection et de l'abandon maternel en l'absence de Judith, dans une faille du dispositif, permet (certes sur une scène présentant des potentialités perverses) d'envisager les différenciations père/mère, homme/femme, ce qu'on peut dire à l'un ou à l'autre...

Evidemment, si ces zones de plis des rubans comportent un réel potentiel organisateur et de relance de la vie psychique de Denis et de ses capacités de symbolisation, cela reste très modeste. D'autre part, il s'agit ici de points de rencontre et de distribution des « pôles de l'expérience » mais une partie importante de l'expérience traumatique de Denis se trouve éparpillée dans l'intérieur du cylindre, sans avoir encore pu être attirée/traitée dans les plis du schéma topique.

Une partie livrée à elle-même en quelque sorte, ne trouvant pas de zones où se plier, mais s'étendant et tourbillonnant de façon imprévue et angoissante. On observe cela par

exemple quand Denis réagit au fait que nous relevons son lapsus (« volé » pour « violer ») en disant que nous « jouons un peu trop sur les mots, que voler et violer c'est pareil ».

C'est aussi le cas lorsque Denis ne se voit plus dans l'image ou s'y fond (quand il embrasse sa copine), quand il répète qu'« *on est obligé de croire ce que les autres racontent* » (le sexologue, le juge, ses camarades après sa chute du télésiège, sa mère qui lui raconte son agression par son oncle...).

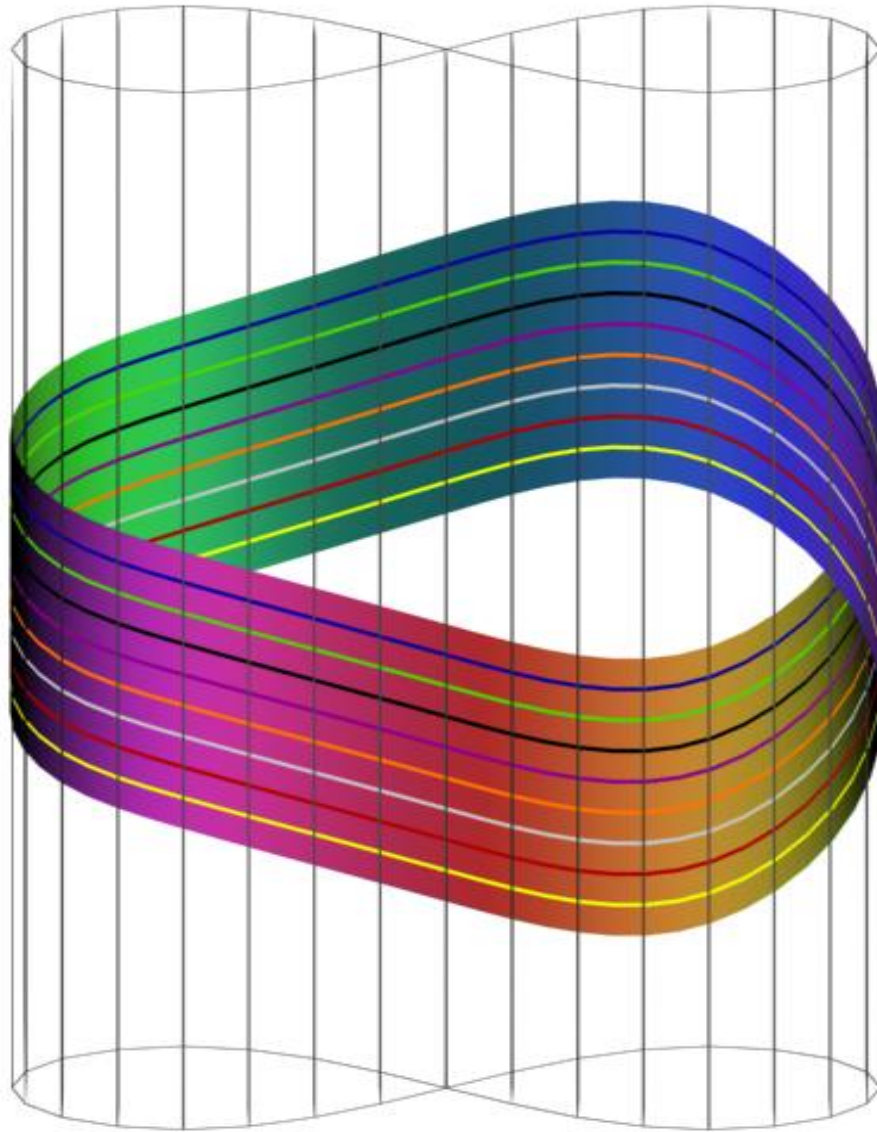
Ces éléments se déploient librement et dangereusement dans le cylindre topique, ils appartiennent bien à l'expérience et sont repérables (sans être localisables) mais ne sont présents qu'à l'état de flux libres, de tensions, d'angoisses pouvant faire implorer la topique, désorganiser l'expérience notamment en laissant libre cours à la jouissance perverse, au délire ou à la désobjectivation.

Le schéma de la page suivante représente donc à la fois les lignes (les rubans de Möbius) permettant d'attirer les éléments de l'expérience pour les différencier sur des couples d'opposés et le reste du cylindre, le fond contenant l'informité traumatique ne pouvant encore être circonscrite.

Cette partie plus « libre » contient donc les éléments les plus diffus et traumatiques de l'expérience, ceux qui essaient de dilater la topique au maximum, de la faire implorer. Ils poussent les bords du cylindre et évitent même de rencontrer les zones de plis, s'en détournent le plus possible. Pour eux, toute tentative d'organisation est dangereuse et limite leur expansion.

Ce sont des zones explosives ou en partie mortes (mais très actives) pouvant « embarquer » le sujet avec les aspects non traités et non encore symbolisables de son expérience. On les reconnaît chez Denis dans ses tentatives d'innocentation (être robot, délirer, nier la souffrance de l'autre ou se soumettre aux discours de ceux qui pourraient « statuer » à sa place sur son expérience : le juge, sa mère, les psychologues, le sexologue). On les reconnaît donc notamment dans le déploiement de la jouissance perverse.

On pourrait donc représenter ainsi (en partie seulement) la topique de l'expérience traumatique de Denis. Les lignes des rubans ne sont évidemment pas exhaustives, elles dégagent les axes majeurs d'organisation de l'informité (on se réfèrera au schéma de la page suivante) :



- Bébé rejeté, trop tôt sevré, spécial et monstrueux/Adolescent pervers
- Intrusion des objets (ses frères, les psychologues)/Etouffement
- Danger interne (la « piquée »)/Danger externe (le « bouche-trou »)
- Activité (pénétrer les objets)/passivité (se laisser pénétrer)
- Intérieur/extérieur
- Intrusion/exploration ou jouissance à pénétrer/besoin d'explorer
- Narcissique/libidinal
- Passé/présent

## 2-3-2 j) Dora et l'intrication traumatique

De nombreux auteurs ont déjà repris le célèbre cas exposé par Freud. Rappelons-le brièvement. En 1892, Philippe Bauer doit rester dans l'obscurité de longues semaines suite à un décollement de rétine, veillés par deux personnes : sa fille Ida alors âgée de dix ans et Madame K., charmante jeune femme malade dont Philippe Bauer a fait la connaissance.

Cet épisode fut vécu de façon traumatique par Ida, à l'inverse par Otto (fils de M. Bauer qui gardera un merveilleux souvenir du fait que la cécité partielle de son père fut assez vite compensée par l'autre œil de son père, pourtant jusque là considéré comme aveugle).

Pour Ida, les tendres soins apportés à son père ont sans doute quelque peu accéléré la survenue de sa psychopathologie.

En avril 1902, Ida Bauer (devenue Dora) demande à nouveau de l'aide à Freud après être brusquement partie de la fameuse séance du 31 décembre 1900. Elle semble aller mieux et reconnaît l'aide apportée par Freud. Elle a pu « s'expliquer » avec les K., Mme K. ayant reconnu sa liaison avec son père et M. K. la réalité de sa proposition au bord du lac.

Elle demande de l'aide à Freud en raison d'un symptôme « transférentiel », une névralgie faciale droite apparue pendant les congés de sa gouvernante en lisant la nomination de Freud au titre de professeur. L'interprétation transférentielle de Freud (comme auto-punition de son agressivité) est acceptée par Ida.

On sait aujourd'hui que si Freud a beaucoup fait allusion au transfert dans cette cure (et le transfert a même été évoqué avec la patiente), l'échec de cette dernière est sans doute en grande partie dû à la méconnaissance du propre contre-transfert de Freud.

Ainsi lorsque l'inventeur de la psychanalyse promet à Ida de lui pardonner de l'avoir « *privé de la satisfaction de la libérer de sa souffrance bien plus profondément* » comprenons nous qu'il ne pardonnera jamais vraiment à Dora la blessure narcissique qu'elle lui a infligée.<sup>641</sup> Ainsi aussi lorsque Freud ne comprend pas quel genre d'aide elle vient lui demander (peut-être peut-on penser que son retour chez Freud à l'automne 1900 était pour obéir à son père mais aussi pour que Freud se positionne, donne raison à Ida face aux

---

<sup>641</sup> On peut lire à ce sujet le travail d'analyse de M. Hanus et M. Strauss : « Dora. *Traumatismes sexuels et traumatismes narcissiques.* »

mensonges de son père, à ceux de Monsieur et Madame K., ce qu'il fera discrètement) ; il n'arrive pas à prendre très au sérieux sa demande, et pense à une tentative de séduction.

Dora se maria en 1904 mais sera malheureuse et malade sa vie durant. L'adolescente qu'elle était au moment de sa rencontre avec Freud serait peut-être devenue plus malade encore (F.Deutsch soulignera ses tendances paranoïaques ultérieures, l'épisode avec fièvre et délire peut aussi le laisser penser) si elle n'avait rencontré personne pour l'écouter. Pouvoir s'expliquer avec les K. et transférentiellement se venger sur Freud l'a probablement beaucoup aidée.

On voit dans cette cure qu'une compréhension théorique du transfert, même par le génie de Freud, n'est pas opérante sans être liée à la compréhension de son propre contre-transfert.

Reprenons avec M. Hanus et M.Strauss le fil traumatique à travers l'histoire de Dora, comme Freud lui-même s'y est attaché :

La scène du lac du 30 juin 1898 marque un début de désorganisation pour Dora. Elle écrit l'hypothèse d'un suicide, s'évanouit lors d'une dispute avec son père, est en conflit avec sa famille. Deux rêves tentent d'en traiter la charge traumatique. Qu'est-ce qui est le plus traumatique dans cet événement ? Probablement pas la déclaration de M. K. (interrompue par une gifle de Dora offusquée de la connotation sexuelle de la demande de M. K. : « ma femme ne me donne rien », expression d'autant plus maladroite qu'il l'a déjà employée pour séduire auparavant sa bonne avant de l'abandonner).

C'est peut-être plutôt le fait que son père ne l'ait pas crue et que Madame K. l'ait trahie à cette occasion qui est plus traumatique. Mais Freud, dans ses investigations pour retrouver la chaîne traumatique, s'est principalement intéressé aux traumatismes sexuels, laissant un peu de côté les traumatismes narcissiques. Même la scène du baiser dans la boutique de M. K. à quatorze ans (1896) n'est peut-être pas traumatique « en elle-même » ; c'est peut-être la manipulation d'un adulte envers un adolescent et le fait que tout cela soit tû qui le fut plus encore.

Les pratiques onaniques de Dora, enfin, déduites par Freud de l'éneurésie, ne permettent pas de réellement supposer que les actes masturbatoires aient été traumatisants (elle n'a pas été surprise, Freud aurait sans doute plus tard mieux insister sur l'idée d'une

scène primitive avec l'identification à son père malade suivant une scène de coït dont elle a surpris les bruits).

Son énurésie stoppe lorsque, de garçon manqué rival de son frère, elle renonce à l'énurésie, à la masturbation et devient malade, calme et bien élevée comme peut-être pourrait l'être une jeune fille.

L'étude du cheminement traumatique montre que l'impact traumatique se joue plutôt dans les relations avec son environnement, y compris son psychanalyste, que dans les événements vécus. Freud a souvent rappelé les éléments du trépied pathogénique (le traumatisme, l'hérédité et la constitution) et a constamment refusé de réduire l'étiologie à tel ou tel facteur.

Mais, lorsqu'il remarque dans sa lettre à Abraham du 5 juillet 1907 « Une partie des traumatismes sexuels dont les malades font le récit sont des fantasmes ou peuvent l'être ; la différence d'avec les traumatismes authentiques, qui sont si fréquents, n'est pas facile à établir », Freud ne s'interroge pas sur d'autres traumatismes tout aussi authentiques que fréquents que sont les traumatismes narcissiques.

Dans la chaîne traumatique de Dora, il reste difficile de savoir ce qui a été le plus traumatique : l'initiation à la masturbation par son frère, le brutal baiser de M. K., sa déclaration grossière deux ans plus tard ou encore le fait d'avoir été victime des manipulations hypocrites et mensonges des adultes ?

Plus encore, le traumatisme ne réside-t-il pas dans ce dont personne ou presque ne parle, la mère de Dora (ou plutôt les relations entre Dora et sa mère), Käthe Bauer, qui n'est pas plus au chevet de son mari malade qu'à l'écoute de sa fille ? Que s'est-il aussi passé pour Dora vers six ans lorsque le garçon manqué qu'elle était (en rivalité avec son frère) s'est transformé en fille sage et malade (Dora a probablement beaucoup craint de perdre son père à ce moment et s'est identifiée à ce père malade) ?

Elle entend alors des conversations d'adulte parlant d'une infection syphilitique (précédant le mariage de son père) mais ne peut en parler à sa mère, trop éloignée d'elle pour oser ce questionnement gênant.

De là naît aussi un fantasme nouveau : les hommes sont sexuellement malades et dangereux, ils peuvent contaminer (sa mère, et même elle). Le traumatique réside donc aussi



dans cette façon de taire la sexualité ou de l'entendre au milieu de cachotteries et maladies honteuses.

On peut aussi voir dans le fait que son père lui ait préféré Madame K. une importante blessure narcissique, comme le mensonge de son père et son refus de la croire en ce qui concerne la scène du lac.

Sa préoccupation sera en partie tournée dès lors dans la quête d'une reconnaissance de la vérité, de la réalité des faits pour cesser de douter et s'assurer, par l'intermédiaire des adultes et de son psychanalyste, de l'épaisseur et de la confiance en son monde interne, son épaisseur narcissique (la reconnaissance discrète par Freud de ces éléments sera très importante pour Dora).

Mais le cas traumatique peut se complexifier bien plus encore. L'idéalisation de Madame K. par Dora (elles partageaient la même chambre et M. K. devait alors aller coucher ailleurs, Madame K. lui faisant des confidences, probablement y compris en ce qui concerne la sexualité) et donc la déception qui s'en suivit est tout aussi traumatique.

La « blancheur ravissante de son corps » dont elle parle à Freud » fait penser à sa longue et rêveuse contemplation de la madone Sixtine de la chapelle de Dresde évoquée dans le second rêve.

Dans les notes ajoutées aux rééditions de son texte, Freud reconnaît l'insuffisance du transfert et insiste sur le fait qu'il a sans doute négligé l'importance de Madame K. pour Dora. Dora est en effet assez peu rancunière à son égard alors que c'est bien Madame K. qui l'a autant déçue, l'a initiée sexuellement, dénoncée et fait passer pour une folle. C'est peut-être elle qui l'a le plus traumatisée. C'est peut-être aussi l'absence de la mère de Dora (qui a permis cette idéalisation de Madame K.) qui, une strate encore en dessous, constitue le traumatisme premier.

Finalement, ce ne sont peut-être pas du côté d'un traumatisme sexuel avec les hommes qu'il faut seulement investiguer, un des traumatismes majeurs de Dora pourrait peut-être bien être entendu dans cet « en-creux » féminin et maternel : Madame K. qui délaisse Dora pour lui préférer son père et ensuite la diffamer.

Il serait aussi un peu trop facile d'interpréter de façon trop oedipienne ce traumatisme ; on peut le faire si on n'oublie pas non plus que Madame K. était investie comme substitut maternel et confidente avant d'être l'élue de son père, si l'on n'oublie pas non plus qu'elle a été investie comme telle parce que la place était libre, laissée vacante par la propre mère de Dora, étrangement et traumatiquement absente. Lewin propose d'ailleurs une

autre interprétation, plus maternelle, du premier rêve de Dora : la maison qui brûle représente aussi la mère de Dora et son corps.

Dora voudrait sauver sa mère mais aussi sa relation avec elle, séparée de la maison, elle serait aussi séparée d'elle. Le risque d'abandon est tellement fort qu'il la réveille. Dora mettra d'ailleurs cet abandon en œuvre, y compris dans sa relation avec Freud. On ajoutera bien entendu avec M. Hanus et M. Strauss une troisième interprétation pressentie par Freud, plus transférentielle : l'homme au pied du lit n'est pas seulement son père mais celui qui est à la tête du divan.

Dora attendait peut-être que Freud ne se consume pas avec elle, que la relation thérapeutique ne soit pas contaminée par la sexualité et surtout qu'il ne l'abandonne pas, que la relation se réchauffe narcissiquement seulement. A cette mère froide, précise et rude Dora espérait peut-être une réponse tempérée, chaude mais pas trop. La blessure majeure a peut-être bien été que Freud ne la retienne pas et qu'il ne la reprenne pas en traitement.

Mais l'histoire traumatique ne s'arrête pas là, ce serait négliger une nouvelle fois (après Freud) l'impact transféro-contre-transférentiel. Nous disposons de nombreuses pistes pour essayer de comprendre les difficultés de Freud à entendre cette problématique. Les erreurs de dates sont assez significatives, comme le nom choisi de Dora : il est aussi celui de la bonne de sa sœur, et nous connaissons l'importance de Monica Zajic, la première bonne de Freud et instigatrice de sa névrose comme de ses connaissances sexuelles ; cette bonne l'a séduit et flatté à la fois, Ida est également le prénom de la femme de Fliess, celui du dernier enfant des Breuer, c'est un personnage de *David Copperfield*, premier livre offert à Martha (et Freud a reconnu s'identifier à David Copperfield) ... Il est donc déjà surinvesti. Au « moment de Dora », Freud se dispute avec Fliess après l'avoir fait avec Breuer.

Il est clair que les difficultés de relations de Dora avec sa mère se répètent dans ses rencontres suivantes. Les chaînons traumatiques successifs acquièrent aussi de cette façon leur valeur traumatique : **chaque traumatisme attire la forme première, la réactive et essaie de la traiter dans le même temps.**

**Mais le traumatisme premier est peut-être plus proche de ce que Ferenczi avait pressenti, plus proche du silence**, d'une impression qui n'est pas perçue. Le silence d'une mère probablement, le silence froid de cette mère-ménagère :

*« Ainsi Dora souffre de ne pas se sentir aimée de sa mère. C'est un traumatisme du manque, un traumatisme en négatif, par défaut. »<sup>642</sup>*

Cette mère, trop prise par sa lutte contre le sale et la maladie, n'a peut-être pas pu porter une attention suffisante à Dora, cette dernière se servant plus tard d'une séduction aux objectifs plutôt narcissiques.

**Cette imago maternelle froide**, idéalisée et déssexualisée, celle de la madone Sixtine de Dresde, **attire peut-être la forme traumatique première, les défauts de la relation primaire.**

Il s'agit sans doute de veiller à ne rien perdre de tous les éléments en jeu dans cette chaîne traumatique. Il faut en percevoir la trame mais pas avec le seul fil du sexuel. Freud a très clairement insisté sur ce champ mais savait bien entendu qu'il existait les « autres traumatismes » (sur lesquels K. Abraham insistera plus) : ce n'est pas seulement l'excès, les excitations sexuelles abondantes qui ont traumatisé Dora, c'est aussi et peut-être même avant tout l'angoisse d'un abandon maternel, les blessures causées par ses proches qui l'ont oubliée ou qui ont douté d'elle.

Mais le dernier traumatisme ne doit pas être oublié, il concerne peut-être celui de Freud, narcissiquement blessé par cet échec partiel, ne gardant pas Dora en punition ou rétorsion de ne pas pouvoir l'intégrer dans son œuvre gigantesque comme une réussite thérapeutique.

Quelque chose du traumatique est venu empêché cela, en lien avec l'insuffisance d'une analyse contre-transférentielle, en lien également avec l'extrême difficulté, dans ce type de clinique, à garder présente **l'intrication de tous les fils traumatiques** : la demande d'amour de Dora, traitée sur un plan sexuel, était peut-être avant tout celle d'un étayage narcissique.

---

<sup>642</sup> Hanus (M.) et Strauss (M.), « Dora. Traumatismes sexuels et traumatismes narcissiques », p. 1316.

## 2-4 L'intérêt du modèle, sa possible application à d'autres champs d'expériences

On le sait depuis longtemps, aucun être humain ne peut se construire seul. C'est dans la rencontre avec son environnement extérieur que le monde interne du sujet se construit.

Ce modèle se veut dialectisant l'intérieur et l'extérieur, le subjectif (le « non-réel, le simplement représenté » disait Freud) et l'« autre réel », plus extérieur.

Le traumatisme active différents temps et registres, différentes modalités de traitement ; il met en œuvre des conflits et éléments à la fois narcissiques et oedipiens par exemple.

Le modèle proposé facilite la compréhension de ces va-et-vient, de ces échanges entre mondes interne et externe, l'un portant la trace de l'autre. Ainsi s'expriment A.Ciccone et A.Ferrant à propos de la question du refoulement :

*« Le subjectif n'est cependant pas « que » dedans. C'est plutôt une certaine façon d'être dedans et dehors qui est en jeu, une certaine rythmicité de la présence au-dedans et au-dehors. Avant d'être « simplement » représenté, le subjectif a été au-dehors à travers la fonction interprétative primaire de l'environnement. Le subjectif garde trace de ce transit externe, de la façon dont il a migré du dehors au-dedans, et surtout il garde trace de la manière dont l'objet a accompagné, soutenu ou freiné cette migration. »<sup>643</sup>*

On comprend bien aussi comment certaines des activités de la psyché (pour ne pas dire toutes) ne peuvent se comprendre autrement que par cette dialectique. Je pense évidemment aux expériences développées sur le continuum perception/hallucination (toutes diraient G.Lavallée), aux propositions de R.Roussillon concernant les *traumatismes perdus* ou à celles

---

<sup>643</sup> Ciccone (A.), et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.45.

de D.Winnicott au sujet de la *Crainte d'effondrement*, théorisations de la clinique très utiles à la compréhension des expériences traumatiques.

La position phobique centrale décrite par A. Green, souvent rencontrée dans les thérapies de pathologies limites et dans les expériences traumatiques, met en relief des processus défensifs utilisés par les sujets pour éviter de mettre en réseau les différents traumatismes dont la « connexion » serait synonyme d'une invasion de l'angoisse. Il est évident que cette théorisation, comme d'ailleurs celle de la traumatophilie de J.Guillaumin ou du collapsus topique exposé par C. Janin est tout à fait représentable sur mon schéma. Toutes les modélisations soulignant l'indécidabilité et l'ambiguïté du traumatisme sont aussi particulièrement développables sur ce schéma topique.

Inutile enfin de rappeler tous les auteurs et conceptualisations approchant la complexité topique du traumatisme, ces dernières sont entièrement exportables dans ce modèle (l'après-coup freudien, les travaux de la Tavistock Clinic, l'effondrement winnicottien, le traumatisme perdu de R. Roussillon, l'idée d'un traumatisme articulé à l'ensemble de la vie psychique telle que l'exposent A. Ciccone et A. Ferrant...).

Les solutions traumatiques, y compris les plus dynamiques, déjà évoquées dans cette thèse, apparaissent clairement : la fixation, le gel, le transfert, la coexcitation libidinale, l'hallucination... Elles sont représentables sur l'ensemble des zones du schéma.

Mais le modèle que je propose pour la compréhension des expériences traumatiques me semble donc exportable en dehors de ce champ. La topique développée permet de lire et de laisser se déployer les expériences psychiques selon les différents pôles qui les constituent (l'interne et l'externe par exemple, mais aussi le conscient et l'inconscient, l'hallucinoire et le perceptif, le dedans et le dehors, le présent et le passé, l'actif et le passif, le oui et le non...). Plus encore, elle permet de prendre en compte un véritable système de traces : la construction du modèle en bifaces développables rend possible la prise en compte simultanée de ces faces : le dedans peut être en contact avec le dehors, le pôle perceptif avec le pôle hallucinoire, le vide avec le plein...l'un porte trace de l'autre dans ses origines et son déploiement.

Prenons un exemple du caractère « exportable » de cette modélisation avec la question des différentes formes de « non » et de la honte<sup>644</sup>. Retenant trois contextes possibles dans la façon de dire « non » à un enfant, A.Ciccone et A.Ferrant distinguent :

- 1- Un contexte habituel où la condamnation de l'environnement est claire tout en reconnaissant le mouvement pulsionnel, condamnation portant seulement sur le mouvement pulsionnel et non sur le sujet.
- 2- Deux situations plus toxiques : les contextes confusionnel et de déni. Dans le contexte confusionnel, jugement d'existence (le mouvement pulsionnel) et jugement d'attribution (sa qualité, il « n'est pas bien ») sont confondus ; le tout et la partie ne sont pas distingués, le sujet et l'acte confondus (cela sera précisément source de honte) : « Cette indistinction entrave le processus de différenciation psychique et conduit à des confusions de zones. »<sup>645</sup> On passerait en quelque sorte de « ceci n'est pas bien » à « tu es sale », le sujet étant « abjecté » par l'objet le désinvestissant.

Dans le contexte de déni cette fois, c'est le mouvement pulsionnel de l'enfant lui-même qui est considéré comme non advenu : la pulsion elle-même est déniée. Il y a bien quelque chose mais qui n'est pas représentable.

Que se passe-t-il selon ces trois contextes en ce qui concerne la subjectivation de l'expérience, l'instauration de la honte ?

- Dans le cas le plus favorable (celui du refoulement), la partie du sujet à laquelle celui-ci a dû renoncer (partie reconnue et condamnée) est conservée au-dedans, crée de l'inconscient :

*« Le sujet se dédouble en une partie reconnue, prise illusoirement pour le tout, et une partie inconsciente logée au-dedans de la psyché. Dans ce contexte le sujet conserve l'amour de l'objet en construisant une topique psychique : le « non » est source de différenciation et de complexification psychiques. »*<sup>646</sup>

Narcissisme et lien à l'objet sont préservés.

---

<sup>644</sup> *Ibid.*, p.44 à 49.

<sup>645</sup> *Ibid.*, p.47.

<sup>646</sup> *Ibid.*, p.48.

On comprend bien dans cette situation comment la création de l'action de refoulement et donc d'inconscient se fait dans un mouvement intersubjectif dialectisant le dedans et le dehors, le « dédoublement » du sujet en porte la trace. Tout se passe également comme si la « zone du non » cristallisait un point de rencontre biface où se retrouveraient les pôles sujet/environnement, dedans/dehors, narcissisme/lien à l'objet, jugement d'existence/jugement d'attribution, conscient/inconscient, partie reconnue du sujet prise illusoirement pour le tout/partie inconsciente dans la psyché.

Le non devient un organisateur, comme pourrait être l'expérience traumatique, lisible et développable sur le modèle topique que je propose. Il cristallise des zones, temps et registres différents, organise l'expérience, en attire ses modalités d'organisation et/ou de désorganisation, et s'articule à la psyché toute entière (par l'instauration du refoulé et de l'inconscient) ainsi qu'à certains de ses organisateurs (l'instauration de la honte signal d'alarme par exemple)

- Je ne détaillerai pas les deux autres contextes, moins favorables, mais des observations identiques peuvent être faites. La dynamique du « non » provoque alors plutôt de la confusion que de la différenciation ; les mêmes pôles sont repérables mais le « ruban biface » se colle plus qu'il ne s'articule (il n'y a plus d'illusion mais de la confusion diraient A.Cicccone et A.Ferrant). Dans mon modèle, l'illusion d'optique et topique permet de rendre compte de ce phénomène : la topique que j'envisage, développée sur un cylindre, permet de voir les confusions comme le jeu de ces différents pôles, l'organisation comme la désorganisation.

On voit bien par exemple dans le deuxième cas (la confusion) comment les choses peuvent être considérées trop également : « la confusion se déploie en lieu et place de l'illusion »<sup>647</sup>. Les points de contacts entre les différentes zones, registres, temps sont bien activés mais restent collés, ils ne s'organisent pas en réseau, ne se complexifient ni ne se différencient, ils se collent, je dirais qu'ils se contaminent, se rabattent les uns sur les autres.

---

<sup>647</sup> *Ibid.*, p.48.

Il faut d'ailleurs relever le champ lexical et sémantique utilisés par A.Ciccone et A.Ferrant, qui me permet de trouver dans leur conceptualisation une approche très riche et dynamique, parfaitement concordante avec le modèle topique que je propose. Parlant de ce deuxième type de contexte de l'instauration d'un « non » produisant de la confusion, ils remarquent :

*« Rabattu sur son mouvement pulsionnel, le sujet perd son sens et (...) ne parvient pas à construire sa face. Non seulement c'est un sujet sans pile ni face, sans envers ni endroit, mais c'est un sujet qui ne construit pas sa face comme leurre de sa complétude et de son unité<sup>648</sup>, comme partie de lui prise illusoirement pour le tout. C'est un sujet privé de l'illusion d'être sujet. »<sup>649</sup>*

Dans le troisième cas (celui du déni), le déploiement topique et dynamique est également lisible comme pourrait l'être celui d'une expérience traumatique très désorganisatrice avec mon modèle topique. L'absence de réelle subjectivation produit alors l'absence de statut topique à l'expérience. Sans dedans ni dehors, elle est partout et nulle part, « non assignée », risquant d'être très désorganisatrice (le sujet peut alors être confrontée à une « honte d'être » selon A.Ciccone et A.Ferrant, je retrouverai pour ma part tous les aspects profondément déshumanisants de la clinique du traumatisme que j'ai déjà en partie décrits).

J'espère avoir montré avec l'exemple de l'instauration du « non » et de l'affect de honte comment mon modèle topique pouvait permettre la lecture du déploiement d'une expérience autre que traumatique.

Je proposerais volontiers de trouver d'autres exemples de l'application de mon modèle dans la clinique des processus limites. La « souplesse » de ma modélisation (en ce qu'elle permet de penser les jeux, les articulations, mais aussi les confusions de zones, de temps et de registres) et son insistance sur les aspects dynamiques et dialectisants permet en effet il me semble de tout particulièrement rendre compte de ce type de processus.

---

<sup>648</sup> C'est moi qui mets en caractères gras.

<sup>649</sup> *Ibid.*, p.48.



J'ai abordé<sup>650</sup> la parenté des situations traumatiques avec celles rencontrées dans les états-limites. Je reviendrai ici simplement et assez rapidement sur la façon dont le modèle topique que je propose concernant les expériences traumatiques peut étendre son application à celles des pathologies limites.

La fragilité des liaisons psychiques et l'affaiblissement du Moi visibles dans les sujets états-limites font qu'ils sont plus particulièrement touchés par les « glissements » d'une zone psychique à l'autre, c'est d'ailleurs aussi en cela qu'ils sont qualifiés de « limites ». C'est bien la limite des zones, des temps, des registres psychiques qui est rendue floue, peu opérante, peu organisatrice. C'est aussi pour cela que les liaisons fantasmatiques sont difficiles, que les *collapsus topiques* (C.Janin) sont nombreux et confusionnants.

C'est enfin aussi pour cette raison que leur économie est souvent paradoxale, que les vacillements identificatoires et identitaires sont importants, que les éléments se renversent souvent en leur contraire : le dehors devient le dedans par exemple. La topique proposée tient compte du fait que ce manque d'épaisseur, de contours et de limites puisse fragiliser, rendre perméables et commutables chacun des pôles psychiques organisateurs. L'instabilité et la labilité des processus limites peuvent être jouées, mises en dynamique dans le schéma que je propose. Mon schéma propose également de **penser et figurer la multiplicité des zones d'inscription des traces subjectivées et non subjectivées, leur éventuelle connexion et mise en réseau, la tendance de la psyché à essayer de les circonscrire et inscrire topiquement.**

Le schéma topique permet aussi de rendre compte des carences dans les processus d'auto-représentation propres aux pathologies limites, pathologies dans lesquelles il est très difficile pour le sujet de repérer l'interne de l'externe, ce qui est à lui et ce qui appartient à l'autre (je rappelle l'enjeu des aspects narcissiques du masochisme primaire, l'« ombre de l'objet » tendant à être attirée et assimilée dans le moi, se confondant avec le processus de subjectivation).<sup>651</sup> Ces recherches et carences d'auto-représentation sont déployées dans le modèle que je propose, permettant de passer par liaison de sens (ou de façon plus pathologique de contiguïté) d'un élément à un autre, le sujet cherchant en quelque sorte sa représentation au sein de la spirale.

---

<sup>650</sup> *Supra.*, Le lecteur peut se référer au chapitre 1-2-5 de cette thèse.

<sup>651</sup> Selon la proposition de R.Roussillon.

La vie psychique des patients états-limites paraît organisée sur la coexistence d'aspects s'opposant, certains plutôt oedipiens, d'autres gouvernés par la destructivité et l'agir. Ces aspects là sont parfois simultanément activés, ils cohabitent, sont les deux faces d'une même zone d'activité psychique. Ils « viennent ensemble », sont parfois convoqués dans le même temps ; la réalisation sous forme de ruban de Möbius développable rend compte de cette dynamique.

Je retrouve enfin dans les vécus contre-transférentiels avec les pathologies limites des expériences également représentables sur mon modèle : la « folie à deux » décrite par A.Green, la « psychose de transfert » repérée par M.Little, le « contre-transfert paradoxal » (De M'Uzan), « symbiotique » (Searles) ou en « double continu » (C. et S. Botella), moments où psyché du thérapeute et du patient s'articulent sur des zones particulières, au risque, si l'on ne prend garde à les repérer, de rejouer la confusion. Un lien pourrait également être fait avec la zone de pliure de l'écoute psychanalytique dont parlent J.L. Donnet et A. Green.

On pourrait aussi reprendre les signes cliniques identifiant les pathologies narcissiques identitaires (R.Roussillon) et observer à quel point ils peuvent être intégrés dans la topique que je propose. On y verrait par exemple comment certaines parties non inscrites dans la topique subjective du sujet peuvent cependant être présentes dans « le jeu du cylindre » de cette topique (elles ne sont pas inscrites dans un lieu mais leurs traces se jouent dans l'activation des différentes faces d'une même zone par exemple, c'est le processus – représentable dans mon dessin- qui en rend compte).

On comprendrait aussi comment la « contenance dynamique » de ce modèle peut servir de support à la compréhension de la pathologie des contenants de ces problématiques limites, mettre en évidence les transformations et liaisons psychiques (liaisons de sens ou pathologiques de type « collapsus ») et pas seulement la place prise par les contenus de pensée.

Ces patients, aux interrogations existentielles, n'ont souvent pas pu faire les différenciations fondamentales : self/non-self, psyché/soma, réalité factuelle/réalité psychique... qui sont autant d'expériences des limites dont mon modèle pourrait rendre compte, autant dans les confusions pathologiques que dans leur tentative d'organisation.

Je propose un dernier exemple de l'extension possible de l'intérêt de mon modèle à d'autres champs conceptuels ou d'expériences psychiques à travers la modélisation de l'objet interne que D.Meltzer (1992) nomme le « claustrum ». La proposition de cet auteur est en elle-même une proposition topique, le claustrum étant conçu comme un lieu possible de refuge du moi, ceci de façon intrusive et face aux angoisses catastrophiques. Le claustrum est un objet interne présentant une géographie ou plutôt une topologie.

Il décrit une véritable géographie d'espaces où se transporte le moi. Son prototype est l'objet maternel interne et il en distingue trois compartiments : sein/tête (la vie dans ce compartiment s'accompagne d'un moi au sentiment de grandiosité et d'omnipotence), génital (une vie où s'érige le phallus et domine l'érotomanie) et rectal (sous le règne de la terreur, du sadisme, de la soumission et de la tyrannie).

J'ai trouvé par l'idée de navigation, de circulation dans ces espaces du claustrum une belle illustration du type de fonctionnement et de dynamisme exposé dans ma modélisation topique. Le sujet n'est pas enfermé dans tel ou tel espace (il peut l'être parfois) mais circule le long de cette topique avec deux incidences particulières selon moi : **la mise en contact et en réseau de différents points de ces espaces ainsi qu'un déploiement (une expansion, un rétrécissement, un retrait) dans l'ensemble de la topique qu'ils constituent.**

On peut observer par exemple, comme le soulignent A.Ciccione et A.Ferrant<sup>652</sup>, la mise en évidence de liens étroits entre grandiosité narcissique et analité (comme dans le retournement anal/phallique), les liens entre honte, grandiosité, tyrannie et analité :

*« L'humiliation du soi grandiose, lequel est hanté par des sentiments de supercherie, d'imposture, de faux-self pourrait-on dire, produit la honte et plonge dans le monde de l'analité, avec des sentiments de rage meurtrière, destructrice, des désirs sadiques, tyranniques. Et ceux-ci se déploient, en fin de compte, pour échapper au désespoir, pour échapper à la terreur sans nom, comme disait Bion, pour échapper à l'expérience catastrophique d'être jeté hors de l'objet, expulsé comme un déchet »<sup>653</sup>*

---

<sup>652</sup> Ciccione (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.53.

<sup>653</sup> *Ibid.*, p.53.

Je trouve cette façon de penser extrêmement riche parce qu'elle met en évidence tous les aspects dynamiques (comme essaie de le faire ma topique) même dans les situations les plus pathologiques. Il y est toujours question de déploiement et de lutte.

Elle est aussi particulièrement adaptée pour penser les situations les plus extrêmes, les plus traumatiques et nécessite une approche *spatialisant* la psyché, tout simplement **parce qu'il est, dans ce psychiques économies, toujours question du risque d'être expulsé (de sa propre expérience, du monde des humains) ; il faut alors se réfugier quelque part**, dans un recoin (même le plus sombre comme dans le compartiment rectal du claustrum) **ou pousser les limites de la topique, tenter de l'étendre pour y être contenu, en forcer les parois en espérant qu'elles tiennent. On peut enfin, et c'est sans doute là un des aspects les plus dynamiques, mettre en contact, activer simultanément différents points (l'anal et le phallique, le passif et l'actif, le dedans et le dehors par exemple) à la fois pour survivre et élaborer.**

## **2-4-1 Un exemple : la dynamique de l'enfouissement**

Pour montrer une possible utilisation de mon modèle topique hors du champ de la clinique du traumatisme sexuel, j'ai souhaité reprendre la notion d'*enfouissement* proposée par A.Ciccone et A.Ferrant (2008) dans la compréhension de la honte. Selon eux, parler d'enfouissement c'est forcément envisager une topique de la profondeur (qui n'est pas celle du refoulement) :

*« Il s'agit d'une opération qui « empile » des couches de souvenirs autour du noyau douloureux, comme une sorte de pansement, et qui implique en même temps des stratégies d'évitement. »<sup>654</sup>*

---

<sup>654</sup> *Ibid.*, p.80.

On voit bien la différence avec l'économie de refoulement, les liaisons sont beaucoup moins souples, il s'agit plus de masquer que de transformer (l'affect ou l'événement sont « endigués »), l'affect douloureux ou l'expérience traumatique restent tels quels.

A ces deux idées de profondeur et de conservation s'en ajoute une troisième particulièrement intéressante : le moi « fonctionne en double régime », il enfouit et montre dans le même temps (cela signe d'ailleurs l'échec du refoulement), ce qui est caché pour le sujet, est souvent exhibé aux yeux des autres :

*« Si le moi ne peut pas traiter la situation douloureuse en la refoulant, s'il ne peut pas s'en débarrasser par d'autres moyens (...), **il est contraint à se déformer lui-même**. Il se produit alors un clivage fonctionnel (Bayle, 1996), un clivage sectorisé autour de la situation honteuse, tel que cette dernière est située simultanément dans les profondeurs d'une partie du moi en même temps qu'à la surface d'une autre partie. **Cette déformation spécifique du moi, organisée autour d'une situation précise, rappelle les modes de traitement du traumatisme.** »<sup>655</sup>*

La parenté avec les situations traumatiques<sup>656</sup> et avec le modèle de compréhension topique et dynamique que je propose est en effet frappante. On remarque :

- L'insistance sur **un modèle topique** qui ne peut correspondre à celui du refoulement et suppose une compréhension « **en profondeur** », en couches enfouies.
- L'idée d'**un affect ou d'un événement construit en biface**, l'une exhibée et l'autre cachée par exemple ; l'une enfouie aux yeux du sujet, l'autre montrée aux yeux de tous.
- **La présentation simultanée de ces deux aspects** (la honte est à la fois dans les profondeurs du moi et à la surface d'une autre partie).

On peut ici faire un rapprochement avec le retournement dont peut faire objet la honte, pouvant être transformée en son contraire. J.Guillaumin (1973) a

---

<sup>655</sup> *Ibid.*, p.81. C'est moi qui mets en caractères gras.

<sup>656</sup> Les auteurs soulignent aussi un lien avec les problématiques phobiques décrites par Paul Denis (2006), le sujet mettant en avant ce qu'il tente de masquer.

défini la honte comme l'affect lié au « retournement de l'exhibition phallique en exposition anale. »

Dans cette dynamique, on bascule d'avant en arrière, de haut en bas ; ce sont ces basculements dont tente de rendre compte mon modèle topique : par une construction développable en biface et en profondeur (au prix d'une illusion d'optique), il permet de mettre en contact, de « basculer » d'un point à un autre. J'y verrai cependant une nuance : il me semble que le modèle que je propose illustre la possibilité d'un vacillement constant, d'une oscillation permanente entre deux aspects de la psyché. Plus encore, il met en relief les points de rencontre de ces aspects mais les cristallise, les met en forme. C'est pour cela que **je parlerai plutôt dans mon modèle d'aspects « retournés » ou visibles en bifaces que d'un retournement (qui insiste sur l'action plutôt que sur la présence simultanée de deux éléments).**

L'utilisation d'un ruban de Möbius dans mon schéma cherche bien à intégrer cette particularité : concernant la question du retournement phallique/anal par exemple, il s'agit bien de montrer dans le même temps le brillant et le sale et pas seulement le point de bascule (le retournement).

- **Une économie du dernier recours** : c'est lorsque les autres moyens de traitement de l'affect et de la situation ont échoué que l'enfouissement intervient.
- **L'idée d'une déformation du moi** qui en découle, le moi est obligé de se déformer lui-même (c'est un modèle qui permet de lire l'informaté traumatique que j'ai décrite).
- **La présence de clivages fonctionnels** articulant ces faces et déformations.

Ces six points sont entièrement repérables dans le modèle de ma topique du traumatisme, jusqu'aux clivages fonctionnels dont je montrerai par la suite à quel point ils peuvent engager des considérations techniques, notamment du point de vue du thérapeute.

Ces observations montrent évidemment l'échec du travail de subjectivation et d'intégration.

## **2-4-2 Une possible lecture des traces autistiques et de la psychose infantile ?**

J'avancerai prudemment sur ce sujet, ne cherchant pas à tout prix à exporter une modélisation là où la complexité des champs psychopathologiques oblige à la nuance.

D. Meltzer décrit la confrontation trop précoce et sans souplesse du bébé avec l'objet total comme un « choc-esthétique » laissant l'enfant « suspendu » :

« Des nourrissons d'intelligence élevée et à fort potentiel émotionnel, lorsqu'ils sont confrontés chez leurs mères à la dépression quasi omniprésente du post-partum, mettent en jeu, pour se défendre contre cette souffrance dépressive intensifiée, une technique de démantèlement de leur appareil sensoriel ou de ses composants par abandon de l'acte de concentration de l'attention (conscience). Le résultat en est le retour au monde unidimensionnel des objets unisensoriels dotés seulement de qualités de tropisme, avec étouffement de la réaction aux émotions, et manque d'intérêt pour les objets, l'intérêt étant lié à la signification émotionnelle. Mais ceci est un état très réversible qui n'engendre pas de déformations structurales de la personnalité. »<sup>657</sup>

Cette conception est très proche des travaux de F. Tustin. Dans les deux cas, le choc de la rencontre entre un bébé ayant certaines particularités et un monde trop rapidement extérieur, choc ne pouvant être amorti par la mère, encourage l'enfant à sans cesse retrouver la sensation fusionnante.

Pour Meltzer, le démantèlement du self est une défense centrale de l'autisme ; l'enfant perd son unité et est livré à une multitude d'univers unisensoriels ne prêtant pas à penser.

---

<sup>657</sup> Meltzer (D.), « La maladie psychotique dans la petite enfance », *Lieux de l'enfance*, 3, p. 93-110, Cit in Boubli (M.), *Ibid.*, p.68.

L'enfant s'intéresse (adhère plutôt) aux objets les plus stimulants pour lui (les plus chauds ou froids, les plus colorés, ceux qui ont le plus de saveur...) ; l'objet est diffracté et ses traces mnésiques sont instables.

Comme le rappelle M. Boubli, F. Tustin insiste plus sur la mobilité de ces traces (autistiques), non localisables, Meltzer soulignant plutôt la passivité du démantèlement. Peut-être que, concernant plutôt la défense par l'autosensualité (et non pas la crise autistique avec le démantèlement), mon modèle topique permettrait de lire le déploiement de ces traces et de ce processus.

On y trouve bien la trace d'une confrontation avec une expérience traumatique, le déploiement de ce combat (le démantèlement peut y être lisible) qui diffracte l'objet, rend instable les traces mnésiques, on y trouve aussi les aspects positifs de ce « déploiement diffractif » (la sauvegarde de l'identité du sujet, sa survie dans le cylindre !).

Mais mon schéma peut aussi représenter le risque encouru par une cristallisation des effets traumatiques : s'il n'y a pas assez de zones de plis, le sujet est totalement démantelé en même temps que l'objet est diffracté (les lignes d'opposés qui figurent sur mon schéma ne se touchent jamais, il n'y a alors pas de points de rencontre des différentes qualités de l'expérience et de ces qualités avec le sujet lui-même, donc pas de zones de subjectivation de l'expérience).

Je me permets ici de citer longuement M. Boubli dans son commentaire sur ces aspects des états d'hypersensibilité, son propos est très intéressant et peut être également compris dans l'esprit de ma modélisation topique :

« On est dans le tout ou rien, le noir ou le blanc, dans des démarcations activement recherchées, alors que dans le démantèlement, on se retrouve dans l'éblouissement des grains de poussière éclairés par un rayon de soleil. Une des différences essentielle est constituée par la prégnance des mesures actives mises en route dans l'autosensorialité pour se protéger du trou noir laissé par l'objet, afin de ne pas se laisser aspirer dans la négativité de l'objet (Green, 1993). Dans l'autosensorialité, dans la tentative de (re)saisissement de soi, dans ce tout début de délimitation de soi, l'objet qui se profile de façon inquiétante, est le méchant piquant (Tustin, 1990) dans le trou noir. L'objet autistique masque et signale tout à la fois le méchant piquant dans le noir du trou.



La trace autistique et le démantèlement, s'effectuent sur un mode sensoriel plus libidinalisé qui met en lumière les aspects clivés idéalisés de l'objet-sein négativé. La question que semble poser le démantèlement est celle-ci :

« Comment de bons objets pouvaient-ils être maintenus sous contrôle et dans un état de séparation sans du même coup être affaiblis et ainsi être vulnérables aux attaques sadiques (...) » (Tustin, 1990)

On peut, dans la littérature psychanalytique, relever l'appel aux « couleurs » noir/blanc pour rendre compte de processus psychiques extrêmement complexes associés à des expériences primitives : au noir du deuil répondent la culture d'avec l'objet ou la fusion totale en l'objet ainsi que les émotions et pensées qui lui sont associées dans la dépression blanche de Marty ou le deuil blanc, le travail du négatif de Green. Au fond, le noir serait de l'impensable traumatique, mais quand même de l'ordre de la potentialité trop souvent vouée à l'échec, de deuil de l'objet perdu. Avec le blanc, on se situe dans le nirvana, le blanc du démantèlement. C'est de cette manière que j'entends ce que dit Tustin (1981) à propos de ces enfants qui oscilleraient entre des moments de « martyre » (qui se relie selon moi aux défenses par l'autosensorialité liée aux objets durs) et des moments d' « extase extraordinaire » (que je relie aux traces sensuelles, et au démantèlement. )<sup>658</sup>

Dans cette conception, les mouvements d'oscillations sur des opposés permettent d'organiser (au risque fréquent d'un échec) un « impensable traumatique, mais quand même de l'ordre de la potentialité (...) ». Il s'agit bien aussi, devant une expérience très désorganisée, de tenter de se saisir et de se délimiter pour éviter de se laisser happer par le trou noir traumatique ; il s'agit aussi de mesures actives du sujet, celles-ci portant à la fois la trace des effets traumatiques (la diffraction de l'expérience par exemple, comme dans mon schéma, l'informité en quelque sorte) et des solutions du sujet, de ses ressources.

Il est bien aussi question d'une économie autistique qui masque/signale simultanément, d'une économie également qui démantèle l'expérience, rend compte de son informité.

Il m'est bien sûr impossible de traiter tout le champ des processus d'autosensorialité, d'autosensualité ou autocalmants dont on connaît l'intérêt anti-traumatique, la lutte contre la menace de perte d'identité.

---

<sup>658</sup> *Ibid.*, p.69-70

Ces défenses cherchent à réduire la détresse devant une expérience traumatique, souvent réactivée par un événement extérieur. On trouve par exemple chez C. Smadja de belles descriptions de tels processus anti-traumatiques :

*« Le sujet est dans l'hyperactivité afin de ne pas s'effondrer, il s'accroche à la motricité, et se trouve dans le refus ou l'impossibilité d'utiliser l'objet externe. L'enjeu de ce mode de défense étant la survie psychique. Ce serait un système spécifique antitraumatique. Toute l'infrastructure défensive tiendrait lieu de contre-investissement. »<sup>659</sup>*

Selon F. Tustin (1986), la psychose infantile correspond à un défaut de la sensualité primaire entravant le développement normal. Le développement exagéré de l'autosensualité des enfants psychotiques constitue une défense contre les « terreurs du non-soi ». Ne pouvant intégrer les impressions sensuelles, ces enfants n'arrivent pas à les transformer en percepts ou concepts.

Pour cet auteur, il faut donc aider le patient

*« (...) à opérer un tri entre les dispositions sensuelles agglomérées et écrasées. A mesure que s'opèrent les distinctions sensuelles (par exemple, entre le « chaud » et le « froid », le « dur » et le « mou », le « rugueux » et le « lisse », le « clair » et le « sombre » [...], le « doux » et l' « amer », l' « épais » et le « fin »), les intégrations sensuelles de base commencent à se mettre en place. L'enfant psychotique a, dans sa petite enfance, raté ce stade. »<sup>660</sup>*

Cette conception du soin est tout à fait compatible et lisible avec la représentation topique que je propose : le cylindre permet la distribution de ces distinctions sensuelles binaires (ex : dur/mou) sur les rubans de Moebius et leur intégration dans les zones de plis (correspondant alors aux moments d'intégrations sensuelles). D'autres descriptions, comme celle de D. Houzel (1987) ou d'A. Brun (2007) font des médiations thérapeutiques un dispositif pour relancer ces intégrations sensuelles avec l'aide du médium malléable (D. Houzel insistant sur l'organisation des clivages dans leur bisexualité).

D'autre part, comme le remarque F. Tustin, ce sont ces intégrations sensuelles qui permettent de constituer *le noyau du sentiment de soi*. Avec la constitution du sentiment de soi, que j'appelle aussi *continuité d'être* ou encore *identité du sujet*, on est bien dans ce

---

<sup>659</sup> Smadja (C.), 2001, cit. in Boubli (M.), *Ibid.*, p.73.

<sup>660</sup> Tustin (F.), 1986, cit. in Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, p.50.

modèle comme dans celui que je propose à la base de ce qui contient le déploiement de l'expérience.

### **2-4-3 Un autre exemple d'application du modèle : les restrictions du Moi (A. Potamianou)**

Les restrictions du Moi font partie des différentes productions des expériences traumatiques. Elles m'intéressent en ce que, si elles nuisent bien au bon fonctionnement de la psyché, elles parviennent toutefois à rendre ses limites plus sûres.

Ces restrictions du Moi ont bien été étudiées par A. Potamianou<sup>661</sup>. Elle rappelle A. Freud qui, sur ce sujet, considérait que la restriction du Moi (*Einschränkung*) devenait pathologique lorsqu'elle agissait sur tous les intérêts du Moi, ce dernier se retirant, refusant la confrontation au danger et l'angoisse inhérente. En se restreignant, le Moi abandonne ce qui lui déplait, y oppose l'indifférence et le retrait d'investissement.

Ces restrictions, très en lien avec le processus traumatique (bien que la restriction ne résulte pas toujours d'un traumatisme), signent un ultime recours du Moi face aux perturbations internes et externes et sont extrêmement coûteuses psychiquement lorsqu'elles sont massivement utilisées.

Freud a plusieurs fois évoqué la capacité de la psyché de s'ouvrir, se refermer, se resserrer, j'ai déjà montré en quoi ses deux propositions topiques étaient évidemment des propositions d'une réelle mobilité psychique (basée sur des delimitations).

C'est à travers l'inhibition (1926) qu'il aborde encore plus précisément la question d'une limitation, d'une restriction de l'activité psychique (pour éviter le conflit que provoquerait la réalisation d'un vœu pulsionnel). D'autres auteurs (C. Parat, 1991 ; J. Press,

---

<sup>661</sup> Potamianou (A.), *Le traumatique. Répétition et élaboration*, p. 85 à 98 notamment.

1999) ont étudié les phénomènes de *répression* défendant le Moi par un contrôle des représentations et affects face à des représentations dangereuses (suscitant des fantasmes agressifs ou sexuels). La répression revient alors à la neutralisation de la mise en scène engendrée (par rationalisation et intellectualisation ou plus massivement en faisant disparaître ces représentations et affects, contre-investis sur le plan comportemental ou somatique).

Les restrictions du Moi auxquelles s'intéresse A. Potamianou sont massives :

*« Il s'agit de véritables rétractations de l'appareil mental qui de ce fait n'arrive pas à maintenir le niveau habituel de son activité, ni le flux représentationnel qui était présent jusque-là. »<sup>662</sup>*

Elle décrit ainsi des « resserrements massifs de l'appareil mental », sortes d'étranglements psychiques face à une réactivation pulsionnelle mettant à mal les défenses habituelles du sujet. Ainsi, dans une cure, lorsque le processus avance, des tendances à resserrer globalement le fonctionnement mental peuvent advenir en même temps que diminuent les associations et la relation transférentielle : « L'activité mentale semble se noyer dans une flaque d'eau stagnante. »<sup>663</sup> L'ennui, l'apathie, le désintérêt surgissent ainsi souvent. A. Potamianou cite une de ses patientes qui se sent tellement menacée quand la communication s'établit avec elle, qu'elle a alors besoin de couper ce contact, comme lorsqu'elle s'enferme dans sa chambre en se mettant de la ouate dans les oreilles quand elle entend le couple de voisin se disputer.

Il est bien question d'une « rétractabilité fonctionnelle du Moi » (on pourrait y trouver un processus apparenté au clivage fonctionnel tel que G. Bayle en parle) qu'A Potamianou décrit dans d'autres configurations cliniques comme un certain fonctionnement opératoire de la pensée (en complétant ainsi la description clinique des états observés par P. Marty et les psychosomaticiens sur un versant peut-être plus processuel) :

*« Il y a des patients pour lesquels le fonctionnement aplati et réduit de la pensée n'a pas affaire avec l'épuisement pulsionnel de la dépression essentielle, ni avec des régressions contre-évolutives. Il s'agit plutôt d'un resserrement psychique autour d'un noyau narcissique dur. »<sup>664</sup>*

---

<sup>662</sup> Potamianou (A.), *Ibid.*, p.89.

<sup>663</sup> *Ibid.*, p.91.

<sup>664</sup> *Ibid.*, p.93.

Face à un danger pouvant provoquer une importante blessure narcissique, le Moi (qui ne supporte pas la charge pulsionnelle mise en jeu dans ce lien objectal) se resserre « sur le mode d'une analité primaire captatrice et restrictive » (A. Potamianou, 1992), évitant ainsi les échanges les plus douloureux pour la région du Moi concernée.

Cette caractéristique « opératoire » se fonde donc sur l'analité primaire avec un jeu d'inclusions/exclusions, de rétentions/expulsions qui arrivent difficilement à s'organiser, la fluidité psychique est entravée.<sup>665</sup>

Il est également intéressant qu'A. Potamianou élargisse ces restrictions mentales au transfert lui-même : certains patients « stérilisent » leur pensée lorsqu'ils sont encouragés à lier les éléments de leur expérience, se retirent presque de la scène transférentielle, ne rêvent plus... Le Moi se restreint alors paradoxalement parce que le sujet commence à trouver du plaisir dans la mobilisation de son appareil psychique : « La nouvelle expérience excite et irrite le psychisme. »<sup>666</sup>

Déclinant cette géographie dynamique du Moi, A. Potamianou parle de « gîtes » servant de refuges pour le Moi pour pallier au traumatique du psychisme, montrant également que « tout n'est pas perdu », que des investissements persistent. Les rêves ou les identifications peuvent constituer ces gîtes.

Les propositions d'A. Potamianou sur les restrictions du Moi sont très intéressantes en ce qu'elles apportent de nouvelles nuances à la métapsychologie et aux conceptions topiques existantes, également en ce qui concerne les aspects processuels et de mobilité psychique dans le traitement des expériences traumatiques.

Ainsi, sa façon de saisir les processus moiïques comme pouvant se dilater, se contracter fonctionnellement pour traiter l'expérience potentiellement traumatique me semble extrêmement dynamique et parfaitement lisible sur mon schéma topique.

Il n'est d'ailleurs pas étonnant que l'on retrouve ici encore, par la mise en jeu de l'analité primaire, un déploiement de l'expérience (car pour moi mêmes les restrictions sont à

---

<sup>665</sup> A. Potamianou s'accorde pour décrire ici un fonctionnement « pseudo-opératoire », réservant le terme d'opératoire à une autre configuration clinique.

<sup>666</sup> *Ibid.*, p.96.

visée dynamique pour traiter le trauma) fondé sur des couples d'opposés déjà présents dans ma modélisation : les effets de rétention/expulsion, inclusion/exclusion y apparaissent par exemple nettement (on pourrait évidemment y ajouter les couples anal/phallique, dedans/dehors et bien entendu psyché du patient/psyché des psychologues pour ce qui est des restrictions du Moi apparaissant dans le transfert).

## **2-4-4 Et le transfert dans ce modèle ?**

D'autres exemples du champ d'application de ce modèle pourraient être trouvés. J'en citerai un dernier, concernant l'espace transféro-contre-transférentiel. Les thérapies de sujets victimes ou d'auteurs d'agressions sexuelles sont clairement inscrites selon moi dans la clinique de l'extrême, je l'ai déjà montré.

L'intensité contre-transférentielle est parfois considérable<sup>667</sup>, « chauffant à blanc » la séance. J'ai aussi montré la parenté de ce type de problématiques avec celles soulevées par les patients dits états-limites.<sup>668</sup> Rappelons un mouvement du transfert très fréquemment et très facilement observable dans la clinique recueillie, celui parlant de la distance du sujet à l'objet : trop près cela brûle, fusionne ou étouffe, trop loin le sujet a le sentiment trop important de tout perdre ou d'être abandonné par l'objet.

Ce mouvement renseigne évidemment sur le type d'angoisse de ces sujets, souvent proches de processus claustro-agora-phobiques. Le sujet se sent facilement étouffé ou rejeté par l'objet. Cela se vérifie dans le transfert par l'exigence extrême de ces patients face au thérapeute dont ils attendent tout, dont ils squattent l'espace mental pour ensuite, au moindre signe de danger (une attitude ressentie comme un léger défaut d'attention et qui ravive une faille narcissique par exemple) s'en éloigner au plus vite et parfois au prix de mouvements

---

<sup>667</sup> *Supra.*, chapitre 1-2-1 de cette thèse.

<sup>668</sup> *Supra.*, chapitre 1-2-5 de cette thèse.

d'une très grande violence. Le psychologue est alors attaqué, presque physiquement quelquefois, la haine du patient se déchaîne contre lui, le patient peut user de toutes les stratégies possibles pour le disqualifier (ironie, silence, rejet de ses interprétations ou de toute construction, retards ou absences dans les séances...).

Ces mouvements sont parfaitement descriptibles sur mon schéma topique : on perçoit bien comment ils correspondent aux possibilités de contraction/dilatation du cylindre que j'ai plusieurs fois évoquées. Ils sont également lisibles sur la ligne de ruban représentée par le couple psychés des thérapeutes/psyché du patient : ce ruban peut s'inverser comme le fait un anneau de Möbius. Ainsi, au moment même où pourrait s'accorder (ou fusionner dans le pire des cas) le groupe des trois psychés, le point de contact (celui où le ruban se renverse) pourrait permettre la permutation : le sujet basculerait vers l'éloignement.

Ce renversement du ruban sur un point précis (et l'on perçoit bien dans la clinique que ces mouvements sont le plus souvent brutaux, soudains : c'est la poignée de main trop molle d'un thérapeute, un regard qui se perd, un mot rendant insuffisamment compte de l'expérience du patient...) traduit bien un mouvement transférentiel de type claustro-agoraphobique signant le rapport du sujet à ses objets traumatiques.

La distance du sujet à ses objets, révélée sur la scène transférentielle par la distance du patient à ses thérapeutes, se décline également sur ma représentation topique.

Peut-être pourrais-je aller un peu plus loin en suggérant que le point de contact, la zone sur laquelle s'organise le renversement est aussi celle où peuvent se déployer la haine et la destructivité du patient, celle également correspondant à la blessure narcissique la plus grave.

D'une façon générale, je dirai que mon modèle topique est potentiellement transférable et particulièrement adapté pour lire toutes les cliniques insistant sur la dimension de l'informe (que j'appelle *informité* en ce qui concerne les distorsions de l'expérience traumatique).

Ce sont des cliniques où, comme le remarque S. Le Poulichet<sup>669</sup>, s'exprime une immense angoisse des patients devant un informe où

---

<sup>669</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe*, p.11.

« (...) un « Je » est pourtant bien là pour éprouver et dire qu'il *n'est plus*. De plus, ni l'image du moi ni le lien à l'objet ne peuvent tenir dans une continuité, car sans cesse une chose se renverse en son contraire et une affirmation devient égale à son propre rejet, par un imperceptible et incontrôlable passage des limites.

Ainsi se manifeste un *informe inconscient* relevant d'une absence fondamentale de délimitation, sous-jacent à des vacillements identificatoires, à des franchissements de limites ou à des passages d'une forme à une autre. [...] De tels processus apparaissent quand il existe chez un patient « un espace où le Je peut advenir », mais non *se tenir*. »<sup>670</sup>

La parenté de la clinique du traumatisme avec la question des limites et de l'informe est évidente, je l'ai déjà montrée. Le schéma topique et dynamique que je propose tente de souligner cet aspect là également, à travers l'absence de délimitation en « secteurs » et la possibilité pour la psyché de s'organiser à la fois autour d'une certaine permutabilité (les rubans de Möbius), d'un jeu de la forme et de couples d'éléments opposés (dedans/dehors, sujet/objet, masculin/féminin, anal/phallique, interne/externe...) plus que de frontières.

Dans son étude de la clinique de l'informe, S. Le Poulichet utilise le terme de « **surface de déformation** » pour parler de configurations cliniques révélées par les patients dont l'image corporelle et ses contours parlent d'incessants passages d'une forme à l'autre, de « trouées » ou d' « évanescentes ». Ces configurations sont très proches de celles que j'ai observées dans la clinique du traumatisme : les sujets ne sentent parfois plus une partie de leur corps, ont la sensation de rétrécir ou d'augmenter de volume, peuvent perdre le contour de leur corps en contact avec un autre ... ; bref **une clinique où l'on observe un important potentiel de déformation**.

Dans cette clinique, **c'est cette surface de déformation qui tient lieu d'image spéculaire** pour le patient dans une sorte d' « identification d'angoisse » du type « Tu es ceci qui est le plus loin de toi, ceci qui est le plus informe. »<sup>671</sup> Cet informe a bien entendu à voir avec le traumatisme, l'événement n'ayant pas été reconnu ni subjectivé, restant informe.

---

<sup>670</sup> *Ibid.*, p.11-12.

<sup>671</sup> Lacan (J.), *Le Séminaire II*, p.186. Cit. in Le Poulichet (S.), *Ibid.*, p.99.



Ces sujets, qui évidemment ne reconnaissent ni ne peuvent nommer cet informe, demandent cependant à pouvoir se définir dans l'espace psychique. Ils appellent à une forme de leur expérience traumatique. Les premiers mots mêmes de nos patients comme les sensations qui les amènent en consultation en sont la preuve clinique : ils ressentent quelque chose d'indéfinissable mais d'omniprésent, ils ont des flashes sensitifs mais ne définissant pas les contours de l'expérience auditive, visuelle, olfactive ou kinesthésique (rappelons-nous « je viens avec une odeur » de Madame Korschov).

Ces patients cherchent désespérément à trouver forme, c'est aussi pour cela que le silence du thérapeute est souvent ressenti comme mortel : il les met en contact avec l'informe de leur expérience, l'espace transférentiel tout entier, avec le corps et le psychisme du sujet, se vide dans une informité désorganisant le patient :

*« L'attente de prendre forme chez le patient, rencontrant le silence de l'analyste et son attente des associations libres », crée parfois les conditions d'une sorte d'anéantissement psychique. »<sup>672</sup>*

Il va de soi que ma topique est fondée sur la prise en compte de ces déformations et du fait que les caractéristiques de l'expérience traumatique sont, par définition, non localisables et indéfinissables, inassignables pour le sujet traumatisé.

Comment et où placer l'expérience lorsqu'elle a tellement débordé le sujet et ses capacités de symbolisation, qu'elle a mélangé l'interne et l'externe, rendu indécidable l'événement ? Le plus traumatique est sans doute qu'on ne peut situer le traumatique : **l'événement est inscrit sur une surface de déformation et cette surface de déformation est représentée par ma topique.**

**Mais le pari de la psychanalyse, c'est de penser que le déploiement de l'expérience du sujet sur cette surface de déformation permet de former l'expérience. Même déformée, distordue, mutilée, trouée ou non advenue, l'expérience du sujet peut tenter de se symboliser.**

**Encore est-il indispensable que le thérapeute entende l'appel à ce déploiement et offre une surface d'inscription suffisante à cette informité, surface transférentielle avant tout, mais aussi incarnée dans le dispositif. Ce sont ces deux derniers points que**

---

<sup>672</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe*, p.98.

**j'étudierai dans le dernier chapitre de cette thèse à travers l'intérêt du dispositif en double écoute.**

## **2-4-5 résumé du chapitre**

A partir des particularités de la clinique du traumatisme dégagées dans les pages précédentes, ce chapitre expose la construction d'un modèle topique tentant de rendre compte des effets du trauma, de son déploiement dynamique et de son inscription topique.

C'est par une sorte d'illusion d'optique que cette représentation a abouti, rendant compte d'un processus au sein duquel la forme de l'expérience peut se circonscrire en certaines zones de contacts, zones de plis de la psyché.

Ce dessin souligne à la fois l'errance des traces de l'expérience traumatique et de leur appel à se configurer, à être symbolisées. Cette errance concerne tout autant l'expérience que le sujet lui-même.

Le schéma topique proposé illustre la dynamique du mouvement, la persistance, la permutabilité et la mise en relation de points renversés (anal/phallique, dedans/dehors, psyché du patient/psyché du thérapeute...).

Construit sur des inflexions et des plis, mon schéma marque l'impossible topographie du traumatisme, l'inscription en bifaces des éléments ; il est un modèle de déploiement et non de délimitation ou de causalité.

En m'appuyant sur l'intérêt de la topologie (insistant sur les aspects qualitatifs) étudiant les propriétés invariantes des objets subsistant malgré les déformations, j'ai souhaité proposer un modèle rendant compte de la complexité et donnant une idée du déploiement et de ses distorsions.

Ce modèle permet aussi de faire apparaître des plis, débuts d'espaces, de contenants et de délimitations régulant et attractant les flux chaotiques de l'expérience. Ces plis sont les zones où l'expérience prend forme et où le sujet trouve le sentiment d'exister.

Ce schéma, enfin, présente une véritable mobilité et contient la potentialité traumatique de l'appareil psychique. Sa valeur dynamique et topique/atopique permet de lire les mouvements traumatiques. En cela il spatialise plus qu'il ne localise l'expérience, il essaie aussi de montrer la façon dont le traumatisme essaie de s'articuler à la vie psychique. L'informité y est figurable.

Finalement, on lui doit d'être un modèle de présentation de l'expérience traumatique à la psyché, aussi bien dans ses aspects désorganisateur qu'organisateur.

En faisant partager au lecteur une première tentative infructueuse de construction de ce modèle à partir d'anneaux de Möbius, j'ai souhaité insister sur la façon dont le schéma devait impérativement rendre compte des aspects dynamiques et de l'articulation de l'expérience à l'ensemble de la psyché.

Il a donc fallu penser un deuxième modèle, développable. A cette fin, j'ai construit un ruban à deux demi-tours développable grâce à son tracé sur un cylindre, de base une lemniscate. Cette figure montre un ruban à deux faces et développable avec une énergie de déformation mobilisable en chacun de ses points : l'informité traumatique y est lisible dans la complexité de la mise en relation d'éléments potentiellement permutable, déployables et déformables.

L'intérêt de cette nouvelle proposition est d'ajouter au précédent modèle l'aspect processuel, la notion de pliure et de torsion. Ce n'est pas un modèle de déchirure mais de déploiement, pouvant subir des transformations, modèle en bifaces développables mettant en contact différentes inscriptions topiques de l'expérience.

Contenant les déformations, le schéma contient aussi ce qui, de l'expérience, reste et résiste du sujet et ne se confond pas avec elle, ce qui dépasse le trauma pour l'organiser : il y a quelque chose du sujet qui s'y exprime (dans le fond du cylindre). Cet invariant assurerait la permanence et le renouvellement du sujet dans son économie traumatique, l'urgence étant de sauvegarder l'identité.

Il faudrait donc dire que ce modèle ne rend pas réellement compte du trauma, celui-ci restant irrémédiablement irréprésentable, mais du début de l'intériorisation de l'expérience, du travail psychique imposé juste après l'impact. Il condense les effets du trauma et le travail psychique, les efforts du sujet.

J'ai voulu dans ce chapitre mettre ma modélisation à l'épreuve de la clinique recueillie auprès de patients victimes d'agression sexuelle mais aussi de certaines théorisations d'auteurs comme A. Potamianou (2001) autour des angoisses de délimitation et de mort.

On y trouve également une importante référence aux recherches de G. Deleuze concernant l'élément plastique du pli, sa pensée issue de la philosophie leibnizienne ayant participé à la réalisation de mon modèle. Le pli y est en effet déterminant et fait apparaître la forme. Je reprends la perspective baroque explorée par Leibniz puis G. Deleuze pour trouver de nombreuses parentés avec l'étoffe traumatique.

Ainsi les expériences traumatiques deviennent figurables dans un modèle topique fait de pliures plus que de clivages, pliures uniques et complexes. C'est dans ces plis que se trouve, selon moi, l'informité traumatique.

Toujours dans un souci de présenter un modèle opérant avec la clinique, j'expose dans ce chapitre le cas de Denis, adolescent auteur et victime d'agression sexuelle, pour montrer comment son expérience est lisible avec ma proposition topique.

Je fais le même exercice avec un des plus célèbres cas psychanalytiques : le cas Dora exposé par S. Freud. Continuant à étudier le caractère « exportable » de ma construction, j'ai enfin étudié sa possible application à d'autres champs d'expériences : on trouvera l'analyse du transfert, des différentes formes du « non », de la honte et de sa dynamique de l'enfouissement (A. Ciccone et A. Ferrant, 2009), les pathologies limites ou narcissiques identitaires (R. Roussillon) ou encore le claustrum (D. Meltzer, 1992), les restrictions du Moi (A. Potamianou, 2001), et même une possible lecture des traces autistiques ou de la psychose infantile.

# **3-Les questions soulevées par le modèle, les implications techniques et métapsychologiques**

## **3-1 Théorisation des systèmes de traces et de mémoire dans l'expérience traumatique**

En traversant la théorisation freudienne du traumatisme, j'ai plusieurs fois déjà abordé la question des traces et de la mémoire. Evidemment, Ferenczi a aussi beaucoup apporté sur ce sujet. Dans la lignée des travaux de Ferenczi, des auteurs comme C. et S. Botellà, A. Green, C. Smadja ou encore R. Roussillon ont essayé de penser les systèmes de traces (y compris dans la négativité) à partir d'une clinique plus « contemporaine » s'intéressant par exemple au champ de l'antisocialité, au statut de l'expression somatique, aux pathologies narcissiques identitaires (R. Roussillon) et même à la psychose.

Ainsi, R. Roussillon a montré que, dans les traumatismes primaires, le fait de se cliver des traces de l'expérience traumatique ne les fait pas disparaître : les traces perceptives ne sont plus soumises au principe de plaisir/déplaisir mais régies par la répétition, réactivées et hallucinatoirement réinvesties. Dans ce cas de figure, c'est le retour du clivé qui devient

dangereux car, de nature non représentative, il risque de se manifester bruyamment et confusément ; bref de renouveler le trauma.

Ces travaux sont extrêmement dynamiques puisqu'ils témoignent d'une volonté de chercher un autre système de traces et de sens pour ces pathologies, qu'ils ne considèrent plus uniquement sous un angle déficitaire.

On retrouve ainsi une proposition de R. Roussillon :

*« Le corps et l'acte dans les états narcissiques identitaires restent messagers, porteurs de sens, mais ce sens a des particularités. Il faut penser d'autres formes de sens, explorer d'autres formes de l'inconscient. Ils témoignent d'autres modalités d'organisation pulsionnelle. »<sup>673</sup>*

On pourrait ainsi, en ce qui concerne le traumatisme, proposer d'autres formes de l'après-coup (comme le font C. Garland, A. Ciccone et A. Ferrant), de remaniements et de réorganisation. C'est bien à cette fin que je propose un essai de topique traumatique permettant un déploiement complexe de l'expérience.

En pensant ces pluralités d'expression de la subjectivité, ces auteurs en viennent à penser d'autres formes de traumatismes (les « traumatismes primaires » ou « le traumatisme perdu » de R. Roussillon, les « traumatismes précocissimes » de C. Smadja) et d'autres systèmes de traces et de mémoire (j'aborderai plus loin les propositions très complexes de R. Roussillon sur ce sujet).

Freud a en partie pensé ces premières traces non subjectivées, notamment avec la notion de *fueros* : des expériences primitives traumatiques soustraites gardent des *fueros*, ces formes au plus près de l'expérience, telle qu'elle a été éprouvée. Ces traces d'expériences archaïques tentent de se frayer un passage jusqu'à la subjectivité.

Juste avant le renoncement à sa *neurotica* Freud avait aussi émis l'hypothèse que les événements traumatiques d'ordre sexuel se produisant avant l'apparition du langage donnaient lieu à des productions physiques et non psychiques.

Avec l'étude du cas de Miss Lucy R.<sup>674</sup>, Freud conclut au conflit des affects comme source du traumatisme. L'odeur hallucinée est là comme « symbole du traumatisme », ce qui,

---

<sup>673</sup> Roussillon (R.), Intervention du 10 mars 2006 lors du colloque international du C.R.P.P.C. « Corps, acte et symbolisation », Université Lumière Lyon 2, 10 et 11 mars 2006.

comme le remarque M. Boubli<sup>675</sup>, laisse penser qu'il y a bien « (...) une trace mnésique à partir du moment où la conflictualité affective ne peut que signifier la présence d'un investissement psychique. Mais c'est dans la lettre 75, du 14-11-1897, à Fliess qu'il fera le lien avec le refoulement :

« Pour nous exprimer plus crûment, le souvenir dégage maintenant la même puanteur qu'un objet actuel. De même que nous détournons avec dégoût notre organe sensoriel (tête et nez) devant les objets puants, de même le préconscient et notre compréhension consciente se détournent du souvenir. C'est là ce qu'on nomme refoulement. »<sup>676</sup>

C'est donc très tôt que Freud commence à étudier le système des traces sensorielles en rapport avec l'économie traumatique. A. Konicheckis s'est beaucoup intéressée à la fonction symbolisante de la sensorialité, notamment comme symbole mnésique dans l'hystérie :

*« Une douleur, ou une odeur, ou une sensation récurrente, souvenir d'un événement traumatique, revient sans cesse et suscite autour d'elle toutes sortes d'associations et de liens. Elle rappelle, les condensant, plusieurs incidents et, dans le même temps, en attirent et en provoquent d'autres, nouveaux. »<sup>677</sup>*

Pour lui, des « empreintes sensorielles » forment des

*« embryons de sens, sensoriels et significatifs qui se présentent comme la semence à partir de laquelle toute la vie psychique pourra ou non s'épanouir. Elles deviennent ensuite matrices génératrices et fécondantes des nouvelles formations psychiques. »<sup>678</sup>*

L'intérêt de ce type de travaux est aussi d'insister sur le continuum de la vie et des qualités psychiques et surtout, à mon avis, sur le potentiel transformationnel de ce type de « matrice », potentiel faisant que la répétition est évitable.

---

<sup>674</sup> Breuer (J.), Freud (S.), « Esquisse d'une psychologie scientifique », in La naissance de la psychanalyse, p. 307-396. Miss Lucy R. , gouvernante anglaise âgée de 30 ans, est soignée pour une rhinite purulente avec perte d'odorat, également harcelée par des sensations olfactives d' « entremets brûlés » qu'elle associe à un moment où elle est dans l'incapacité de lire une lettre de sa mère qui lui est remise. Freud interprètera cela en fonction de l'amour refoulé pour son patron. Puis l'odeur hallucinée du cigare (celui de Freud ?) remplace celle de l'entremet, faisant admettre à Miss Lucy qu'elle croyait être aimée de son patron.

<sup>675</sup> Schmid-Kitsikis (E.), « Sensorialité et sensualité : ferments de la sexualité infantile », in Boubli (M.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, p.99-100.

<sup>676</sup> *Ibid.*, p.100.

<sup>677</sup> Konicheckis (A.), « Des sens aux sens, sensorialité et signification », in Boubli (M.), *Ibid.*, p.126-127.

<sup>678</sup> *Ibid.*, p.127.

La valeur à la fois de trace et de représentation de la sensorialité a été étudiée très tôt dans la psychanalyse : ainsi Freud avec Miss Lucy et ses hallucinations olfactives comme symboles mnésiques d'un traumatisme antérieur. A. Konicheckis rappelle avec raison que les odeurs gênant Lucy n'ont pas une signification univoque mais en condensent plusieurs (elles symbolisent une réminiscence et une actualité notamment), la sensorialité réunit plusieurs temps à travers sa fonction « métaphorisante ».

On retrouve avec cet auteur la conception d'une sensorialité attractant un ensemble d'expériences, notamment traumatiques :

*« Chacune de ces sensorialités forme une sorte de matrice originnaire, représentation-chose, qui, tout en maintenant des liens latents ou manifestes avec des expériences originnaires, revient, attire des nouvelles expériences psychiques et suscite des possibilités symbolisantes originales. »<sup>679</sup>*

Je retrouve tout à fait dans ce propos la fonction de la sensorialité dans le traitement de l'expérience traumatique, déclinée en ce qui concerne ma thèse autour de la question de la forme de l'expérience.

Très tôt aussi, dès la première proposition de l'appareil psychique en 1896, Freud a du penser l'apparente paradoxalité de cet appareil psychique toujours réceptif aux nouvelles impressions mais devant en même temps garder la mémoire des traces antérieures sans « exploser ». R. Roussillon<sup>680</sup> observe que cela est rapidement résolu par une proposition métapsychologique de Freud : « (...) réceptivité et mémoire appartiennent à deux systèmes différents. Solution rapidement redoublée dans la proportion d'un double système de mémoire et d'un troisième registre de la représentation psychique. »<sup>681</sup>

C'est donc dans une proposition topique que Freud trouvera la réponse à un problème économique. C'est en complexifiant un modèle qui articulera plusieurs points de vue que Freud parvient à développer les potentialités de la psyché.

Une question restera ouverte pour Freud concernant le statut du trauma : serait-il à placer du côté des traces ou de l'effort du sujet pour les cacher ? Ou bien alors,

---

<sup>679</sup> *Ibid.*, p.131.

<sup>680</sup> Roussillon (R.), *logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.38.

<sup>681</sup> Roussillon (R.), *Ibid.*, p.38.



« A moins que les destins des traces, ceux de la culpabilité à partir de leur refoulement, n'apparaissent comme autant de figures défigurées du trauma, ces reliquats de l'oubli qui, s'ils barrent le souvenir, portent la mémoire. »<sup>682</sup>

Une des plus belles métaphores freudiennes concernant la mémoire est celle de l'ardoise magique laissant penser que l'inscription a lieu une seule fois mais dans un lieu d'interface (ni dans l'Inconscient, ni dans le Préconscient), à la surface de contact, diraient Abraham et Torok, de la périphérie et du noyau. Sans être répétée, cette trace aura un double intérêt : « (...) nucléique par sa face tournée vers l'Inconscient et périphérique par son regard vers le Conscient (...) »<sup>683</sup>

Dans son *Bloc-notes magique* de 1925 (*Wunderblock*), c'est la psyché qui trouve une représentation dans ce « tableau fait d'un morceau de résine ou de cire brun foncé encadré de papier » et « recouvert d'une feuille mince et translucide qui est fixée à son bord supérieur et libre à son bord inférieur ». C'est cette feuille qui intéresse le plus Freud, composée de deux couches pouvant être séparées. Le feuillet de celluloïde transparent est la partie supérieure, la couche inférieure est un papier ciré mince et translucide. Si l'appareil est au repos, la face inférieure colle un peu à la couche supérieure faite de cire.

Ce bloc-notes ou ardoise magique, fait de plusieurs surfaces reliées entre elles, permet un accueil illimité d'inscriptions et une conservation indéfinie. L'inscription peut être détruite si on sépare du tableau de cire la feuille qui le recouvre, avec ses deux couches. L'écriture est ici résultat d'un contact de surface.

Ce qui est important dans cette analogie poussée très loin par Freud, ce sont ces deux caractéristiques (l'inscription illimitée et la conservation indéfinie) mais c'est ainsi que, même lorsque la surface du bloc-notes est à nouveau « vierge » et capable de réception, la trace de l'écriture précédente est conservée sur le tableau de cire (et on peut la lire « avec un éclairage particulier » dit Freud).

On pourrait bien penser cette trace non seulement comme biface mais aussi de façon dynamique, plutôt sur un versant d'interface ou de zone de contact. Ce modèle là serait alors très utile pour aider à lire mon schéma de déploiement de l'expérience traumatique. Ce

---

<sup>682</sup> Dreyfus (S.), « Freud, le trauma : culpabilité et détresse », in *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, p.12.

<sup>683</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.218.

modèle là, finalement, est celui du symptôme si on le considère également de façon dynamique.

**Cette variation des points de vue et l'idée de construire un modèle topique pouvant répondre aux exigences économiques de l'expérience traumatique, à la complexité de l'inscription de ses traces sur différents niveaux et registres pour rendre compte de la dynamique des processus psychiques est au centre même de ma proposition topique.**

Ses propositions dans *Constructions en analyse* (1937) sont aussi une façon de répondre à cette question en trouvant un autre « tenant lieu » de remémoration : le patient se convainc à la place de se souvenir (cette proposition clinique est particulièrement intéressante pour les pathologies limites ou les organisations non névrotiques du moi). Evidemment, les systèmes de traces et de mémorisation varient selon le degré d'organisation de la psyché. Il y a là aussi parfois des différences de nature plus que de fonctionnement, même si, pour Freud, il y a une unité fondée sur le sexuel (la capacité plus ou moins riche de symbolisation dépendrait du type de trauma sexuel et de son traitement<sup>684</sup>).

Ainsi, le symptôme conversionnel est pour Freud un tenant lieu de remémoration, il a une valeur mnésique (que dire du symptôme obsessionnel ?), il est une forme de retour du souvenir en même temps qu'une forme de résistance.

Comment en effet, puisque le traumatisme auquel je m'intéresse y réfère le plus souvent, penser la réaction du sujet à un moment où le langage est inopérant, où le sujet ne connaît pas le « non » ? Le langage de l'acte et du corps est sans doute en jeu dans les réponses du sujet à ce type de traumatisme.

R. Roussillon parle même de « traces dégénérées » ou déguisées qui auraient perdu quelque chose de leur générativité, par exemple dans les mouvements autistiques. Le geste fut adressé à l'objet mais ce dernier ne l'a pas reçu, a disparu de la scène. Considérer ces gestes avec leur valeur de traces suppose aussi de penser autrement la réponse à faire au sujet (repenser évidemment l'interprétation).

---

<sup>684</sup> On me pardonnera cette approximation pour une théorisation évidemment beaucoup plus complexe.

Les processus de somatisation constituent une clinique intéressante pour étudier la question des traces et systèmes de mémoire. P. Marty distingue deux processus de somatisation : par régression et par désorganisation du Moi.

Les premiers (par régression) regroupent une diversité de somatisations se manifestant périodiquement et dans un style personnel comme des crises réversibles et sans risque léthal. Elles produisent le plus souvent des troubles fonctionnels (on pourrait y retrouver la névrose actuelle). Ils sont dominés par un climat d'excitation.

Les seconds (par désorganisation du Moi) recouvrent des maladies organiques déroulant un processus dans la durée et mortifère, ce processus est assez général, peu marqué par le sujet. La mort est possible. Ils sont dominés par un climat général de calme.

Cette symptomatologie a parfois été décrite comme sans sens symbolisable. Pour C. Smadja<sup>685</sup>, cela ne peut être entendu ainsi ; il faudrait plutôt parler d'une différence de nature que de degré de symbolisation. J'avais abordé cette question à propos des traumatismes étudiés par Freud et Ferenczi.

Dans son article de 1921 « Réflexions psychanalytiques sur les tics », Ferenczi fait ainsi l'hypothèse d'un second système mnésique du Moi, une mémoire du corps qui garderait la trace des atteintes affectant traumatiquement le corps, en relation dynamique avec le système mnésique des choses. Une sorte de reproduction mnésique d'une atteinte traumatique directe du corps.

Dans les effets traumatiques, Ferenczi parle aussi d'une perception déconnectée, d'un psychisme paralysé empêchant l'inscription de toute trace (il définit le traumatisme comme « une impression qui n'est pas perçue ») :

*« (...) aucune trace mnésique ne subsistera de ces impressions, même dans l'inconscient (...) les origines de la commotion sont inaccessibles par la mémoire. »<sup>686</sup>*

Il ajoute cependant qu'il faut travailler pour les amener *pour la première fois* à la perception, supposant donc un système de traces. Cela suppose selon lui de remonter aux stades antérieurs du processus de refoulement, d'abandonner toute relation au présent pour

---

<sup>685</sup> Smadja (C.), Intervention du 10-03-2006 lors du colloque international du C.R.P.P.C. « Corps, acte et symbolisation », université Lumière Lyon , 10 et 11 mars 2006.

<sup>686</sup> Ferenczi (S.), « Réflexions sur le traumatisme », p.143.

s'immerger dans le passé traumatique (le seul lien entre le réel et le patient traumatisé répétant son traumatisme dans la transe est le psychanalyste qui « pousse le patient, plongé dans l'affect, à un travail intellectuel en le stimulant infatigablement par des questions ».<sup>687</sup>

Les traces du trauma sont à ce point lointaines que Ferenczi en vient à harceler ses patients en transe traumatique pour simplement répéter le trauma et le présenter dans une forme plus acceptable par le sujet, pour la première fois.

Ferenczi s'est beaucoup intéressé aux traces traumatiques qu'il relevait dans les sentiments d'étouffement, de perceptions auditives et visuelles, « sans contenu ni forme ». Il posait ainsi le 4 février 1932 une question fondamentale :

« Mais les processus liés aux objets, dépouillés du sentiment subjectif, sont-ils aussi enregistrés d'une quelconque manière et susceptibles d'être ranimés ? C'est de la réponse à cette question que va dépendre si, dans la répétition, le traumatisme sera effectivement disponible comme événement vécu ou bien comme souvenir. »<sup>688</sup>

Le degré de complexification des traces comme des symptômes et leur nature renseignent évidemment sur le traumatisme concerné. Le retour d'un affect peut tenir lieu de remémoration, la *dépression essentielle* évoquée par P. Marty, qui n'a aucune représentation ni fantasme, porte cependant des traces d'événements précoces et non symbolisés.

On doit à P. Marty <sup>689</sup>d'avoir rappelé que même une psyché bien organisée peut s'effondrer dans certaines mauvaises conditions, entraînant régressions et désorganisations. On lui doit aussi d'avoir, avec d'autres, montré la complexité et l'implication de ce processus où les atteintes somatiques sont au service de la sauvegarde du Moi mais où le Moi s'organise aussi progressivement selon ces troubles. La dépression essentielle qui traduit l'abaissement du tonus vital au niveau des fonctions mentales en est un exemple, qui se développe suite à des traumatismes.

P. Marty souligne enfin quelque chose de « contemporain » dans la conception du traumatisme et de ses effets :

---

<sup>687</sup> *Ibid.*, p.147.

<sup>688</sup> Ferenczi (S.), « De la psychogenèse du choc psychique (B.) », in *Le traumatisme*, p. 84-85.

<sup>689</sup> Marty (P.), « Psychosomatique et psychanalyse », p.621.

*« La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration. On doit aller à la recherche des manifestations négatives, souvent peu notables.*

*Les angoisses diffuses précèdent souvent la dépression essentielle. Automatiques au sens classique, envahissantes, elles traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés. Le Moi submergé montre ainsi sa désorganisation. L'angoisse ne représente pas ou ne représente plus le signal d'alarme...elle est l'alarme... Automatiques, ces angoisses diffuses reproduisent un état archaïque de débordement. »<sup>690</sup>*

A ce point là, les deux topiques freudiennes ne fonctionnent plus, non par l'insuffisance de leur consistance, mais par la force des traumatismes : le Moi ne peut plus (ou que très peu) lier et défendre, il n'a plus de sève.

On trouve ici, avec notamment l'insistance sur une réelle négativité, une modélisation beaucoup plus complexe des effets traumatiques que celle apportée par des conceptions récentes (lisibles par exemple uniquement sur un axe symptomatique dans les D.S.M. III ou D.S.M. IV). L'attention est ici portée sur des angoisses peu manifestes et surtout en direction de ce qui les produit. Là où les activités psychiques ont du se taire, des symptômes somatiques peuvent intervenir. Le désert psychique est bien signe d'un trauma. Bien que désinvestissant de nombreux secteurs psychiques, le sujet ne manifeste rien bruyamment, ses expressions traumatiques sont plutôt négatives, le patient ne paraît même montrer aucun signe d'angoisse.

Si on en restait à une compréhension de surface, on y trouverait des observations communes : diminution ou suppression des relations avec les autres et soi-même, perte d'intérêt pour tout, factuel et actuel priment... Les dégâts sont très visibles au niveau préconscient qui ne peut plus accomplir ses missions habituelles.

P. Marty insiste sur la précision du diagnostic, il convient de différencier cette dépression d'une dépression symptomatique. Concernant les angoisses diffuses (qui précèdent la dépression essentielle), P. Marty pense qu'elles rappellent un état de débordement archaïque, l'Hilflosigkeit en quelque sorte.

---

<sup>690</sup> Marty (P.), *Ibid.*, p. 30-31.

J'insiste à nouveau sur l'idée apportée par cet auteur concernant l'effacement des objets dans la dépression essentielle. Parce que'il y a des excitations trop importantes, les angoisses diffusent se déclenchent témoignant d'une insuffisance des liens, d'une mentalisation très faible.

Les palliers ou étapes peuvent signifier l'enclenchement d'une réelle désorganisation où seules des réactions superficielles et rationnelles peuvent opérer, si le Moi est encore assez solide pour les supporter. Le patient n'a plus de rêves, ni de fantasmes mais peut masquer cela par des contacts de surface nombreux mais très superficiels, les différenciateurs habituels (moi/non-moi, sujet/objet, intérieur/extérieur...) étant presque inopérants.

C'est lorsque le coût psychique est trop important que ressortent les angoisses diffuses, laissant mieux apparaître la désorganisation du Moi. Tout le système de traces et de mémoire se réduit parfois alors à la répétition. Le traumatisme est alors malheureusement pleinement à l'œuvre.

La somatisation peut être une nouvelle tentative de liaison, d'objectalisation ; le choix de l'organe atteint (tout le corps, une partie, sous forme de crises ou en continu) est lui-même un élément de symbolisation. Même le calme absolu, l'autotomie décrite par Ferenczi (enlever une partie du Moi) résultent de quelque chose : il faut abaisser au plus bas la symbolisation, essayer d'empêcher la surexcitation. La seule trace psychique témoignant de cela est par exemple la *dépression essentielle*, il y aurait dans l'abaissement maximal du seuil de symbolisation une trace du traumatisme en même temps que de sa dernière tentative de réorganisation : « La dépression essentielle serait le négatif du processus de symbolisation. »<sup>691</sup> La somatisation, même dans ses plus grands excès ou ses plus grandes absences, porterait trace d'une atteinte traumatique.

Les expériences traumatiques, faute de pouvoir être reprises, laissent des traces non symbolisées. La clinique de l'agir, par exemple, pourrait bien être en lien avec une façon de tenter de psychiser ces traces, sorte de réminiscence d'expériences vécues mais non subjectivées. L'agir serait une des seules voies trouvée pour frayer un passage aux représentations et affects non constitués comme tels, à partir des sensations et des éprouvés corporels (R. Roussillon).

---

<sup>691</sup> Smadja (C.), *Ibid.*

La clinique du traumatisme impose d'aller chercher les traces et la mémoire dans des registres de natures différentes. Nous savons tous que les patients vraiment traumatisés n'ont pas les moyens de symboliser sur les mêmes modalités que les organisations plus névrotiques. Plus précisément, ils n'utilisent pas principalement ce mode de symbolisation. Leurs systèmes de mémoires et de traces est différent, plutôt devrais-je dire qu'ils utilisent différemment les systèmes de mémorisation et de traces.

Il convient également, en ce qui concerne les expériences traumatiques, de penser un système complexe d'inscription des traces. Il y a un écart immense entre l'aspect de *conservation* (ou de trace) de la mémoire traumatique et son *intégration/articulation* à la vie psychique, on ne passe de l'une à l'autre par simple levée du refoulement.

Penser ce passage, lorsqu'il peut avoir lieu, suppose, comme la clinique contemporaine le fait, de s'intéresser aux aspects les plus archaïques et subtils de la psyché, aux limites de l'inconscient primaire, de l'originaire et du corps.

Nous savons aujourd'hui que la mémoire n'accède pas aussi facilement, en éclairant les images du passé et leurs liens de sens :

*« Nous sommes devenus sensibles à un destin peut-être ultime de la mémoire, qui apparaît cliniquement comme un au-delà de la récupération des souvenirs conscients, et qui se localise dans le temps en aval du travail mémoriel de l'analyse, tel que Freud l'a décrit et proposé dans les textes classiques échelonnés sur la période 1895-1920. »<sup>692</sup>*

Beaucoup se sont interrogés sur les systèmes de traces et d'enregistrement de l'expérience traumatique, comme Ferenczi dans sa note du 4 février 1932 intitulée « De la genèse du choc psychique » :

*« Mais les processus liés aux objets, dépouillés du sentiment subjectif, sont-ils aussi enregistrés d'une quelconque manière et susceptibles d'être ramenés ? C'est de la réponse à cette question que va dépendre si, dans la répétition, le traumatisme sera effectivement disponible comme événement vécu ou bien comme souvenir. »<sup>693</sup>*

Ferenczi simplifie cependant je pense beaucoup la question de l'enregistrement des traces et de leur restitution. Il pourrait bien exister, notamment en ce qui concerne les expériences traumatiques, des modes de restitution qui ne soient ni de l'ordre du souvenir

---

<sup>692</sup> Guillaumin (J.), *Psyché. Etudes psychanalytiques sur la réalité psychique*, p.128.

<sup>693</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.78.

(comme il peut être constitué dans une économie de refoulement), ni d'une mise à disposition d'un événement vécu.

Dans mon projet de saisir la façon dont l'expérience pourrait se répéter et essayer de se circonscrire à travers le jeu de sa forme, on pourrait je crois en trouver un exemple.

Freud a bien apporté, avec la métaphore du bloc magique, l'idée d'une couche superficielle qui devrait sans cesse s'effacer ; cette fonction d'effacement (décrite aussi par Sami Ali) ne peut fonctionner que si la fonction d'inscription est efficace. Toute pensée suppose et le maintien du lien et la capacité d'un effacement ; la représentation repose sur la capacité de penser l'absence. Dans le traumatisme on sait (y compris par les nombreux symptômes de reviviscence, les flashes, les rêves identiques...) que les éléments de l'expérience ont de grandes difficultés à s'absenter, à s'effacer ; ils sont toujours là en même temps que le sujet n'y a pas vraiment accès, ce trop de réel obturant toute possibilité de représentation.

Reconnaître pour le sujet l'utilité et même la nécessité de reconstruire son expérience antérieure amène alors à penser que

*« (...) « la seconde métapsychologie » doit se doter d'une théorie, d'un modèle théorique des formes d'enregistrement de l'expérience des modalités de la conservation des traces ainsi frayées et de leur réactivation périodique, elle doit aussi rendre compte de la manière dont elles peuvent se transformer au gré de l'évolution de l'expérience du sujet et de ses enjeux actuels. »<sup>694</sup>*

**C'est aussi la prétention de mon modèle topique de vouloir rendre compte des modalités de l'inscription, de la réactivation et de la transformation des traces de l'expérience traumatique ; en tout cas, plus modestement, des traces concernant la forme de cette expérience traumatique.**

---

<sup>694</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.120.



### 3-1-1 La position freudienne

Malgré l'œuvre que l'on connaît et le fait que Freud a constamment fait référence à la mémoire et au souvenir dans la cure, on ne trouve pas chez lui de réelle étude métapsychologique du souvenir aussi approfondie que celles qu'il a pu faire concernant le rêve, l'humour ou le jugement par exemple.

Il a plutôt insisté sur la valeur du souvenir dans la thérapie comme vécu du passé avec l'idée d'abréaction, « La cure –agissant comme une sorte de troisième traumatisme, techniquement dirigé- donne alors à cette mémoire une capacité représentative. »<sup>695</sup>

Vingt ans après les *Etudes sur l'hystérie, Remémoration, répétition et élaboration* (1914) théorisent un transfert comme souvenir agi ; la *Durcharbeitung*, long travail d'élaboration personnelle nécessitant l'interprétation de la névrose infantile dans la névrose de transfert, ne renonce pas à ce point de vue.

La seconde théorie des pulsions ne cherche plus à tout « récupérer » du Ca mais le récit du souvenir dans la cure occupe toujours une place centrale. *Constructions dans l'analyse* (1937) est un texte intéressant en ce qui concerne la théorisation freudienne de la mémoire : Freud est de plus en plus réservé quant à la possibilité d'une remémoration totale mais il préfère encore avancer avec plus de fermeté la place de l'analyste dans cette quête de la mémoire plutôt que d'y renoncer.

A la même époque, *Analyse terminée et analyse interminable* s'intéresse plus que jamais à la mémoire : la thérapie est limitée, la pulsion de mort est cause d'échec ou d'inachèvement et, parfois, le passé ne peut pas être suffisamment transformé en souvenir :

« L'analyste devra souvent sans doute se contenter de provoquer la mémorisation consciente des seules expériences en surcharge, relativement périphériques (Freud parlait d'une couche « superficielle » du Moi), que le sujet a vécues sans les incorporer dans sa structure. »<sup>696</sup>

---

<sup>695</sup> Cahn (R.), *Ibid.*, p.98.

<sup>696</sup> *Ibid.*, p.100.

Ce texte est fondamental en ce qu'il reconnaît l'idée de traces non subjectivées, qui ne sont pas des souvenirs mais qui sont cependant bien là, sans pouvoir être intégrées par le sujet. Ces traces traumatiques ou traces du traumatisme sont enfin conçues comme ayant une existence propre, un statut au sein de la psyché.

La mémoire décrite par Freud (notamment dans *L'esquisse*) l'est souvent comme un intermédiaire entre biologique et psychique, portant la trace de forces propres à la structure biologique (la barrière de contact ou le frayage par exemple) mais se référant aussi à la logique psychique de l'association.

Le premier temps de la conception du traumatisme en souligne l'urgence, les défenses primaires se mettant en œuvre contre l'excès en répartissant les quantités entre réserve et décharge. Puis il est question de « décharger sans perdre » :

*« Ce qui s'est déchargé vers le dehors (...), et donc susceptible d'être « perdu », va prendre valeur d'appel pour un objet. Ou plutôt, un objet (« personne secourable », « bien au courant ») se fera réceptacle de la décharge en la transformant en communication. »<sup>697</sup>*

C'est donc un modèle de transformation du quantitatif en qualitatif, modèle intersubjectif qui se développe. Il s'agit maintenant de « décharger en présence de l'objet, dans l'objet ». C'est aussi cela qui signe l'échec des débriefings en matière de traumatisme, puisque l'objet s'absente devant le protocole, la décharge se fait dans le vide et, qui plus est, trop vite et sans pouvoir être élaborée ; la décharge sans objet n'appellera rien ni personne et deviendra véritablement traumatique. La décharge ne signifie rien en elle-même, il faut un autre pour la transformer (Freud annonce cela dès *L'esquisse* mais le reprendra dans la suite de sa modélisation du traumatisme).

R. Roussillon souligne qu'il devient alors indispensable à la psyché de différencier les perceptions de l'objet de ses traces mnésiques : conserver en mémoire et recueillir (les nouvelles traces de l'objet et de présence). Après l'objet secourable du dehors apparaît donc un *système de recours* interne, le système se différencie.

---

<sup>697</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.90.

Mais, malgré les adaptations et différenciations, l'appareil psychique reste menacé de confusion, risquant de confondre perception et trace mnésique investie, hallucination de l'objet, menacé d'un « traumatisme actuel », d'une décharge « hors objet ». <sup>698</sup>

Le moi va donc devoir comparer les traces de l'objet et les perceptions actuelles. En interne, le moi va devoir

*« (...) se doter d'indices temporels, c'est-à-dire de signes de ce que la trace mnésique chargée d'énergie n'est pas une perception « actuelle ». La formation d'indices « temporels » s'étaye sur un travail énergétique du moi : le « domptage » du souvenir. »*<sup>699</sup>

Cela évidemment afin de ne pas confondre perception et hallucination. Freud insiste en disant que le sujet doit aussi se représenter ce domptage.

Freud ne cesse donc de complexifier le système de traces et de mémoire et de le différencier. Il arrivera à une pluralité des inscriptions du souvenir. Dans son travail, le sujet doit en effet, sans transformer la réalité passée, juguler le souvenir en y imposant sa trace, en le « marquant ». Le psychisme modifie le souvenir mais pas le passé lui-même.

C'est donc à cette fin que se dédouble le système de la mémoire : une première inscription conserve la trace (une première forme de mémorisation) telle quelle, un second registre mnésique doit représenter le premier, se faire porteur de la trace d'une symbolisation. Il y a ainsi une double inscription : celle du sujet et de ses expériences brutes et celle de la représentation par le moi de ces mêmes expériences. Cette dernière inscription est historique comme la première, mais ne représente pas le sujet mais le travail accompli par le moi : « (...) histoire des traces de l'appropriation par le moi des expériences du sujet. »<sup>700</sup>

Mais le moi, en métabolisant le traumatisme originaire, perd l'origine de ce sur quoi il se fonde (R. Roussillon), le traumatisme originaire est « perdu » car non construit comme un événement historique. C'est la structure de la psyché du sujet qui en témoigne seulement.

---

<sup>698</sup> Comme le rappelle R. Roussillon, cela est à reprocher du propos de Freud sur les « névroses actuelles » qui signent toutes des décharges « hors objet » : onanisme, *coitus reservatus*..., de décharge sexuelle « hors objet ». On retrouverait là deux formes de traumatismes : le modèle hystérique dû à l'absence de décharge, le modèle de la névrose actuelle causée par une décharge « hors-objet ». La seule bonne décharge devant de toute façon avoir lieu dans l'objet.

<sup>699</sup> Roussillon (R.), *Ibid.*, p.93.

<sup>700</sup> *Ibid.*, p.94.

Avec le modèle de l'après-coup traumatique, la réalité antérieure est difficilement retrouvable et datable puisqu'elle est remodelée, travaillée par le sujet. Les fantasmes et la formation de compromis du souvenir-écran viennent en lieu et place du souvenir. Mais, comme le remarque M. Berger<sup>701</sup>, ce modèle réflexif (le sujet se voit, le souvenir-écran est réfléchi) poussé jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à l'origine, ferait que le sujet n'aurait comme origine qu'une réflexion de lui-même, s'auto-originerait, s'auto-engendrerait.

A la fin de son œuvre, Freud rappelle que les événements originaires sont bien conservés à l'intérieur du psychisme (1938). Et c'est en 1939 qu'il décrit l'autre face du souvenir-écran, la fonction de traces mnésiques prenant les impressions extérieures traumatiques vécues dans l'enfance, ne pouvant être mémorisées et représentées par le sujet. M. Berger, avec R. Roussillon (1987) soulignent donc que l'après-coup ne peut porter que sur des éléments déjà symbolisés, le souvenir-écran étant déjà une auto-réflexion du sujet.

Pour Freud, la psyché ne travaille jamais directement avec la pulsion mais avec ses « représentants psychiques ». Il s'agit toujours d'une forme d'actualisation, se représenter, c'est se re-présenter. La nouvelle présentation est donc une sorte de réveil, de réactualisation, une sorte d'hallucination de l'expérience subjective passée.

Trois dimensions de la représentation doivent être ainsi rappelées, comme le propose R. Roussillon<sup>702</sup>. Ainsi, la représentation porte trace d'un événement subjectif de l'histoire du sujet (même lorsqu'il s'agit d'un délire). Elle porte aussi trace du processus de gestion de la pulsion, toute la symptomatologie, tous les représentants de la pulsion ont une fonction dans la psyché. Elle est enfin une auto-représentation d'un pan de l'activité et du fonctionnement psychique (le délire comme le rêve par exemple auto-représentent, « théorisent » le fonctionnement de la psyché en même temps qu'ils l'assurent), une réflexivité.

Les dimensions historiques, de gestion de la pulsion et d'auto-représentation coexistent donc au sein du même processus, l'acte de représentance est porteur de ces trois « indices ».

---

<sup>701</sup> Berger (M.), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi*, p.166-167.

<sup>702</sup> Roussillon (R.), « Les modèles de la symbolisation », séminaire de D.E.A., Université Lumière Lyon II, 21-01-2003.

L'appareil psychique est donc aussi un appareil de mémoire, de gestion pulsionnelle et d'auto-représentation. Ces trois aspects sont en faillite dans le traitement de l'expérience qui fait traumatisme. Retenons que les processus psychiques comme l'histoire du sujet et les sens que tout cela prend ne sont pas donnés une fois pour toute. Les traces de l'expérience sont constamment réorganisées, comme le sens de l'événement (la modélisation de l'après-coup en est un exemple). R. Roussillon observe d'ailleurs une réelle convergence de telles observations avec les modélisations actuelles des neuro-sciences.

Peut-être pourrait-on penser que c'est plutôt le sens, l'interprétation de l'expérience qui peuvent être remaniés et que les traces, elles, ne « bougent » pas. Quoi qu'il en soit, et toute l'insistance que j'ai fait porter précédemment quant aux modélisations complexes du traumatisme le prouvent, il convient d'épaissir, de donner de la profondeur à nos modèles de saisie et de représentation de l'expérience par le sujet, a fortiori si elle est traumatique.

L'expérience serait ainsi remaniée sur différents temps et en garderait une trace. Son déploiement dans l'actuel, mais aussi à l'adolescence, dans l'infantile ou l'archaïque permettrait une suite de réorganisation qui ne ferait pas disparaître les traces précédentes.

Cette idée est bien au centre de ma proposition topique fondée sur l'idée que quelque chose de la forme de l'expérience persiste à travers les différents déploiements et remaniements. Comment comprendre, autrement, des concepts comme l'après-coup (Freud), le traumatisme cumulatif (M. Khan), la traumatophilie (J. Guillaumin), les noyaux chaud et froid du traumatisme (C. Janin), la conception du traumatisme comme effondrement du contenant venant confirmer des angoisses préexistantes (C. Garland), la Crainte d'effondrement (Winnicott)... ?

Mais, bien entendu, ces différentes traces et la trace de leur remaniement dans la psyché ne donnent lieu à une organisation à la fois structurée et fluide que dans le meilleur des cas, lorsque les processus de symbolisation fonctionnent correctement. Telle n'est pas la situation lorsqu'il y a traumatisme.

**Le modèle des traces et de leur remaniement persiste, mais on est alors probablement plutôt confronté, non pas à des couches bien superposées et organisées,**

qui peuvent facilement s'articuler, mais à des agrégats plus ou moins condensés, indifférenciés ou troués, à des blocs parfois très isolés pouvant le rester indéfiniment ou exploser dans la chaleur de leur mise en contact.

C'est exactement cela que j'ai voulu présenter dans mon schéma topique : l'idée de traces multiples et inscrites sur différentes strates, différents registres, différentes modalités de traitement. Mais j'insiste : je dis bien « inscrites » plutôt qu' « organisées ». Selon le schéma proposé, elles naviguent dans l'espace de la psyché et peuvent simultanément s'inscrire sur différents registres et même permuter, les zones de plis de la psyché attractant la forme de l'expérience. Cette inscription est donc indissociable d'un déploiement, les traces de l'expérience traumatiques sont *inscrites dans un déploiement*, ce qui participe à un réel potentiel de symbolisation (je dirais un nouveau jeu de la forme traumatique) mais aussi à une évidente confusion, indifférenciation des espaces, une saisie de l'expérience plus que délicate.

On trouve dans la position phobique centrale telle que Green l'a exposée ou encore dans les « personnalités en archipels » (De M'uzan, 1968, 1973) des exemples proches de ce que je souhaite communiquer concernant l'expérience traumatique, c'est-à-dire la très difficile mise en réseau des différents temps et registres de traitement de l'expérience, leur difficile articulation. Dans le cas des personnalités « en archipels », il s'agit bien de l'échec du déploiement d'une chaîne évolutive, associative qui pourrait prendre une place centrale et « attirer » ainsi dynamiquement la vie psychique. Je pense aussi que ce défaut dans l'organisation de l'expérience serait visible plutôt sous une forme lacunaire dans la névrose (sans réelle confusion).

La question qui m'occupe donc maintenant, puisque par définition l'expérience traumatique est celle qui déborde les capacités de symbolisation du sujet, est de savoir ce qu'il advient des éléments non symbolisés concernés par cette expérience. Comment la psyché les traite-t-elle?

Reprenant les propositions de R. Roussillon décrivant une matière première de la psyché hypercomplexe, énigmatique et incomplète, je me servirai de ce dernier point pour remarquer que l'expérience traumatique est plus incomplète que les autres et, plus encore que les autres, appelle à être ressaisie, réorganisée, transformée.

**Une situation est traumatique lorsqu'elle ne supporte aucune (ou peu) de variété dans l'interprétation, c'est bien pour cela que nos patients amènent rarement au début une expérience déclinée ou jouée sur différentes scènes (du rêve, du transfert, du fantasme...) ou différents temps (l'actuel, l'infantile, l'adolescence, l'archaïque, le temps intergénérationnel...). L'expérience est en général figée, interprétée (ou devrais-je dire seulement inscrite) sous une seule forme, rigidifiée, ayant à voir avec les aspects perceptivo-sensoriels.**

Une économie non traumatique, fonctionnant sur une mémoire souple articulant des souvenirs (mêmes lacunaires) est forcément fluide et un peu approximative. La rigidité et l'hyper-précision de la mémoire ont à voir avec le traumatisme. Dans l'expérience traumatique, l'événement est enregistré tel quel et répété à l'infini de façon identique, il ne supporte que peu ou pas de variations, il est enregistré avec un sens fermé ne pouvant s'ouvrir à d'autres interprétations lors de sa réactualisation.

D'une certaine façon, on pourrait presque dire que l'expérience, lorsqu'elle est vécue sur un mode traumatique, ne *traverse* pas la psyché. Elle ne connaît pas (ou très mal) les processus de transformation et d'interprétation. Même la perception ne devient pas consciente immédiatement, elle doit d'abord traverser l'appareil psychique (R. Roussillon rappelle ainsi les conceptions freudiennes), le processus de réflexivité étant central : au fur et à mesure l'appareil psychique s'auto-informe de ce travail.

Il est extrêmement important d'insister sur les aspects qualitatifs dans la conservation et les transformations de ces traces. Les processus de symbolisation se fondent aussi sur ces aspects qualitatifs (ceux que court-circuitent les thérapies brèves ou les opérations de débriefing) qui transforment non seulement la trace mais aussi le rapport du sujet à cette trace.

Revenons une dernière fois avec R. Roussillon sur la théorisation des traces selon Freud. On y distingue plusieurs époques :

- Le temps de *L'Esquisse* (1895) voit l'apparition de la théorie de la trace sur un mode effractif, traumatique. C'est l'excès d'excitation qui l'explique. Le modèle est presque neurobiologique : la structure des neurones périphériques est modifiée et il n'y a pas de traces à part la perméabilité des neurones :

« Ainsi Freud fait-il de la différenciation « neuronale » entre la structure des neurones de la périphérie et ceux qui sont le plus au centre, l'archi-trace d'un traumatisme premier, d'un traumatisme « psychique-prépsychique. »<sup>703</sup>

Une fois la structure modifiée, les excitations sont amorties et font un frayinge « relatif » sur la seconde couche de neurones, ceux du système psychique. Le sujet enregistre passivement les données extérieures.

Le troisième temps est celui d'un frayinge latéral concernant plus le « travail du Moi », première forme de mémoire : des connexions latérales se déploient, retenant l'énergie psychique. Le Moi part encore bien des données extérieures mais symbolise peut-être pour la première fois par « ressemblance ».

- C'est dans sa lettre du 06-12-1896 à W. Fliess que Freud présente un modèle biologique et formant la base de sa théorie de la mémoire. L'idée est simple : **la mémoire est présente plusieurs fois et enregistrée selon différents registres de traces.** Freud soumet d'ailleurs un schéma visuel de son modèle.

La première inscription : le perceptif est reçu en périphérie et s'inscrit dans un autre système « mémoire perceptive » (R. Roussillon). Il y a donc un système réception/perception et un système de conservation des traces qui ne deviennent jamais conscientes.

Une seconde trace mnésique, seconde inscription dite inconsciente : les « souvenirs conceptionnels », inaccessibles directement à la conscience.

Une troisième inscription, préconsciente et liée aux représentations verbales, pouvant accéder à la conscience.

La conscience enfin, que Freud ne situe pas dans l'appareil de mémoire, conscience et mémoire s'excluant.

Il y a donc ainsi une triple inscription mnésique et trois types de traces différentes du même événement. Ces trois inscriptions sont reliées entre elles et obéissent à des logiques d'inscription différentes :

---

<sup>703</sup> *Ibid.*, p.121.



« (...) elles représentent des traductions de l'événement enregistré dans des systèmes aux logiques différentes, classées, rangées dans des lieux différents. »<sup>704</sup>

Le modèle freudien peut aussi être synchronique (chaque expérience reçoit les trois enregistrements, la mémoire est présente plusieurs fois) et diachronique (des époques successives de la vie). C'est le modèle d'une stratification des inscriptions, ces dernières étant reliées entre elles et contribuant à enfouir les précédentes sans les faire disparaître :

« C'est un modèle en forme d'*aufhebung* qu'il faudrait alors évoquer, chaque nouvelle inscription ressaisit et « relève » la précédente dans un processus dialectique qui « dépose » du même coup la précédente (au triple sens de la construction d'un « dépôt », d'un reste, d'une déposition de son primat, mais aussi au sens de « déposer », « témoigner »). »<sup>705</sup>

Chaque expérience laisse donc trois traces : perceptive, inconsciente (représentations de chose), et conceptuelle (consciente/préconsciente en représentations de mot), ces traces donnant l'épaisseur à l'expérience, l'enrichissant.

Mon modèle tient compte de cette épaisseur de l'expérience et de ces modalités d'inscription. Modèle auquel Freud ajoute d'ailleurs l'éventualité d'un échec de la traduction d'une trace et d'une époque dans l'époque suivante : *les fueros*.

« En cas de non-traduction, de constitution de fueros, ce qui n'est pas traduit garde les caractéristiques de son époque et de son lieu d'inscription avec ses limites mais aussi ses « privilèges », ses « logiques » du moment. »<sup>706</sup>

Deux types de fueros sont distingués :

- Les fueros primaires : traductions de la trace perceptive en trace inconsciente ; l'expérience passée a une trace perceptive mais non représentable, l'expérience n'est pas appropriée. Ils découlent d'un défaut de subjectivation, une absence de symbolisation primaire. S'ils reviennent, ils le font sous une forme hallucinatoire.

Pour R. Roussillon, ils correspondraient à une économie de clivage.

---

<sup>704</sup> *Ibid.*, p.123.

<sup>705</sup> *Ibid.*, p.124.

<sup>706</sup> *Ibid.*

- Les fueros secondaires : ceux qui traduisent la trace inconsciente en trace préconsciente. Une trace perceptive est reliée à une représentation de chose, la symbolisation primaire est bien en œuvre mais pas la symbolisation secondaire. Ils sont inconscients et non historicisés mais avec une inscription subjective pouvant « colorer » la vie fantasmatique. On se trouve ici plutôt dans l'économie du refoulement.

Freud complexifiera son modèle dans ses travaux ultérieurs, travaillant sur les capacités d'oubli (1898), la transmission intergénérationnelle de la mémoire et le rôle de l'environnement dans la conservation des traces mnésiques. Sur ce dernier point, retenons que les traces mnésiques perceptives sont plus ou moins pré-organisées selon l'influence de l'environnement du sujet.

Le rôle de l'affect comme trace de l'ébranlement traumatique précoce, archaïque est souligné en 1926. Freud reliera enfin les trois systèmes mnésiques, les trois systèmes d'enregistrement comme caractérisant (sans que cela soit exclusif) trois âges de la vie et trois logiques différentes : l'archaïque (situé dans le Ca et enregistrant les traces mnésiques perceptives), l'Infantile (concernant les traces mnésiques symbolisées principalement selon les causalités conceptuelles ; la forme de la mémoire est celle des représentations-choses et représentations-actes souvent constituées dans des ensembles comme les fantasmes originaires), situé dans la partie inconsciente du Moi, les traces sont refoulées) et l'Historique (les traces secondaires situées dans un temps chronologique, inscrite dans une temporalité, une continuité) localisé dans le Moi.

De ce parcours freudien de la mémoire et des traces, il faut retenir l'idée d'une longue et complexe chaîne mémorielle : les traces mnésiques perceptives sont reliées secondairement à des expériences infantiles elles-mêmes reliées et réinterprétées dans la période historique. Inversement, les expériences historiques sont reliées inconsciemment aux complexes mnésiques infantiles et aux traces mnésiques archaïques.

Autrement dit, les expériences « ressemblantes » des différents âges sont reliées soit dans le sens d'une *symbolisation croissante*, soit comme une *attraction refoulante* (R. Roussillon).

Tout est donc conservé dans la psyché, avec différentes traces et sous différentes formes et les symbolisations ultérieures ne feront rien disparaître :

*« Enregistrement, conservation, réactivation, transformation, tels sont les quatre impératifs qu'un modèle psychanalytique de la mémoire doit arriver à conjoindre pour se doter d'une théorie utilisable. »<sup>707</sup>*

On peut encore complexifier le modèle :

*« Le souvenir serait composé de traces mnésiques Pcs d'expériences historiques potentiellement reliées inconsciemment à des représentations (de) choses et à des fantasmes infantiles eux-mêmes reliés à des traces mnésiques perceptives. Le souvenir « complet » est donc constitué potentiellement de la concaténation de trois inscriptions, il est repéré subjectivement comme souvenir dans la mesure où une inscription s'est effectuée au sein du temps chronologique, ce qui lui confère un signal auto-informant la subjectivité de sa datation, si ce n'est précise au moins d'époque, le signal auto-informe le Moi de la non-actualité de ce qui est ainsi mnésiquement reproduit. »<sup>708</sup>*

On aboutit ici à une modélisation complète de la mémoire dans sa forme aboutie du souvenir. On comprend bien que, dans l'économie traumatique, le souvenir a par définition du mal se constituer comme tel. Ainsi, les traces mnésiques ne sont pas ou très mal reliées entre elles ; **mon schéma montre bien comment la « concaténation » n'est justement pas réalisée (les zones de plis étant justement des zones de concaténation) et que les traces se dispersent dans le cylindre, plus ou moins organisées sur les rubans, plus ou moins inscrites.**

**Plus qu'à une inscription, le traumatisme incite à la pré-organisation des éléments psychiques sur des couples d'opposés pour mieux permettre au sujet d'y distribuer « radicalement » les éléments de son expérience. Il distribue les éléments de l'expérience désorganisant de façon plus ou moins organisée, au mieux sur les deux faces du ruban, au pire dans l'errance du cylindre, en attendant que les zones de plis du ruban ne jouent éventuellement leur rôle d'attracteurs.**

---

<sup>707</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.212.

<sup>708</sup> *Ibid.*, p.132.

R. Roussillon insiste sur le fait qu'il faut un processus qui présente de nouveau à la psyché la trace de ce qui a été : c'est la « présentification », une présentation de type hallucinatoire (qui n'est pas la réalisation hallucinatoire du désir). Dans l'expérience traumatique, il est souvent question de présentations internes qui ne savent pas qu'elles représentent, ne s'auto-représentent pas comme représentatives ; ces éléments du traumatisme se présentent alors comme des perceptions actuelles (ils sont en cela un peu « délirants »), c'est ce qui explique l'intensité des aspects transféro-contre-transférentiels dans les thérapies des agressions sexuelles. C'est ce qui explique aussi l'actualité et l'urgence des demandes de ces patients.

Enfin, rappelons que la perception symbolise aussi, elle n'est pas seulement une défense que l'on opposerait à la représentation. Simplement, elle symbolise autre chose que des fantasmes (ou par des fantasmes) inconscients : « (...) **elle tente de symboliser l'impact des zones traumatiques de la symbolisation et de l'expérience vécue.** »<sup>709</sup>

Cette dernière observation est importante et nous rappelle qu'il faut, lorsqu'on s'intéresse aux traumatismes, **considérer à la fois la zone traumatisée et le traumatisme de la symbolisation elle-même.**

---

<sup>709</sup> *Ibid.*, p.203.

### **3-1-2 Mémoire et forme, la densité de l'inscription traumatique**

On peut s'accorder sur le fait que les progrès d'une thérapie vont de pair avec l'appropriation de sa propre expérience par le sujet. En s'articulant de plus en plus et de mieux en mieux à l'ensemble de la psyché, l'expérience se symbolise et perd de sa valeur traumatique.

J'ai fait l'hypothèse que cette intégration passe par la prise en considération de la forme de l'expérience, par le jeu de cette forme mais aussi par le rapport que le sujet entretient avec ce jeu. Plus encore, **c'est par l'histoire du déploiement des transformations du rapport du sujet à la forme de son expérience traumatique que l'on saisira la façon dont il tente de symboliser son expérience.**

Peut-être pourrait-on penser que le jeu de cette forme et de ses transformations serait inscrit, du côté neurobiologique, dans un type de mémoire plutôt procédurale, ayant plutôt à voir avec les schèmes de traitement que des mémoires plus déclaratives ?

Parmi les auteurs s'intéressant aux rapports entre neurobiologie, neurosciences et psychanalyse, on pense évidemment à R. Roussillon. Dans le chapitre précédent, j'ai rappelé les travaux de R. Roussillon reprenant les propositions de Freud<sup>710</sup> et montrant la complexité de l'inscription des traces.

Pour Freud, la mémoire est donc présente plusieurs fois, le sujet conservant des types de traces de l'événement dans une grande complexité et une hétéromorphie des systèmes de traces. Suivons maintenant les descriptions de R. Roussillon. J'espère que le schéma topique que je propose rend compte de cette complexité et de cette hétéromorphie des systèmes d'enregistrement et de traitement de l'information du traumatisme.

---

<sup>710</sup> Propositions apparaissant notamment dans sa lettre du 06-12-1996.

La mémoire perceptive pose la question de l'enregistrement des traces brutes de l'expérience. On trouverait un parallèle en neurobiologie avec les systèmes sous-corticaux (l'hippocampe notamment) produisant des engrammes perceptifs sous-corticaux. Ainsi, d'après de nombreuses recherches en neurobiologie<sup>711</sup> nos souvenirs perceptifs ne seraient pas inscrits dans un lieu précis : la couleur ou la forme par exemple d'un objet ou d'une expérience s'inscrirait dans des lieux et réseaux différents ; notre mémoire perceptive serait plutôt analytique, découpant l'expérience, la décomposant et recomposant.

Cette mémoire perceptive, qui décompose et recompose l'expérience, est très proche de la première saisie psychique du traumatisme que je propose, notamment en ce qui concerne la forme de cette expérience.

Les deux autres traces, inconsciente et préconsciente, permettent de faire la différence entre l'ancrage de l'événement (d'abord perceptif) et une trace, celle de la conception de l'événement. L'appareil psychique fonctionnerait donc avec deux composantes : l'une (perceptive) conservant une trace des événements tels qu'ils se sont produits et une trace d'interprétation conceptuelle.

Dès lors, un souvenir serait composé d'aspects perceptifs et d'une sorte d'interprétation, d'une conception. Comme le souligne R. Roussillon, il s'agit ici du point clé de la théorie psychanalytique de la mémoire : il y aurait des signes et leur interprétation. Or, ce modèle est aussi celui des neurobiologistes (avec l'étude des engrammes perceptifs sous-corticaux et la possibilité d'établir une sorte de carte perceptive composée d'une représentation d'un territoire perceptif et d'une interprétation).

Une des conséquences de ces conceptions autant psychanalytiques que neurobiologiques de la mémoire est importante : un même événement peut avoir plusieurs sens. Que les neurologues qualifient cela en termes de capacités de catégorisation, ou Freud avec sa conception de la conceptualisation, il s'agit bien d'un système d'interprétations/réinterprétations (R. Roussillon).

Ce modèle permet d'ailleurs tout à fait de lire les propriétés de l'après-coup traumatique mais aussi, et cela intéresse au plus près ma recherche, les inscriptions et

---

<sup>711</sup> On citera notamment Edelman (G.), *La biologie de la conscience* (1992), *Comment la matière devient esprit* (2000) et Kandel (E.), *La mémoire entre cellule et molécule* (2003).

interprétations différentes mais coexistantes d'une même expérience selon par exemple une problématique anale, phallique ou de castration. Le même « noyau » d'expérience est réinterprété selon ces temps et registres différents.

Freud propose que ces différentes inscriptions correspondent aux différents âges de la vie, j'y verrais toutefois moins une valeur chronologique que de « registres ». Plutôt devrais-je dire que cette mémoire engrammée sous forme de traces et ensuite réinterprétée garde la trace de ses moments d'inscription (pas seulement une trace temporelle mais aussi une trace témoignant de la nature du « registre » de l'inscription). L'événement traumatique n'existe pas indépendamment du sujet qui l'a vécu, s'intéresser à l'expérience traumatique revient aussi à l'état et au fonctionnement de la psyché du sujet au moment où elle y a été confrontée.

Un autre point important mérite d'être soulevé : ces propositions supposent aussi **des possibilités de transformation de l'expérience : le traumatisme n'est pas irrémédiable, joué une fois pour toutes. L'expérience est toujours susceptible d'être réinterprétée, la mémoire d'être modifiée dans un processus thérapeutique.**

Evidemment, Freud avait avancé l'idée d'une transformation avec l'appareil de langage (les processus secondaires de Freud ou la symbolisation secondaire selon R. Roussillon), il avait aussi pensé à une symbolisation prélangagière avec le travail du rêve, du jeu, l'affect... Le champ de la symbolisation primaire est aujourd'hui nettement ouvert pour la compréhension des expériences traumatiques.

Pour ma part et concernant cette thèse, j'ai bien eu le projet d'étudier comment les traces traumatiques pouvaient « revenir » au sujet et j'ai évoqué les différentes solutions possibles. L'une d'entre elles, à l'origine de ma modélisation, concerne le déploiement de l'informité traumatique. Mon schéma topique essaie de rendre compte de ce déploiement.

Ce déploiement est évidemment, à mon sens, dans l'intersubjectivité. Une fois seul, le sujet se replie plus qu'il ne se déploie. Il existe en tout cas des possibilités de reprise et de réinterprétation de l'expérience, fut-elle traumatique.

D'un point de vue neurobiologique, on dirait que les engrammes perceptifs, réveillés dans le transfert, supporteraient une autre interprétation que celle que le sujet leur a donnée lors de l'événement. Selon R. Roussillon, le transfert deviendrait alors une sorte de « réveil de la trace mnésique », une reviviscence, une présentation puis une réinterprétation dans une relation authentique. Ce réveil (que je conçois pour ma part dans un déploiement de la forme de l'expérience) peut évidemment se faire sous différentes formes et sous différents registres ; l'hallucination est une possibilité.

**La forme, et sa déclinaison que j'ai nommée *informité traumatique*, serait une sorte de précipité de l'histoire de la rencontre du sujet avec son expérience traumatique, précipité qui se rejouerait dans le transfert selon le schéma topique que j'ai précédemment proposé. L'informité serait en quelque sorte le schéma de traitement de l'expérience traumatique, schéma comprenant l'histoire du rapport du sujet avec son expérience.**

De nombreux psychanalystes ont proposé des modèles de compréhension des liens entre mémoire et traumatisme. On trouve par exemple chez certains l'idée d'un corps porteur de la mémoire du traumatisme. N. Dumet (1994) par exemple parle de l'obésité comme une forme de mémoire, de nombreux auteurs intéressés comme elle par la mémoire somatique, essaient de montrer à quel point le sujet peut souffrir *pour* avoir des réminiscences. Le corps du patient somatique pourrait bien engrammer, stocker des expériences traumatiques souvent très archaïques, infra-verbales (on se réfèrera par exemple aux travaux de Joyce Mac Dougall sur l'hystérie archaïque).

Finalement, le corps serait aussi, en désespoir de cause, le dernier lieu trouvé pour traiter l'informité.



### **3-1-3 Les traces-non-traces**

Il semble que les traces mnésiques mêlées à l'expérience traumatique sont, presque par définition, mal délimitées et mal instituées, comme si le sujet n'arrivait pas à statuer sur leur nature. Mais leur complexité est réelle, servant parfois à attirer, absorber tous les investissements du sujet, ou alors à masquer certaines failles.

Cette complexité va aussi de pair avec une diversité des traces. J'ai déjà rapporté à quel point le vocable « traumatisme » pouvait recouvrir des réalités différentes. Il en est de même pour les traces traumatiques : on ne parle pas tout à fait de la même chose si le sujet arrive quelque peu à des figurations de son expérience ou s'il semble y avoir une absence totale de traces mnésiques, la Crainte d'effondrement (Winnicott) ou le Traumatisme perdu (R. Roussillon) ne pose pas la question des traces comme peut le faire un traumatisme en excès.

M. Berger, tentant de répondre à la question de l'inscription des traces traumatiques et reprenant la métaphore du souvenir-écran, se demande s'il ne pourrait pas y avoir une formation biface, une face recevant les représentations (refoulées, déplacées), l'autre pour inscrire ce qui est en carence représentative. Une face servant à projeter les souvenirs-écrans, l'autre « blanche » par incapacité du sujet à représenter avec la représentation visuelle des vécus archaïques, traumatiques concernant la période présymbolique.

La question est facilement formulable mais complexe : comment le sujet peut-il se représenter ce que le traumatisme l'a empêché de représenter ? On touche ici à un registre non représentatif mais à représenter qu'il faudra distinguer au sein des catégories du primaire et de l'originnaire. Ce registre concerne des éléments que j'ai déjà beaucoup évoqués concernant l'expérience traumatique, concernant les symptômes psychosomatiques, l'agir, le délire, l'hallucination, toutes les expériences n'ayant pu être refoulées.

M. Berger pose alors avec pertinence le véritable travail à effectuer par le sujet, très en deçà d'un travail réflexif :

« Le problème du sujet est d'arriver non pas à se voir, c'est encore trop tôt, mais à voir, ou entendre, ou sentir ce qui s'est passé le concernant dans son environnement et dans son histoire. »<sup>712</sup>

C'est bien pour cela, et je l'aborderai dans la suite de cette thèse, qu'une des implications techniques de la clinique du traumatisme, est de proposer des *constructions* au patient.

Le souvenir ne pourrait-il être qu'une trajectoire, « (...) un moment passager du destin des traces de nos perceptions à l'intérieur de notre psychisme. »<sup>713</sup> ?

La clinique du traumatisme à laquelle je m'intéresse travaille plutôt sur l'idée de traces (voire de traces-non-traces) que sur celle de souvenir. Mais, pour les traces de l'expérience traumatique comme pour son éventuel souvenir, ne pourrait-on imaginer une sorte de sédimentation, de « concrétion représentative » (J. Guillaumin), de cristallisation dirais-je, qui permettrait à ces traces d'être repérables et jouables, déployables dans l'espace transférentiel ?

Je crois avoir déjà répondu à cette question par l'affirmative, c'est même un des objets de cette thèse que de le démontrer, il s'agit du cœur de mes hypothèses concernant le jeu et le déploiement de la forme dans les entretiens thérapeutiques.

L'idée serait (comme on peut la faire dans la clinique avec les signifiants formels par exemple), de repérer ces cristallisations, de les délimiter et qualifier (plutôt que de les nommer) pour que le sujet puisse se les réapproprier, les intégrer et articuler plus harmonieusement à sa vie psychique. Un trajet introjectif en quelque sorte.

Mais les traces du traumatisme sont tellement ténues qu'elles ne sont pas aussi facilement repérables. Le destin de leur ré-intériorisation par le sujet passe par celui du transfert et, à mon avis, surtout celui du contre-transfert. C'est le repérage et l'analyse la plus précise du contre-transfert du psychologue qui devrait permettre les indices nécessaires pour identifier ce qui appartient au patient et ce qui appartient au thérapeute (a fortiori s'il y a deux

---

<sup>712</sup> Berger (M.), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi. La topique de la profondeur*, p.168.

<sup>713</sup> Guillaumin (J.), *Psyché. Etudes psychanalytiques sur la réalité psychique.*, p.128.

thérapeutes), et la façon d'ajuster et élaborer tous ces indices pour qualifier l'expérience traumatique du patient et permettre ainsi le mouvement d'externalisation puis d'internalisation des objets internes du sujet dans les meilleures conditions.

Ce travail est évidemment le travail habituel du thérapeute, mais il est ici d'autant plus difficile que l'expérience traumatisme ne se communique que très rarement par le langage (et quand elle le fait, encore faut-il ne pas toujours prendre les mots pour ce qu'ils sont en leur surface), qu'elle n'est même pas isolée comme telle par le sujet, que sa forme n'est pas circonscrite, que la répétition traumatique confond l'expérience actuelle avec l'expérience passée. C'est d'ailleurs pour cela que le travail interprétatif doit être totalement repensé dans les pathologies du traumatisme, car il est le plus souvent très difficile pour le sujet (et le soignant) de différencier névrose infantile, névrose actuelle et névrose de transfert.

Comme le propose J. Guillaumin, les traces mémorielles, incarnées ailleurs, subissent

*« (...) à la pointe du langage et de l'interprétation, une « ana-lyse » (c'est-à-dire une sorte de déliaison ou d'Entbindung) qui les défusionnera des perceptions auxquelles elles sont improprement associées, et permettra ensuite une récupération introjective bien triée de ce qui appartient en propre au sujet : c'est-à-dire de ce qui s'accorde le plus économiquement au système de ses expériences réalistes. »<sup>714</sup>*

Ces traces (que J. Guillaumin décrit comme actives) sont ainsi dans le meilleur des cas restituées au Moi après avoir été travaillées dans le transfert (et donc à l'aide du contre-transfert). Il les qualifie de motions pulsionnelles (germes ou esquisses d'affect selon Freud, 1915) qui pourront ensuite être qualifiées comme sentiments, une fois mises en lien avec d'autres traces.

**Ce mouvement de mise en réseau des traces, à travers le transfert et la psyché des thérapeutes,** est particulièrement lisible dans mon schéma topique. Il faut voir aussi l'aspect dynamogène de ce processus, la mise en lien de traces (sur les points de contacts du ruban, les zones de plis permettant de qualifier l'expérience, d'en donner une forme dans ma terminologie) entraînant de nouveaux remaniements, **attirant à son tour d'autres traces et leurs potentielles mises en forme.**

---

<sup>714</sup> *Ibid.*, p.130.

Dans la clinique, je crois avoir reconnu ces moments de « cristallisation » et de remaniement à l'aide de certains indices cliniques comme l'insight et le plaisir l'accompagnant chez le patient comme chez moi (on se souvient de la scène où Jody dessine le soldat mort du poème et où j'accompagne son dessin par une « découverte commune » de cette zone traumatique).

L'énergie mobilisée pour maintenir les clivages, les encapsulations est alors autorisée à s'inscrire dans des processus de liaison.

### **3-1-4 Métapsychologie des processus, des traces et de la mémoire : l'inscription traumatique<sup>715</sup>**

On connaît l'ajout de la transitionnalité que R. Roussillon fait à la métapsychologie freudienne. Il s'est aussi beaucoup attaché à reprendre les théorisations freudiennes de la mémoire et des traces. C'est très appuyé sur sa relecture de l'œuvre freudienne que j'ai rédigé ce chapitre.

Dès le début et à travers la notion de réminiscence, Freud a posé la question des traces de l'expérience. La « réminiscence » psychotique par exemple, basée sur des affects, des perceptions ou sensations brutes et traumatiques, est conçue comme la trace d'une histoire non subjectivée qui essaie de s'articuler à la vie psychique en traversant le psychisme par les processus de l'hallucinatoire.

---

<sup>715</sup> Ce chapitre, comme d'ailleurs son titre, est très largement inspiré des travaux de R. Roussillon, notamment ceux exposés dans *Le plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique*.

R. Roussillon rappelle que Freud insiste sur l'idée que le délire met en jeu la réactivation

« (...) dans l'actualité du présent du sujet, d'une zone traumatique, c'est-à-dire non représentée -et j'ajouterai historiquement non représentable pour le sujet-, d'une vérité historique du traumatisme. »<sup>716</sup>

Il précise que ces traces, qui portent bien un indice mémoriel, ne sont cependant pas inscrites comme traces puisque non repérées par le sujet comme des représentations.

Ainsi, l'hallucination perceptive porterait trace de « réalités historiques non représentées », il y aurait un « retour perceptif ». Cela n'est pas sans poser la question de leur conservation : ces traces ayant échappé aux remaniements successifs de la psyché (dont l'après-coup et les processus de liaison), où ont-elles été inscrites ?

L'article de Freud de 1938 étudiant *Le clivage du Moi* fait l'hypothèse que ces traces ont une « situation topique clivée », soustraite à l'intégration dans le Moi :

« A la suite d'un traumatisme, une déchirure s'est produite dans la subjectivité, déchirure qui « ne guérira jamais plus, mais grandira avec le temps »<sup>717</sup>

Il n'est donc plus seulement question de refoulement. Le clivage témoigne d'un « (...) point d'échec de la réflexivité psychique, d'une blessure dans l'appareil psychique auto. »<sup>718</sup>

**Sur mon schéma topique, les zones de plis constituent à la fois les zones de ces clivages et les zones où ils peuvent s'assouplir et mettre en contact les couples d'éléments psychiques opposés.**

**On pourrait dire, en simplifiant, que lorsque le ruban que j'ai représenté se retourne et se développe, il peut résorber le clivage, faire se joindre les éléments de l'expérience jusque là clivés. La conception de mon schéma suppose bien et une théorie des traces dans la psyché, et une théorie du clivage.**

---

<sup>716</sup> Roussillon (R.), *Le plaisir et la répétition*, p.4.

<sup>717</sup> *Ibid.*, p.8.

<sup>718</sup> *Ibid.*

Ces points de rencontre, ces nœuds, ces zones de contact sur mon schéma sont aussi les zones où la réalité psychique est cristallisée puis inscrite au moins en tant que figuration.

Ce qui se situe entre la réalité psychique appropriée par le sujet et ce qui est maintenu clivé (ou qui reste non symbolisable) erre dans les autres zones de ma topique à la façon des personnages de Beckett dans *Le Dépeupleur*, navigue sans ordre dans le cylindre, et réapparaît parfois seulement dans des perceptions, des actes ou des somatisations.

Evidemment, le travail thérapeutique parviendra (par exemple à la suite de constructions efficaces) à mettre en évidence et en contact ces zones de plis, espaces de rencontres des éléments de l'expérience traumatique. C'est alors seulement que l'informaté deviendra forme de l'expérience.

Ce travail consiste parfois aussi à rechercher « le traumatisme perdu » (R. Roussillon), les éléments de l'expérience traumatique se perdant facilement dans le cylindre s'ils ne sont pas attractés par les zones de plis.

Le sujet fournit constamment des efforts à la fois pour isoler ses zones traumatiques et les intégrer, les intérioriser. Mon schéma est construit sur un cylindre contenant le déploiement de couples d'opposés (extérieur/intérieur, anal/phallique, conscient/inconscient, dedans/dehors...) en lien avec le fait que les zones traumatiques sont aussi des zones de confusion entre ce qui vient du sujet et de l'extérieur.<sup>719</sup>

Le clivage change le mode de fonctionnement habituel de la psyché et peut maintenir inconscients des pans entiers de l'expérience n'ayant subi aucune réorganisation, aucune représentation et qui restent « en attente » :

*« Et si ce reste a pu profiter de quelques conjonctures historiques pour arriver à glaner une ébauche de présence et de symbolisation, la rigidité fétichique ou obsessionnelle qui l'affecte porte assez la trace du fait qu'il s'agit plus d'une méthode de fixation d'un point de confusion que d'une réorganisation après-coup véritable au sens où l'on peut en parler dans la névrose. »<sup>720</sup>*

---

<sup>719</sup> René Roussillon rappelle d'ailleurs que le mouvement premier face au traumatisme n'est pas d'en expulser les traces mais de tenter de les assimiler comme provenant de lui, les lier narcissiquement.

<sup>720</sup> *Ibid.*, p.12.

En quelque sorte, le sujet répète du non-advenu au Moi tant que l'expérience n'a pas été réactualisée, présentifiée pour

« (...) trouver une sépulture historique convenable, une représentation, pour enfin pouvoir être située dans le passé et ne plus hanter les alcôves du présent perceptif du sujet et lui épargner les contre-investissements coûteux ainsi inévitablement mobilisés. »<sup>721</sup>

**Si figure sur mon dessin topique un ruban représentant le couple psyché du patient/psyché des thérapeutes, c'est bien parce que la thérapie, le transfert devrais-je dire, doit permettre (sur les zones de plis) des sortes d' « après-coups représentatifs » (R. Roussillon) des éléments clivés, fragmentés, perdus ou atomisés de l'expérience traumatique. Les zones concernées sont à la fois les zones de confusions et de représentations possibles.**

Si le lecteur se souvient du cas de Denis précédemment exposé dans cette thèse, il verra bien comment certaines questions venues sur la scène transférentielle sont venues pour traiter ces zones. Par exemple, le moment où Denis aborde le « choc » de l'érection ou du baiser amoureux, ou encore celui où il décrit la « piquée » ressentie face à son frère. Le risque est alors de rester dans la confusion, voire de l'entretenir sur une scène perverse, l'intérêt est pourtant là, il faut avec prudence entrer dans ces zones pour remettre en contact avec Denis, réunir les éléments dispersés et non-identifiés, non-advenus de son expérience traumatique. Les chaînes associatives de Denis durant ces séances ne trompent d'ailleurs pas sur ce dernier point.

Ces éléments conservés intrapsychiquement et ayant gardé un statut traumatique sont des traces mnésiques. Je ne pourrai ici reprendre la complexité de ce concept<sup>722</sup>. Retenons seulement que la trace est souvent « paradoxale » en ce qui concerne le traumatisme, non repérable comme telle mais seulement imaginable par ses effets repérés dans le fonctionnement psychique.

---

<sup>721</sup> *Ibid.*

<sup>722</sup> On peut se référer pour une synthèse pointue de cette approche aux travaux de R. Roussillon tels qu'il les expose par exemple dans *Le plaisir et la répétition, Le traumatisme perdu et Agonie, clivage et symbolisation...*

Trois types de traces mnésiques sont signalées par Freud : celles qui produisent des souvenirs ou des représentations de choses sont les plus simples à saisir puisqu'elles sont bien des représentations.

Le troisième type que R. Roussillon nomme la « trace mnésique perceptive » ne se présente ni comme une trace ni comme une mémoire mais, une fois activée, comme un élément actuel, un acte (à travers un affect brut, une perception, la motricité). Elle peut être encore moins décelable et se contenter de « tordre » les chaînes représentatives, le Moi, courber les mouvements psychiques...

Cliniquement et contre-transférentiellement, R. Roussillon propose que cette troisième trace se présente lorsque se pose la question suivante :

*« Qu'a-t-il donc bien pu se passer dans l'histoire de ce sujet pour qu'il produise maintenant un tel fonctionnement psychique en cours de séance ou dans sa vie, que répète-t-il ainsi dont il n'y a pas de trace directement accessible comme telle dans ce qu'il évoque ? » (ce type de considérations fait aussi penser à ce qui pourrait permettre de repérer la dépression essentielle évoquée par P. Marty).*

*Le concept de traces mnésiques perceptives ou sensitivo-perceptivo-motrices tente de cerner l'existence de traces non représentatives, c'est-à-dire de traces qui signalent « une absence de trace subjectivement repérée comme telle. »<sup>723</sup>*

Ces traces sont bien celles concernées par la clinique du traumatisme sexuel ; il n'est d'ailleurs pas étonnant que j'aie autant insisté sur la technique de la construction et sur l'usage des signifiants formels dans ces thérapies.

Mais suivons encore un peu la pensée de R. Roussillon et arrivons à l'hypothèse formulée (à partir de pathologies de type psychotique, perverse, psychosomatique ou narcissique identitaire) : il s'agirait de

*« (...) considérer que ces signes, non représentatifs mais plutôt subjectivement présentés comme des éléments perceptivo-moteurs, sont des indices de l'activation de la zone traumatique primaire du sujet. »<sup>724</sup>*

Cette zone traumatique primaire s'adresse à ce qui n'a pas reçu d'inscription représentative dans le Moi-sujet, ce qui reste clivé du processus d'intégration psychique (R.

---

<sup>723</sup> *Ibid.*, p.13.

<sup>724</sup> *Ibid.*, p.13.



Roussillon, 1999). On arrive donc à parler de traces incluses dans un appareil de mémoire pour ce qui pourtant ne se présente pas comme tel et ce sont bien les registres perceptif, moteur et sensitif qui sont essentiellement concernés.

Le corrolaire de cette hypothèse est de penser un retour hallucinatoire des éléments ainsi décrits. Quelque chose se répète, mais R. Roussillon insiste pour différencier l'effort du sujet pour évacuer les expériences insatisfaisantes du processus qui réveille les traces de ces mêmes expériences, qui les « présente » perceptivement de nouveau au sujet.

C'est parce qu'il y a échec du processus de liaison que cela se répète, parce que l'expérience traumatique ne peut pas être liée ni évacuée.

D. Anzieu, reprenant les vues freudiennes, propose une complexification du système d'inscription des éléments psychiques : dans le corps (essentiellement sur la peau), dans le moi et dans le penser. Ce que Freud nomme le moi-corps, D. Anzieu l'appelle le moi-peau (proposition faisant du moi une métaphore de la surface de la peau) ; mais il y ajoute une idée plus originale :

*« (...) le penser serait pour l'essentiel une métonymie du moi (ce que j'appelle le moi pensant) : à ces trois niveaux d'abstraction et de complexité, la peau, le moi, le penser, ce dernier fait correspondre des séparations et des emboîtements de niveaux de symbolisation (...) qui sont caractérisés par des logiques propres : locales, régionales, voire à visée universelle. »<sup>725</sup>*

Cette complexification est évidemment compatible avec les précédentes, permettant d'insister sur l'inscription corporelle comme sur les réseaux de complexification de la symbolisation. Dans son commentaire à cette théorisation<sup>726</sup>, D. Anzieu rappelle que le premier niveau de l'interdit porte sur la fusion (avec le corps, la peau, le moi, les pensées des autres), le second niveau prohibant les gestes d'emprise « égoïstes ou violents ». Il insiste sur la réflexivité et l'emboîtement : la mise en acte des désirs et besoins dépend de la mise en parole qui elle-même est « suspendue » à la mise en pensée : « A chaque niveau, la réflexivité des opérations est conservée, transférée, transformée ».<sup>727</sup>

---

<sup>725</sup> Anzieu (D.), *Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*, p.23.

<sup>726</sup> C'est la proposition 16 : « Le double interdit du toucher. Le passage du Moi-peau au Moi-pensant s'effectue par le double interdit du toucher », *Ibid.*, p.33.

<sup>727</sup> *Ibid.*

Toute symbolisation suppose bien pour cet auteur aussi un système psychique complexe conservant et transformant les traces. D. Anzieu va d'ailleurs encore complexifier ce modèle en proposant cinq niveaux de symbolisation ayant des logiques particulières : logique des qualités sensibles, spatiale et des formes, des relations, temporelle et des mouvements, logique abstraite enfin.

Rappelant l'entreprise de C. Lévi-Strauss de classer les mythes selon la complexité croissante des problèmes traités<sup>728</sup>, D. Anzieu note, concernant cette première logique des sensations (ou des qualités), qu'

*« (...) 1. elle organise les qualités tactiles comme toile de fond sur laquelle les autres qualités sensibles émergent comme figures (cf. par exemple l'expression « contacter par téléphone » qui rattache des sensations auditives à une sensation tactile) ; 2. elle établit des correspondances entre des paires de termes opposés propres à un organe des sens et des oppositions propres à un (ou plusieurs) autre(s) organe(s) des sens (cf. le sonnet de Beaudelaire sur les correspondances entre nos sensations et celui de Rimbaud sur la couleur de voyelles) ; 3. elle rattache à un même objet (d'abord la mère) les diverses catégories de sensations qui sont alors reconnues comme émanant d'elle et non de personnes distinctes ; la perception de l'unité de l'objet rend possible l'acquisition de sa constance ; c'est le premier consensus, au sens étymologique d'accord des sensations entre elles. D'où la « consensualité » spatiale et la synchronisation temporelle ; d'où la construction d'un « sens commun », sixième sens commun aux cinq autres. »<sup>729</sup>*

Continuant de suivre les travaux de C. Lévi-Strauss, on observe le développement d'une logique des formes succédant à la logique des sensations<sup>730</sup> : vide et plein, contenant et contenu, interne et externe... Et D. Anzieu d'ajouter :

*« De cette logique de la morphogenèse relèvent notamment ce que j'ai appelé les signifiants formels (...). Il ne s'agit plus seulement d'opposition et de constance, mais de formes exposées à des changements qui peuvent les produire ou les détruire.<sup>731</sup>*

Arrêtons-nous un temps seulement pour constater l'intérêt évident de ce travail pour ma recherche. **On observe bien, dans ma proposition topique, la « toile de fond » tissée**

---

<sup>728</sup> Dans *Le cru et le cuit* (1964) par exemple, il est question d'oppositions entre qualités sensibles comme le cru et le cuit, le frais et le pourri, le sec et l'humide...auxquels D. Anzieu ajoute le solide et le mou, le clair et l'obscur, le doux et le rugueux...

<sup>729</sup> *Ibid.*, p.35.

<sup>730</sup> C. Lévi-Strauss évoque cela dans *Du miel aux cendres* (1967).

<sup>731</sup> *Ibid.*, p.36. D. Anzieu note que les « représentants de transformation » exposés par Gibello appartiennent à cette catégorie.

**par le cylindre permettant notamment le déploiement (voire l'errance) des qualités sensibles de l'expérience traumatique. On voit bien aussi (et cela apparaît sur les lignes de couples d'opposés dessinées en couleur) comment cela s'organise sur des oppositions de qualités.**

On remarque également qu'un des objectifs principaux de mon schéma est de mettre en évidence **le moment où ces qualités « émergent comme figures » sur ce fond : ces moments sont sur les zones de plis du ruban.**

L'idée de rapport à la spatialité est évidente et a déjà longuement été exposée. J'ai aussi très vivement insisté sur **la construction de l'expérience à partir de couples d'éléments fondés sur des oppositions**, permettant un déploiement des qualités de l'expérience sur cette base.

Le « sixième sens » ou « sens commun », « consensualité » est constitué, in fine, par l'armature du cylindre, ce que j'ai appelé le sentiment d'identité (que l'on peut décliner en termes d'intégration de l'expérience, d'unification, de symbolisation, de réflexivité...).

Pour terminer, le passage du premier temps à une certaine « morphogenèse » rejoint clairement une des hypothèses de cette thèse concernant **le jeu de la forme de l'expérience traumatique, le déploiement de l'infirmité.**

La topique que j'ai proposée met particulièrement en relief ces deux premiers temps (correspondant peut-être aux logiques des sensations et des formes) mais ne fait pas non plus l'impasse sur les traitements suivants de l'expérience (D. Anzieu parle notamment alors d'une pensée qui nécessite des transformations et demande du temps, une logique des mouvements : c'est pour cela que je n'ai pu me contenter d'une superposition de rubans de Möbius, il fallait que le modèle soit en continuité et déployable dans le temps).

# **3-2 Où sont les zones traumatisées ? Comment la topique est-elle bouleversée ? La mobilité psychique décrite dans la métapsychologie freudienne est-elle mise en question ?**

## **3-2-1 La question topique**

Je reviendrai plutôt rapidement sur cette question que je crois avoir assez développée précédemment<sup>732</sup>. Je n'ai évidemment pas la prétention de proposer une topique remettant en cause, ni même nuancant les topiques freudiennes existantes. Le modèle que je propose est intégratif, il suppose d'intégrer les topiques habituelles dans une modélisation permettant leur déploiement sous l'angle de vue des processus, de l'appel de l'expérience à trouver une forme tout en sauvegardant son identité.

L'inconscient est complexe on le sait. Des éléments internes ou externes au sujet le constituent. Même lorsqu'ils proviennent de l'extérieur, ils ont traversé l'appareil psychique ou une partie seulement (en étant investis ou pas). Ils ont donc été intériorisés sous des formes très différentes, plus ou moins intégrés, agrégés, clivés, encapsulés dans la vie psychique du sujet selon la possibilité d'être symbolisés ou pas.

---

<sup>732</sup> *Supra.*, chapitre 2-3 de cette thèse.

Ils peuvent aussi avoir pénétré la psyché « sous forme de gobage » (M. Berger) en gardant un statut atopique, errant dans la psyché en recherche d'un lieu d'inscription et, j'insiste, d'une forme circonscrite. Certains auteurs ont théorisé ces éléments avec la question de la crypte, du fantôme, je l'ai fait en ce qui concerne la question des expériences traumatiques autour de la notion d'*informaté*. Ces éléments concernant bien la préhistoire du Moi. Les éléments sont aussi parfois dans le psychisme du sujet sous forme de traces corporelles et concernent alors un registre très archaïque interrogeant le lieu et le temps où le Moi s'origine. Ces éléments très en rapport avec les traces perceptives sont « stockés » dans l'appareil psychique, parfois de façon rudimentaire, rigide et presque inaccessible.

Lorsque Ferenczi aborde la question de la mort psychique décelée dans l'expérience traumatique de ses patients, on comprend bien à quel point la conception freudienne de refoulement ne peut rendre totalement compte de l'autotomie observée, d'une coupure dans la relation avec l'objet.

Monique Schneider<sup>733</sup> rappelle que la notion de mobilité (mobilité de la pulsion) présente dans la conception freudienne du refoulement ne se voit pas chez Ferenczi. Cette mobilité s'observe plutôt chez ce dernier dans une certaine fluidité des positions et des tentatives d'auto-réparation au moment de l'expérience traumatique et juste après. On observerait par exemple cette mobilité dans le secours de l'ange gardien à l'enfant agonisant ou à l'adulte agresseur

Le modèle topique que je propose, plus malléable, plus extensible, pouvant se dilater ou se contracter, permet le déploiement de ces éléments et, par sa construction en ruban de Möbius, permet aussi de lire comment peut se faire l'inscription de l'expérience (dans les zones de plis).

**La topique dessinée est évidemment articulable aux topiques pré-existantes et ne change rien à la question de la mobilité psychique entre les différentes instances, les différents lieux d'inscription. Elle n'est qu'une proposition visant à rendre plus lisible et visible le déploiement de l'expérience.**

Son intention est finalement assez proche je crois de celle de M. Berger construisant sa *Topique de la profondeur*.<sup>734</sup> Dans son modèle, il cherche plutôt à comprendre « comment

---

<sup>733</sup> Schneider (M.), *Le trauma et la filiation paradoxale. De Freud à Ferenczi*.

<sup>734</sup> Berger (M.), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi. La topique de la profondeur*.

s'effectue un creusement de la vie psychique »<sup>735</sup> plutôt que de s'attacher à différencier par exemple les sources externes ou internes des expériences. Il est évident que, dans l'expérience traumatique, quelque chose de la profondeur et de la surface n'est pas constituée, un des intérêts de ma modélisation est de souligner ce passage constant de l'un à l'autre, voire leur caractère permutable.

Freud (1900) parlait déjà de « psychologie des profondeurs » pour désigner le mouvement d'exploration de l'inconscient, M. Berger aborde la question d'un « creusement de l'espace représentatif » pour décrire un processus de prise de distance par rapport au monde externe et simultanément d'intériorisation de ce monde. Cette dynamique précède un deuxième mouvement de « creusage-intériorisation » aboutissant à la possibilité de se représenter soi-même : « C'est l'ensemble de l'instauration de ces divers espaces-temps que je nomme la *topique de la profondeur*. »<sup>736</sup>

Selon M. Berger, l'ensemble des éléments psychiques (processus, contenants de pensée, pulsions...) suit deux mouvements : de l'identique vers le différent en s'articulant avec le développement d'une histoire (des échanges avec l'environnement), et un mouvement d'internalisation de ces échanges et de leurs protagonistes sous différentes formes (processus transitionnels, fantasmes, contenants de pensée...) « (...) de manière à constituer le fond immuable et l'assise narcissique sur lesquels va pouvoir se développer l'altérité, l'autonomie de pensée du sujet. »<sup>737</sup> Ce fond immuable correspond dans ma modélisation aux parois du cylindre, au sentiment d'identité du sujet, à sa continuité d'être.

Ce processus est assez proche de ce que je décris, mais je fonde plutôt ma topique sur l'idée d'une recherche de forme de l'expérience. J'y retrouve cependant aussi l'insistance sur la valeur spatiale du modèle

« (...) au sens où les relations avec autrui évoluent dans leur structuration sous la forme d'une disposition spatiale dont les processus de séparation physique et psychique ne sont qu'un des éléments (...). »<sup>738</sup>

---

<sup>735</sup> *Ibid.*, p.185.

<sup>736</sup> *Ibid.*, p.12.

<sup>737</sup> *Ibid.*, p.79.

<sup>738</sup> *Ibid.*, p.78.

L'insistance de mon modèle sur la spatialisation de l'expérience traumatique n'empêche en rien, évidemment, la vectorisation temporelle. Je rappelle que l'espace dont il est question dans ma proposition topique est un espace plutôt topologique.

Je l'ai déjà souligné également, on pourrait trouver des modélisations topiques tout à fait compatibles avec les topiques existantes mais qui les éclairent avec un autre point de vue. Je pense par exemple à la façon dont D. Melzer décrit le passage de la bi à la tri-dimensionnalité (1975), comment il conçoit également la topique du *Claustrum* et ses différents compartiments.

Il n'est d'ailleurs pas étonnant que, comme pour lui, ce soit une clinique des situations extrêmes qui m'ait encouragé à élaborer un modèle pouvant en rendre compte.

Mon modèle ne fait donc que souligner la mobilité déjà existante dans les précédentes topiques en :

- Ne distinguant pas deux pôles (par exemple externe et interne, conscient et inconscient) et une sorte de zone intermédiaire assurant le passage de l'un à l'autre (le préconscient par exemple) mais plutôt le jeu de l'expérience à travers tous ces éléments.

La construction en biface et en ruban de Möbius permet une grande mobilité et une inscription de chaque élément de l'expérience sur l'une et l'autre de ces faces. Il est moins question d'un passage progressiste d'une instance à une autre (vers une conscientisation de l'expérience par exemple) que d'une permutabilité et d'un jeu.

- Ne donnant pas l'idée d'une valeur plus ou moins bonne de tel ou tel type d'inscription, de tel ou tel processus. La construction en épaisseur et en déploiement du modèle accorde plus d'importance à la valeur dynamique, à la mobilité du processus qu'au lieu où s'inscrit, se forme, se transforme et se représente l'expérience traumatique.

Il n'est pas étonnant que l'interrogation sur la nature de l'inscription traumatique pose la question de la mobilité psychique dans la métapsychologie freudienne. Freud lui-même s'est interrogé jusqu'aux derniers moments de son œuvre à ce sujet. Ainsi, s'intéressant au

clivage du moi, il se demande encore si sa conception est révolutionnaire ou si ce processus peut tout à fait s'intégrer à sa conception antérieure.

C'est bien à travers notamment le processus de clivage (et non plus celui du refoulement) que Freud va réinterroger sa topique. Comme le remarque M. Torok :

*« Il [Ferenczi] recommande qu'on écoute les patients et non pas la théorie. Ce n'est pas dire qu'il ne reconnaisse pas les grandes théories de Freud sur la psycho-sexualité, mais il considère comme dépassée et rigide la notion de complexe (de père, de mère, etc.). Oui, dépassée, car la métapsychologie freudienne (le point de vue topique, dynamique, économique) permet déjà d'enquêter sur les traumas. [...]*

*Peut-être Freud se rapproche-t-il à la fin de sa vie des recherches férencziennes ? Il s'intéresse au clivage du moi. Il se demande s'il s'agit là de quelque chose de tout à fait nouveau et déconcertant. Revient-il à tâtons vers l'idée férenczienne de l'autotomie, de la coupure avec soi ? En tout cas, le clivage du moi et la séquestration (Ferenczi parle de cette dernière comme un des effets du trauma) sortent des cadres de la première et de la seconde topique de Freud. »<sup>739</sup>*

C'est en pensant à nouveau l'expérience traumatique, ses effets et les processus de défense que Freud s'est aussi interrogé sur la façon dont sa propre métapsychologie pouvait ou pas contenir cette expérience.

M. Balint affirmait en 1956 que des thérapeutes pourtant aguerris et pouvant traiter les registres génital et pré-génital se trouvaient cependant plutôt démunis face à certains patients présentant des difficultés d'intégration ou insensibles à l'analyse, décrits comme « dissociés », « schizoïdes », au « Moi trop faible ou trop infantile », « narcissiques »... ; des patients ne jouant pas dans les séances des problématiques seulement oedipiennes.

Il remarquait qu'il était inutile de trop se centrer sur la topique, comme cela pouvait être le cas avec les patients de Freud. Il faudrait plutôt considérer simultanément le niveau oedipien (impliquant conflictualisation et fixation) et le niveau du « défaut fondamental ».

A ce dernier niveau, le patient communique difficilement ses états traumatiques avec le langage verbal, obligeant le psychanalyste à traduire les éléments observés à travers le transfert. C'est un état « sans conflit et sans complexe » fondé dans une relation duelle et exclusive en partie inaccessible au langage verbal.

---

<sup>739</sup> Torok (M.), *Une vie avec la psychanalyse*, p. 142-143.



Dans ce niveau, les mots sont très souvent insuffisants et la relation d'objet est « le premier et le plus sûr facteur thérapeutique ».

Cela est évident, les traces de l'expérience ne sont pas (ou très mal) subjectivées lorsqu'il y a traumatisme. S'il reste difficile de trouver leur lieu d'inscription, on peut cependant je pense penser une topique et une économie permettant de rendre compte de la façon dont elles n'ont pas ou mal été subjectivées. Mon modèle à la prétention de mettre en relief les faillites en même temps que les tentatives d'appropriation de l'expérience.

Ainsi, on devrait pouvoir y lire toutes les répétitions, les appels aux traumatismes antérieurs, le jeu sur des scènes plus ou moins éloignées

Ma proposition de représentation topique n'est qu'un essai de figuration de ce type d'expérience, elle ne bouleverse rien en elle-même. C'est évidemment le traumatisme qui bouleverse la topique (le collapsus topique étudié par C. Janin en est un exemple, comme l'après-coup freudien).

J'ai beaucoup insisté sur les aspects paradoxaux de l'expérience traumatique. Toute situation paradoxale a des effets topiques. Comme le rappelle D. Anzieu :

« La situation paradoxale perturbe la constitution du Moi-peau et, par là-même, grève le développement ou le fonctionnement ultérieur du moi dans certains secteurs. Par ailleurs, dans la situation paradoxale, le surmoi ne peut pas évoluer jusqu'au niveau oedipien et ambivalentiel ; il reste confondu avec l'idéal du moi et l'investissement pulsionnel qu'il reçoit est essentiellement le fait de la pulsion de mort. L'autonomie insuffisante du moi et la toute-puissance du surmoi font qu'aucun des deux principes régulateurs de l'appareil psychique selon la première théorie de Freud, le principe du plaisir-déplaisir, le principe de réalité, ne parvient à s'imposer. L'appareil psychique tombe sous le contrôle du troisième de ces principes, celui de la réduction des tensions au niveau le plus bas ; c'est-à-dire qu'à l'élan de la vie, avec ses moments de plénitude, de joie, de création, se substitue une sorte de sous-existence morne et relativement impersonnelle. »<sup>740</sup>

Freud a beaucoup utilisé les métaphores géographiques dans son œuvre. S'il conçoit un système psychique suffisamment mobile et souple, avec des sous-systèmes ou instances

---

<sup>740</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.58.

jamais totalement étanches mais permettant des zones de passage, il s'est aussi attaché à bien définir la topique de chacune de ces zones.

On distingue dans ses travaux aussi bien l'unité de l'ensemble que la délimitation de ses instances, même lorsque celles-ci se « disputent ». Lorsqu'il parle d'effractions ou de relations, les frontières dépassées ou en jeu sont bien nommées, délimitées. Comme le remarque A. Potamianou, la neurophysiologie d'aujourd'hui tend à confirmer ses recherches en ce domaine.

Sa définition des trajets et lignes défensives transperçant le moi, des débordements pulsionnels et traumatiques reste d'une grande richesse clinique et métapsychologique.

Ainsi, les recherches psychophysiologiques et biochimiques évoquées par A. Potamianou et publiées par L. Kolb<sup>741</sup> montrent que, dans des conditions traumatiques, les dynamiques cardio-vasculaire et neuromusculaire sont aussi bouleversées, allant jusqu'à désorganiser les processus cognitifs.

L'excès de stimulation émotionnelle a des répercussions sur les fonctions et même la structure de la barrière corticale neuronale (Sapolski, cité par Kolb, rappelle la mort de cellules de l'hypothalamus face à une stimulation excessive et répétée). Le sujet peut alors se laisser glisser vers une hypersensibilité désorganisant tous ses processus.

On revient, en accord avec A. Potamianou, sur la pertinence des propositions de P. Marty qui souhaite évaluer les propriétés du trauma selon la désorganisation qu'il provoque. Cette évaluation est évidemment d'une rare complexité puisqu'il faut tenir compte des réseaux investis ou désinvestis, des restrictions du Moi (A. Potamianou), de toutes les luttes anti-traumatiques.

Il faut aussi considérer la façon dont le sujet recherche ou pas les excitations traumatiques, son « appétence » dans ce domaine. A. Potamianou adopte ici une position proche de ce que j'ai appelé « pan-traumatique » en observant que l'économique prévaut dès la naissance, constitue le fond de la psyché et « le premier noyau du fonctionnement traumatique » : « On peut donc dire qu'on trouve là les racines de potentialités traumatiques communes à tous et un point attracteur vers ce qui ne connaît ni forme, ni lien. »<sup>742</sup>

---

<sup>741</sup> Kolb (L.), « A neurophysiological hypothesis explaining post-traumatic stress disorders », *Amer.J. Psychiatry*, 1987, 144, p.989-995. Cit in Potamianou (A.), *Ibid.*, p.36.

<sup>742</sup> Potamianou (A.), *Ibid.*, p.37.

Cette conception, appuyée sur la clinique (notamment l'observation des bébés), a l'avantage de considérer le fond traumatique commun à l'humain et permet aussi d'être en cohérence avec de nombreuses conceptualisations de l'expérience traumatique comme attracteur d'expériences plus archaïques (S. Freud, C. Janin, C. Garland, A. Ciccone et A. Ferrant par exemple).

Les premiers temps de la psyché donnent l'expérience d'un espace simultanément effrayant et fascinant par sa non-délimitation. La psyché naît dans une béance de représentation, une « potentialité de non-liaison représentative » (A. Potamianou) étant inscrite dans l'humain, cette béance inscrit le sujet dans une attitude paradoxale d'effroi et de fascination, de terreur et d'appétence devant le trop d'excitations. Entre le plaisir et le risque de tomber dans le non-figurable où la pulsion serait livrée à elle-même, sans forme (sans « morphèmes psychiques » dirait A. Potamianou) navigue parfois le sujet, la métapsychologie pouvant rendre compte de cela (le refoulé primaire ou des mouvements pulsionnels sans représentations pouvant attirer le Moi). Cette béance a bien entendu à voir avec la question du négatif dont j'ai déjà longuement parlé.

« On peut bien sûr concevoir une conscience à même de faire la part entre la liberté incontrôlable de nos fantasmes et la maîtrise qui est le fruit de leur transformation ; mais la référence à l'illimité et à la démesure restera au cours de toute vie le grand portail d'entrée dans le Moi des excitations traumatisantes.

L'appel à la démesure pousse le Moi à excéder ses forces, à ignorer ses limitations, à piétiner son autoconservation, s'exposant à ce qu'en fait il n'est pas à même de supporter. »<sup>743</sup>

Cette conception de l'appel aux traumatismes et de la façon dont l'expérience peut se déployer est très proche de ce dont essaie de rendre compte, topiquement, ma modélisation. Si ma topique est extensible en hauteur et en épaisseur, développée sur un cylindre de base, c'est pour montrer à quel point l'expérience traumatique fait appel à des restrictions et des dilatations pour son traitement. C'est l'identifié du sujet qui assure sa construction ; lorsque l'expérience n'est plus contenue dans mon schéma topique, le sujet meurt, psychiquement et même somatiquement.

---

<sup>743</sup> Potamianou (A.), *Ibid.*, p.39.

Ce schéma est aussi fait pour montrer comment la forme de l'expérience peut s'accrocher aux zones de liaison, voire de confusion des éléments l'organisant (par exemple à la limite, le « pli » entre le moi et le non-moi) pour tenter de se jouer. Elle peut même rechercher les zones où le Moi est troué, perforé, parce que ces zones sont « mieux que rien », elles sont les endroits où l'informité se cristallise un peu, où les derniers liens avec les objets sont resserrés.

Si l'informité traumatique se déploie trop, n'arrive pas à se circonscrire sur des zones de plis, le contenant mental explose (ou implose), laissant le sujet face à l'illimité ou la fusion comme si, ébloui par le dépassement des limites (et surtout dans l'incapacité de « voir » quoi que ce soit des éléments différenciateurs de son expérience), le sujet faisait voler en éclats le cylindre.

Pour éviter cela, le sujet dispose cependant de telles possibilités pour enclaver, fragmenter, refouler, cliver, atomiser, dénier, encapsuler, halluciner, s'auto-calmer ou s'auto-exciter....(rêver ou fantasmer dans le meilleur des cas) que **le cylindre de base peut supporter des déformations d'une ampleur considérable.**

Il convient en tout cas de peut-être penser un appareil psychique pas seulement en recherche d'une homéostasie mais également attiré par ses incohérences, l'instabilité, la béance, l'excitation et l'effondrement traumatique. Un système d'une grande complexité donc et surtout un système dynamique.

**La mobilité psychique est mise en question par le mouvement traumatique lui-même.** Ce dernier a tendance à figer les processus, à peu ou mal différencier, à opérer des liaisons (par exemple entre affects et représentations) peu stables, voire à les rendre impossibles (entre représentations de choses et de mots).

## 3-2-2 La question des traces, la symbolisation primaire

La plupart des auteurs ayant abordé la question du traumatique ont aussi essayé de penser le lieu d'inscription topique de l'expérience. Il fallait aussi en penser le processus.

Ferenczi a très précisément pensé cette question en précisant le lieu psychique où s'inscriraient originellement le traumatisme et ses effets, ses traces. C'est vers les défaillances maternelles qu'il se tourne, vers un échec de la contenance maternelle ou une séduction trop importante. C'est la dernière invention technique et thérapeutique de Ferenczi qui tentera de répondre et de travailler à l'appréhension de cette première trace traumatique, cet archi-originaire, la cicatrice traumatique maternelle-infantile : *l'analyse mutuelle*.

Cette invention technique lui permettra d'approcher les effets traumatiques de façon parfois extrêmement pertinente. On trouve des observations cliniques très riches et subtiles malgré une dérive réellement transgressive qui affole, excite les capacités interprétatives de Ferenczi (J. Guillaumin, 1988).

Voici donc où s'origine l'*Urrtraumatisch* :

« La question se pose de savoir s'il ne faut pas rechercher chaque fois le trauma originaire dans la relation originaire à la mère, si les traumas de l'époque un peu plus tardive, déjà compliquée par l'apparition du père, auraient pu avoir un tel effet sans la présence d'une telle cicatrice traumatique maternelle-infantile, archi-originaire (*Urrtraumatisch*). Etre aimé, être le centre du monde, est l'état émotionnel naturel du nourrisson, ce n'est donc pas un état maniaque, mais un fait réel. Les premières déceptions d'amour (sevrage, régulation des fonctions d'excrétion, premières punitions par l'intermédiaire d'un ton brusque, menace, voire correction) doivent avoir dans tous les cas un effet traumatique, c'est-à-dire, sur le coup, psychiquement paralysant. La désintégration qui en résulte rend possible la constitution de nouvelles formations psychiques. En particulier on peut supposer la constitution d'un clivage à ce moment-là. »<sup>744</sup>

---

<sup>744</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.137.

Il est très étonnant de voir à quel point la plupart des cliniciens ayant élaboré une théorie importante du traumatisme ont situé les premières traces dans les temps les plus anciens de la psyché. Les théorisations de l'expérience traumatique s'accompagnent en général d'une remontée dans les temps les plus reculés du psychisme et même de l'humanité. Il faut y voir là je pense une collusion avec la radicalité du traumatisme lui-même. Encore une fois, il ne s'agit pas d'une économie tempérée et de solutions de compromis. Ce sont des expériences qui ne souffrent parfois guère de nuances, des situations faisant appel aux éléments les plus archaïques du sujet.

Il faut que ce dernier, face aux risques de désintégration, d'atomisation, de perte du contenant psychique, aille chercher dans les derniers recours de sa pensée et de son histoire. Pas étonnant dès lors que ce à quoi l'on remonte soit l'« archi-originaire » pour Ferenczi, le temps des soins primaires, des histoires de bébé, le traumatisme de la naissance (Otto Rank), les temps glaciaires mêmes (Freud).

Les « fantaisies » de Freud (selon son propre terme), spéculations darwinolamarckiniennes et biogénétiques, ont aussi enthousiasmé Ferenczi. Cet accord sur un traumatisme généralisé, une catastrophe à l'avènement de l'ère glaciaire qui serait à l'origine de la mise en latence de la sexualité est étonnant si l'on en juge d'après d'importantes discordances entre ces deux psychanalystes en ce qui concerne l'origine du traumatisme.

Dans *Thalassa* (1924), Ferenczi semble en effet hériter de ces hypothèses. Dans sa « Présentation de « Thalassa » » en 1962, N. Abraham écrira d'ailleurs : « La question-guide sera double : quel est l'état traumatique ancestral que l'ontogenèse répète symboliquement, quel est le refoulement qui transparait à travers cette répétition symbolique ? » Il me semble que, malgré leurs oppositions, Freud et Ferenczi avaient tous deux compris que le traumatisme ne pouvait se comprendre sans référence à des temps archaïques, temps primaire et originaire que la psychanalyse formulera plus tard. Comme si le traumatisme actuel venait attirer des traumatismes de plus en plus anciens, remontant même aux premiers temps de l'Humanité, dépassant le sujet.

Dans ma propre modélisation, et plus modestement, j'en suis aussi venu à construire un modèle dont l'armature même repose sur une conception de l'identité qui pourrait presque prendre une valeur philosophique. Ce modèle fait référence aux fondements de l'humain, à ce qui fait que l'humain est humain, à son identité.

Etudiant la façon dont Freud s'est intéressé à l'inscription des traces de l'expérience, M. Schneider<sup>745</sup> remarque que le champ métaphorique se déplace de l'écrit vers une scène plus optique, c'est la *Schauplatz* où l'expérience se déploie sous les yeux de quelqu'un, le spectacle avec une connotation spatiale.

Freud n'a en effet jamais verrouillé les possibilités d'inscription dans la psyché, les excitations pouvant s'y trouver fixées de multiples façons (de façon métaphorique ou métonymique par exemple) ; il était clair en tout cas que l'inscription de l'expérience ne se faisait pas sous la seule forme linguistique :

« (...) l'inscription ne pouvant se limiter au décodage de ce qui est perçu, mais étant amenée à le loger dans un type d'espace : abyssal, circulaire, horizontal ou vertical, autant de structures qui s'appliqueront dans les multiples registres au sein desquels s'effectuera une pluralité d'inscriptions diffractées. »<sup>746</sup>

Si l'on suppose que la mémoire reste fidèle à la toute première inscription, il faut cependant reconnaître qu'une transformation a toujours lieu, le souvenir n'est jamais qu'un souvenir, il n'est pas l'expérience en elle-même.

Comme le rappelle M. Schneider, la psyché est régie par la loi de la transposition plus que celle de l'enregistrement. Et cette transposition est plurielle, elle nécessite le recours au corps, à l'affect, à la chorégraphie, l'espace, les mots... C'est pour cela que je rappelai précédemment la nécessité pour l'analyste d'être polyglotte. Les écritures de la trace sont tout aussi multiples que leur lieu d'inscription. Je reviendrai dans un chapitre suivant sur la façon dont les signifiants formels peuvent renseigner sur le niveau et le lieu d'inscription de l'expérience traumatique.

Toute la métapsychologie psychanalytique est fondée sur un appareil psychique et de langage qui a besoin de transformer l'expérience brute pour pouvoir la traiter, il faut d'abord trouver une forme et la transformer en représentation de chose. La *matière première psychique* n'est pas utilisable telle quelle :

« Ce qu'il faut avoir à l'esprit à cet égard c'est que la réalité psychique, la matière première de la psyché est complexe et multiple. Il est très probable que l'expérience subjective de base, et

---

<sup>745</sup> Schneider (M.), *Le trauma et la filiation paradoxale. De Freud à Ferenczi*.

<sup>746</sup> *Ibid.*, p.33.

certainement toute expérience subjective d'importance, ne peut être saisie, dans sa complexité, d'emblée et sans médiation. L'expérience de base, la matière première de la psyché est sans doute multisensorielle, multipulsionnelle, multiperceptive, elle mêle comme nous venons de le voir le mien et l'autre, le dedans et le dehors, et sans doute le présent et les passés, car elle est aussi multitemporelle, parfois atemporelle ou traversée par de nombreux temps (...). Cette complexité lui confère un caractère éminemment énigmatique et ambigu, qui en interdit la saisie et l'intelligibilité immédiate. Le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se signifie et s'intègre, comme A. Green le souligne à différentes reprises. »<sup>747</sup>

La symbolisation langagière n'est que secondaire et doit travailler à partir d'une symbolisation « primaire », une expérience déjà un peu organisée par le symbole primaire. Si la symbolisation permet de relier deux signes entre eux, deux représentations entre elles et la symbolisation secondaire de relier une représentation de chose à une représentation de mot, on pourrait définir avec R. Roussillon la symbolisation primaire comme celle qui

*« (...) relie (...) la première inscription de la chose psychique –la « matière première » (Freud, 1900) psychique-, c'est-à-dire le premier signe psychique de la chose, sa trace mnésique perceptive, à la représentation de chose. »<sup>748</sup>*

Il fallait, après Freud, trouver le processus permettant de réduire l'écart entre la matière première psychique et sa symbolisation sous forme de représentation de chose.

Cette matière première étant très complexe et dense, son inscription et sa saisie le sont aussi. Dans le complexe immense que représentent l'expérience du sujet et ses composés, complexe multisensoriel condensant les premiers éprouvés et les premières réponses de l'autre, tous les mouvements pulsionnels, les perceptions internes et externes, ce complexe insaisissable et a fortiori indescriptible, j'ai choisi d'isoler la forme de l'expérience.

Après S. Freud, R. Roussillon rappelle l'urgence première de la psyché de se saisir de l'expérience d'abord seulement pour qu'elle ne déborde pas la psyché. Je pourrais dire sans trop de risque que l'expérience traumatique l'est justement parce que cette saisie première n'a pas pu être effectuée, ou pas suffisamment. Le modèle topique que je propose et les

---

<sup>747</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.22.

<sup>748</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.218.



différentes solutions traumatiques que j'ai évoquées tentent de rendre compte des efforts du sujet pour se l'approprier.

Pour d'abord vivre l'expérience, la supporter, il est parfois nécessaire que le sujet, lorsqu'il n'a pas pu le faire lorsqu'elle s'est produite la première fois, le fasse avec l'aide de ses thérapeutes. Se rejouera avec les thérapeutes le même processus de saisie qu'il aurait dû alors se produire si le sujet n'avait pas été débordé par l'expérience la première fois, la première métabolisation se fait « à la lisière de la symbolisation » (R. Roussillon) avec une symbolisation première dont de nombreux auteurs ont tenté de rendre compte (D. Anzieu avec les signifiants formels, G. Rosolato et les signifiants de démarcation, les protoreprésentations de Pinol...).

Ce qu'il faut aussi retenir, c'est que, dans cette première saisie, les éléments de l'expérience sont diffractés et analysés, elle décondense l'expérience subjective, ses éléments, son contexte :

« Elle produit ainsi une première forme de représentation qui correspond à ce que Freud a appelé les représentations-de-chose, ou représentations-chose et qui caractérisent le processus primaire et ce que j'ai proposé de nommer, à partir d'une intuition de D. Anzieu, la « symbolisation primaire ». Cette mise en forme représentative de l'expérience est déjà une première forme de mise en sens. C'est la saisie représentative première de la « chose » psychique, celle qui commence à apprivoiser son caractère énigmatique et ambigu. »<sup>749</sup>

Devant l'énigme de la matière première, Freud souligne en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* que la psyché doit avant tout assurer une « mainmise » sur l'excitation pulsionnelle. Sa reprise pour la symboliser, après sa saisie par la psyché, se fera « fragment par fragment » (Freud, *Deuil et mélancolie*).

**Selon moi, la symbolisation de l'expérience devrait passer par une symbolisation de la forme de cette expérience, forme non circonscrite, dégradée et diffractée sous ce que j'ai nommé l'informité dans le cas des expériences traumatiques.**

---

<sup>749</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.23-24.

**La mise en forme de cette informité (on excusera cette lourdeur) en quelque chose de figurable, de circonscrit dans une forme est un travail s'inscrivant dans la symbolisation primaire.**

**L'informité, comme la matière première de la psyché, est énigmatique, hypercomplexe et infinie. Pour la saisir, pour qu'elle puisse s'organiser, se cristalliser en une forme d'expérience reconnaissable par le sujet et localisable, il faut qu'elle puisse se déployer et se circonscire dans une topique que j'ai tenté de schématiser sous la forme du modèle précédemment exposé, modèle en cylindre permettant le déploiement de rubans de Möbius représentant les qualités de l'expérience.**

Le déploiement de l'informité, comme le travail de symbolisation primaire dans lequel il s'inscrit, suppose un rapport au temps et à l'espace. On aura compris, je l'espère, à quel point ma topique ne le sous-estimait pas. Pour ce qui est de l'espace, les fondements topologiques de mon modèle ont été suffisamment expliqués, ainsi que la façon dont il se fondait sur les plis et les zones. En ce qui concerne le temps, que je déclinerai plus loin dans sa version rythmique, j'ai aussi insisté pour montrer, à travers les commentaires des différentes théorisations comme dans la construction de mon modèle, comment l'expérience traumatique s'inscrivait dans un rapport temporel très complexe avec des temps collabés, court-circuités, ignorés, des après et des avant-coups... Les situations traumatiques trompent parfois, souvent même le psychisme sur le temps.

Représenter c'est présenter une seconde fois, afin que la psyché puisse reconnaître la façon dont elle est touchée. Avant de commencer le travail d'élaboration, le sujet doit présenter son expérience à lui-même et cela, comme l'analyse R. Roussillon, n'est pas si simple.

Pour que le sujet puisse se présenter les qualités de son expérience, il faut impérativement qu'il y ait un écart entre le temps premier où elle s'est passée (l'inscription) et le temps second de la présentation à soi (la « re-présentation » dit R. Roussillon).

Pour résoudre cet écart, Freud propose la solution hallucinatoire ;

*« Le réinvestissement de la trace première produit une hallucination de l'expérience subjective antérieure, non différenciable d'une expérience actuelle. C'est d'ailleurs l'affirmation de cette particularité qui rend compte, à l'époque, du traumatisme : l'expérience antérieure hallucinée*

*déclenche les mêmes réponses actuelles qu'une situation en train de se dérouler, elle brouille le sujet sur la nature de ce à quoi il est confronté. Le modèle du traumatisme après-coup prend naissance dans le repérage de ce processus.»<sup>750</sup>*

Pour qu'il n'y ait pas traumatisme, il faut donc que le sujet puisse différencier ces deux expériences, ou plutôt l'expérience première et sa reproduction. En essayant de résoudre cette question, la psychanalyse est d'abord tombée dans une *impasse*, un paradoxe : « (...) *pour symboliser il faut et il suffit de faire le deuil de la chose, pour faire le deuil de la chose il faut représenter et symboliser celle-ci.* »<sup>751</sup>

Selon R. Roussillon, c'est la symbolisation primaire qui répond à cette impasse en permettant de penser de façon complexe l'écart entre hallucination et représentation de chose :

*« (...) la retenue est le fruit d'un travail psychique préalable qui articule le dedans et le dehors, le sujet et l'objet, pour produire une « liaison primaire » complexe dans sa formation et sa construction, elle est le fruit d'un travail de construction, d'un processus de symbolisation primaire. »<sup>752</sup>*

**On voit ici clairement je crois en quoi la lecture de la clinique du traumatisme sexuel que j'ai recueillie comme la proposition topique que j'ai faite s'inscrivent dans ce travail de symbolisation primaire. L'objectif de ma topique est bien de présenter le déploiement de ce travail de liaison primaire appuyée sur des couples différenciateurs importants tels que hallucination/représentation, dedans/dehors, sujet/objet, intérieur/extérieur... Tous ces couples sont représentés sur les lignes des rubans.**

**Mon schéma est bien dans le projet de rendre compte de comment la forme de l'expérience traumatique tente de se présenter au sujet (dans le cylindre) en laissant se déployer l'informité première. Pour faciliter cette re-présentation à la psyché, les plis du schéma figurent les attracteurs, les zones permettant à la fois d'attirer et de maintenir « en forme » les qualités de l'expérience. C'est un travail de mise en forme de l'informité.**

---

<sup>750</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.221-222.

<sup>751</sup> *Ibid.*, p.223.

<sup>752</sup> *Ibid.*, p.223.

**Il y a dans la psyché, comme dans mon cylindre topique, des zones et des objets qui attirent tout particulièrement cette mise en forme. Je me propose maintenant d'étudier l'un des objets qui est, à mon sens, le plus attracteur dans le dispositif que je propose: le couple des thérapeutes, je me propose aussi d'en analyser la zone de déploiement : la scène transférentielle, avec toutes ses composantes (y compris spatiales).**

### **3-2-3 Un traumatisme en creux, la symbolisation du vide**

On l'aura compris, l'expérience traumatique ne peut se résumer à la conception d'un excès d'excitations. Le psychologue clinicien doit toujours garantir la question du sens, même si de nombreux auteurs préfèrent par exemple l'exclure en ce qui concerne la répétition psychopatique, la réitération d'actes sexuels violents qui seraient exclus de la psyché et même « hors-sens ».

C. et S. Botella pensent, eux, que toute pulsion suppose un sens. Mais c'est peut-être parce que l'on a trop longtemps cherché le sens, ou devrais-je dire une causalité dans un excès que l'on s'est trouvé devant une impasse. Il n'y a pas toujours une mère trop intrusive ou un traumatisme bruyant à l'origine du traumatisme, l'absence en est parfois la cause (on retrouve là le « noyau froid » du traumatisme de C. Janin).

Ce qui, souvent, a été traumatique pour le sujet, c'est qu'il n'y avait pas d'objet là où il aurait dû en rencontrer un, en tout cas là où il en attendait un désespérément (Ferenczi avait très bien compris cela). Et concevoir une potentialité traumatique ainsi change aussi la façon dont on peut appréhender et l'expérience du sujet et son traitement : « S'il [le nouveau-né] ne rencontre ni sein ni regard admiratif, rien ne s'inscrira qu'il puisse revivre sous une forme ou

une autre. Il en est ainsi plus tard de toutes ces attentes dont la déception outrepassa la capacité de supporter le déplaisir.

« C'est cette histoire que nous raconte le recours à l'acte. La connaître est de grande importance car elle indique que la thérapeutique va consister à se présenter là où l'objet a manqué. »<sup>753</sup>

Ce traumatisme en creux, c'est un traumatisme où il faut récupérer de la subjectivité. R. Roussillon a bien décrit cette façon qu'a le sujet de se retirer de son expérience traumatique primaire pour survivre en se coupant de sa propre subjectivité. Cette expérience non vécue comme telle, laisse cependant des traces, des « traces creuses » dirais-je, perceptives et soumises à un retour hallucinatoire. Le clivage est alors une menace constante, un gouffre dans lequel le sujet peut être aspiré ; s'il cède, c'est une catastrophe psychique et le sujet peut alors avoir recours, comme ultime secours, à ce qui lui reste de « moins psychique », tel l'acte (C. Balier, 1999).

On pourrait ainsi figurer sur mon schéma topique le renversement produit par certains actes, y compris les plus criminels, tentant d'éviter la néantisation et la mort :

« La fonction du crime [...] c'est la transformation de la menace en triomphe, de la passivité en activité, de la détresse en toute-puissance, du traumatisme subi en traumatisme infligé. Sa logique, c'est de pénétrer pour n'être pas pénétré et détruit ; de tuer pour demeurer vivant. Sa finalité, c'est d'utiliser la victime pour renforcer le clivage. Sa dynamique, c'est de **mettre en scène et en actes criminels aujourd'hui ce qui n'a pas laissé de représentations psychiques autrefois.** »<sup>754</sup>

La clinique du traumatisme sexuel est parfois une clinique tellement bruyante, tellement mise en scène, tellement séduisante aussi quelquefois par sa violence, que l'on en oublie (mais peut-être est-ce pour cela que le traumatisme se présente aussi brutalement ?) le creux derrière elle, ce qui n'a pas été représenté, la souffrance muette.

On ne voit alors que l'horreur des actes commis ou subis, que la perversion des sujets ou leur statut de victime et l'on en oublie l'essentiel : ils n'ont rien à oublier. « Derrière, tout est creux et noir » comme le dit Madame Korschov dans le cas inaugural de cette thèse.

---

<sup>753</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.78.

<sup>754</sup> Zagury (D.), 2002, « Les *serial killers* sont-ils des tueurs sadiques ? », *Revue Française de Psychanalyse*, n°4, p.1195-1213., Cit. in Balier (C.), *La violence en abyme*, *Ibid.*, p.203. C'est moi qui mets en caractères gras.

Evidemment, ces traumatismes ont fort à voir avec des histoires très précoces, la clinique du traumatisme croise sans cesse celle du nourrisson. C. Balier, qui travaille pourtant avec des « grands adultes psychopathes », ne perd jamais cette partie d'eux-mêmes de vue, c'est à cette condition qu'il peut relancer avec eux leur pensée.

Imaginer inlassablement, même (et surtout) lorsque les patients n'y arrivent pas eux-mêmes, l'importance des traumatismes des premiers temps de la vie, ceux engagés par une mère violente ou délaissant l'enfant : « Restera le traumatisme sous la forme d'un manque vital avec un besoin impérieux censé être satisfait par un objet imprécis. »<sup>755</sup> Le manque vital, le besoin impérieux, l'insatisfaction, l'objet imprécis, tout cela définit bien le traumatisme en creux.

C. Balier a recours au niveau du « pré-originaire » (P. Aulagnier) pour comprendre les actes violents, le pictogramme permettant une lecture de ce qui se passe pour le criminel au moment de l'acte violent. Le sujet est alors évidemment en deçà de la représentation, l'acte est résumé par une sorte de pictogramme pénétrant/pénétré issu de la rencontre bouche/sein :

*« Cette configuration aurait été reprise par le criminel à un niveau phallique, au sein d'un mouvement violent où se conjoignent l'abolition du statut de sujet et la disparition de l'objet victime. Au moment du passage à l'acte, sujet et objet n'existent plus dans la représentation du criminel, ils sont confondus dans un télescopage des limites entre dedans et dehors et réduits à un simple pictogramme pénétrant-pénétré. »<sup>756</sup>*

La clinique du traumatisme sexuel ne peut se satisfaire d'interpréter en termes de fantasmes, d'oublier le vide, le creux et la terreur derrière les tentatives de sexualisation. Faire ceci reviendrait à

*« (...) s'illusionner sur les capacités hystériques du sujet, donc à tomber dans le piège tendu involontairement par Freud : la scène traumatique serait-elle toujours une reconstruction fantasmatique d'un fantasme plus précoce traduisant la vie sexuelle infantile maintenue dans l'inconscient ? Ce qui fut un moment capital de sa réflexion pour bâtir la conception de la réalité psychique et du refoulement deviendrait vérité universelle applicable à toutes les formes de la pathologie. Dans l'esprit de Freud, il n'en fut rien, comme on le sait à la lecture de ses réflexions ultérieures. »<sup>757</sup>*

---

<sup>755</sup> Balier (C.), *Ibid.*, p.133.

<sup>756</sup> Edrosa (M.), « Aux confins de l'originaire, sur l'autel des sacrifices : genèse de « l'inhumanité psychique », in Balier (C.), *La violence en abyme*, p.217.

<sup>757</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.186-187.

## 3-3 Les implications techniques

La clinique montre que l'expérience traumatique ne peut être travaillée sans constamment penser le défaut de contenance qui a été associé au moment du choc. Je pense même que l'on peut voir dans la plasticité, l'élasticité du cadre analytique souhaitée par Ferenczi une proposition de contenance. Il avait en effet bien compris que le modèle habituel de l'interprétation, l'attention aux contenus de la séance (y compris les mots) ne pouvait suffire à contenir et élaborer l'expérience.

D'une façon générale, avec Freud, Ferenczi a été l'un des psychanalystes ayant le mieux compris la nécessité de lier les observations cliniques à une pensée métapsychologique et à une conception du cadre et du dispositif analytiques. Dans toute son œuvre autour du traumatisme, il n'a eu de cesse de lier une réflexion théorique issue de la clinique à ses incidences, ses implications dans le dispositif thérapeutique.

S'ajuster, accepter un minimum de malléabilité du cadre (Ferenczi est allé très loin dans ce domaine, trop sans doute) c'est aussi offrir des possibilités supplémentaires de contenir l'expérience et ses déformations. J'ai déjà montré à quel point l'informaté traumatique avait besoin de se déployer.

Concernant les aspects techniques, on peut penser avec R. Roussillon que Ferenczi avait intuitivement au moins compris cela :

*« On peut aussi faire le crédit à S. Ferenczi, bien qu'il ne l'ait jamais clairement formulé, d'avoir pressenti que c'est aussi au niveau de la pragmatique de l'interprétation, de son style, que se jouait l'enjeu de certaines récupérations narcissiques dans la cure. L'erreur de S. Ferenczi a été de placer cette élasticité dans le cadre même –par exemple dans l'analyse mutuelle- plutôt que dans le style –si l'on admet que le style inclut la pragmatique. »<sup>758</sup>*

---

<sup>758</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.232.

### 3-3-1 Interprétation et construction

« Je suis consterné quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés ou retardés chez des patients appartenant à une certaine catégorie nosographique par mon besoin personnel d'interpréter. »<sup>759</sup>

« Rien de plus nuisible en analyse qu'une attitude de maître d'école ou même seulement de médecin autoritaire. Toutes nos interprétations doivent avoir le caractère d'une proposition plutôt que d'une assertion certaine, et ceci non seulement pour ne pas irriter le patient, mais parce que nous pouvons effectivement nous tromper. La très vieille coutume des commerçants qui consiste à ajouter à la fin de chaque facture la marque « S.E. » (*salvo errore*), c'est-à-dire « sauf erreur », serait aussi à mentionner à propos de chaque interprétation analytique. »<sup>760</sup>

L'œuvre de Freud sur le traumatisme est parcourue d'indications sur la technique analytique. Je ne parle pas de celle de Ferenczi, dont la théorisation est totalement liée à l'invention de nouvelles techniques dont j'ai déjà parlé (les fameuses « techniques actives », l'« analyse mutuelle », la « transe »...).

Dans les années 1910, Freud parle d'une prescription technique (sans doute « vestige » des techniques de touché « périphérique » de l'hypnose remarque R. Roussillon) : l'analyse doit partir de « la surface du moi » et progressivement, en respectant la « peau » du moi, aller vers des couches plus profondes. Il faut métaphoriquement du touché, du tact.

On est alors assez loin des premiers écrits où les métaphores étaient plutôt celles de la purge ou de l'extraction. Il n'est plus question d'arracher l'événement pour le restituer sauvagement au patient.

C'est parce que petit à petit l'analyse devient une analyse des processus, que la cure est étudiée pour elle-même, que Freud renonce à dévoiler l'inconscient pour plutôt en

---

<sup>759</sup> Winnicott (D.W.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, p.232.

<sup>760</sup> Ferenczi (S.), « Elasticité de la technique psychanalytique », in *Les fantasmes provoqués et leur danger*, p.192. Conférence faite à la Société hongroise de psychanalyse (cycle 1927-1928) et publiée sous le titre « Die Elastizität der psychoanalytischen Technik » en 1928 dans *l'Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*.



analyser le déploiement au sein du dispositif : la « névrose de transfert » (1914). Ainsi, dans le célèbre cas de *L'homme aux loups*, il est intéressant de voir à quel point Freud est attentif à la façon dont le « retour » au patient de ses fantasmes et de la réalité peut être fait ; il rappelle alors :

*« Je l'ai déjà dit, un certain nombre de facteurs réels peuvent être invoqués à l'appui de la conception d'après laquelle ces scènes seraient des fantasmes régressifs. Avant tout autre celui-ci : ces scènes infantiles, si j'en crois mon expérience à ce jour, ne sont pas reproduites, au cours de la cure, sous forme de souvenirs, mais s'avèrent le résultat d'une reconstruction. [...] Ces souvenirs auparavant inconscients n'ont pas même toujours besoin d'être vrais (...) ; Je veux simplement dire que certaines scènes (...) ne sont en général pas reproduites sous forme de souvenirs, mais doivent pas à pas et avec peine être devinées –reconstruites-, parmi un agrégat d'indices. »<sup>761</sup>*

On a bien compris que Freud situe pour l'instant ici la reconstruction plutôt du côté du patient mais il donne dans la suite de son texte d'importantes informations sur la façon de considérer et traiter ces scènes. Pour lui, ce n'est pas parce qu'elles n'apparaissent pas sous forme de souvenirs qu'elles sont nécessairement des fantasmes. Leurs multiples et variées évocations dans les rêves par exemple qui ramènent le même contenu permettent de penser que cela est « absolument équivalent au souvenir » :

*« C'est ce retour obstiné dans les rêves qui explique, d'après moi, que chez le patient lui-même s'établisse peu à peu une conviction profonde de la réalité de ces scènes primitives, conviction qui n'est en rien inférieure à une conviction basée sur le souvenir. »<sup>762</sup>*

Bien qu'on les ait beaucoup opposées sur la question du traumatisme, les théorisations de ces deux génies se croisent cependant parfois, y compris dans leurs considérations sur la technique psychanalytique. L'idée d'une « construction dans l'analyse » leur est ainsi commune, toutefois différemment déclinée.

Dans une note du 31 janvier 1932<sup>763</sup> intitulée « La catharsis s'enlise –comment y remédier ? », Ferenczi réfléchit ainsi :

---

<sup>761</sup> Freud (S.), « L'homme aux loups », in *Cinq psychanalyses*, p.361.

<sup>762</sup> *Ibid.*, p.361.

<sup>763</sup> Ferenczi s'est intéressé bien avant à la question des différents niveaux de conviction notamment dans une intervention de 1913 au quatrième congrès de l'Association Internationale de Psychanalyse à Munich : « Foi, incrédulité et conviction sous l'angle de la psychologie médicale », texte paru dans *Psychanalyse 2*.

« On pourrait croire que la répétition infinie en analyse de l'expérience traumatique (...) aboutit finalement à la construction d'une image complète, à la manière d'une mosaïque. En fait, c'est bien ce qui arrive, mais seulement avec le sentiment d'une reconstruction spéculative, et non avec la ferme conviction de la réalité des événements. »<sup>764</sup>

Dans son questionnement sur la façon de restituer la réalité traumatique à ses patients, Ferenczi se dit qu'il faut «ajouter quelque chose». Ainsi le patient ne croira jamais à la réalité de l'événement si le psychanalyste est froid et intellectuel devant des événements qui, par leur valeur traumatique, ne peuvent qu'éveiller des affects tels que la terreur, l'angoisse, la vengeance ou l'idée d'un réconfort par exemple.

Dans ce texte, il me semble que Ferenczi fait un lapsus extrêmement intéressant : il propose un choix mais ne donne aucune alternative, il écrit « on a le choix » là où devrait être dit « nous n'avons d'autre choix que ». Le choix (qui n'en est donc pas un est le suivant : le choix doit donc alors être fait entre « prendre vraiment au sérieux » le *rôle d'être un observateur bienveillant et secourable* qui se transporte dans le passé avec le patient (« Une façon de faire interdite contre laquelle Freud m'avait mis en garde » reconnaît Ferenczi). La mise en garde de Freud n'est sans doute pas pour rien dans ce lapsus de Ferenczi.

Mais ce que m'intéresse ici est la fin de la proposition technique de Ferenczi : se transporter dans le passé avec le patient aurait pour résultat « (...) que nous-mêmes comme le patient croyions en cette réalité, c'est-à-dire en une réalité existante dans le présent et non momentanément transposée dans le passé. »<sup>765</sup>

L'idée d'une construction de l'expérience traumatique est donc bien avancée, il s'agit même d'une construction convainquant et le patient et le psychanalyste, tous deux étant convaincus de cette construction historique pour toujours et même une fois revenus dans l'actuel.

Il précède l'objection qui reprocherait une mise en scène malhonnête d'une expérience dont on sait qu'elle n'a pas lieu dans le présent en avançant qu'il convient de présenter cela comme des images mnésiques et non comme la réalité présente. La présence du psychanalyste apporte une réalité à l'expérience du patient qui se résumait parfois à « ça ne peut pas être vrai sinon quelqu'un viendrait à mon secours ».

---

<sup>764</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p. 70.

<sup>765</sup> *Ibid.*, p.71.

Deux mois après sa note sur la catharsis, Ferenczi revient avec plus de précision encore sur le sujet de la construction<sup>766</sup> au sujet de sa patiente B.

Il essaie avec elle de la replacer dans son rêve (de viol) en état de relaxation en la questionnant à voix basse de façon assez « facile » pour l'inviter à aller de plus en plus profondément dans ce qu'elle sent, voit, éprouve à partir de détails notamment. D'autres fragments viennent alors, la plongeant dans le rêve renforçant la catharsis et permettant d'approcher au plus près de la réalité. Mais Ferenczi observe aussitôt :

« En aucun cas, cependant, je ne peux affirmer avoir réussi, ne fut-ce qu'une seule fois, à rendre possible pour le patient la *remémoration* des processus traumatiques eux-mêmes, à l'aide du fantasme-symptôme<sup>767</sup>, de l'immersion dans le rêve et de la catharsis. Tout se passe comme si le traumatisme était environné par une sphère d'amnésie rétroactive, comme dans les traumatismes après commotion cérébrale. Avec chaque catharsis, cette sphère rétrécit de plus en plus. Ce qui n'est pas tout à fait clair pour l'instant, c'est de quelle façon le centre de l'explosion peut-être incorporé, si toutefois il peut l'être, dans l'esprit de l'analysé comme processus conscient, et par là même comme événement psychique pouvant être remémoré. »<sup>768</sup>

Le propos de Ferenczi est très intéressant, soulignant l'impossibilité d'arriver à une remémoration des processus traumatiques. Quelque chose de l'expérience traumatique ne semble pas accessible, le noyau de l'expérience reste énigmatique, ne parvenant peut-être pas à parvenir à la conscience. C'est sans doute pour pallier l'impossible accès à ce noyau que la construction/conviction peut être utilisée afin de créer un « événement psychique » en quelque sorte.

Mais Ferenczi rappelle bien dans cette même note de son *Journal Clinique* que certains processus ou certaines qualités psychiques ont été tellement « fracassés » par le traumatisme qu'ils restent « incurables » pour le sujet (« exactement comme totalement tués ») : il ne peut pas y avoir de « *restitution ad integrum* », le sujet peut seulement au mieux se réconcilier avec certains aspects.

---

<sup>766</sup> Dans une note du 22 mars 1932 intitulée : « Retour du trauma dans les symptômes, les rêves et la catharsis, refoulement et clivage de la personnalité, démontage du refoulement dans et après la catharsis. »

<sup>767</sup> Le traducteur se demande s'il s'agit du fantasme qui constitue le symptôme (« Sympt-umfantasie »)

<sup>768</sup> *Ibid.*, p.119.

Il termine enfin en disant que l'on peut, sur ce sujet, encourager le patient à se contenter de moins que ce à quoi il aspire (« ses désirs gigantesques » d'amour par exemple) pour pouvoir ensuite peut-être « pour l'amour de moi, certes, mais plus tard pour l'amour de sa propre raison », faire revivre les fragments de Moi morts, s'en souvenir.

M. Little a bien montré à quel point l'interprétation du conflit psychique en rapport avec la sexualité infantile pouvait être hors de propos lorsque le patient n'est lui-même pas assuré de sa survie, de son identité et de son existence (le modèle topique que je propose est un modèle dont le fond est constitué de l'existence du sujet, de son identité).

Pour les patients traumatisés (et j'ai montré antérieurement la similitude avec les pathologies limites), une interprétation peut souvent être vécue de façon très violente. Une interprétation « dégage » de la relation avec le thérapeute, elle en décolle le patient et cela lui est quelquefois insupportable.

A ce sujet, D. Meltzer, prudent sur cette question, préfère parler de « formulation » plutôt que d'interprétation.

Une interprétation donnée au bon moment ne remplace pas l'infinie patience nécessaire au thérapeute pour tenter de rassurer le sujet sur sa continuité, son existence. Cela passe parfois par des techniques plus « interactives » (on pense évidemment à l'analyse transitionnelle dont j'ai déjà parlé et encore aux considérations de Ferenczi, Winnicott ou de M. Little sur ce sujet). Mais, comme le remarque J. André, « Etre est une abréviation de être-aimé »<sup>769</sup> et, autrement dit, peut-être faut-il penser la question de l'existence non pas de façon existentielle mais sexuelle : la question ne serait pas d'exister mais d'exister pour quoi ou, mieux encore, pour qui ? C'est justement dans la tentative d'aider le patient à répondre à cette question que le thérapeute trouve sa place.

Mais, dans le cadre de thérapies de patients traumatisés, cette place est peut-être moins interprétative et plus interactive, ou plutôt plus constructive. On voit parfois d'ailleurs fréquemment des réactions parfois violentes ou désabusées, voire ironiques ou maniaques à certaines interprétations.

Le patient entre alors dans une rage folle, ironise sur le « délire interprétatif » du thérapeute (et il a sans doute le plus souvent raison) ou n'entend pas (ou seulement qu'une

---

<sup>769</sup> André (J.), *Les états-limites*.

partie) : par un processus d'hallucination négative il n'entend par exemple qu'une partie de la phrase (en général le début) et hallucine négativement le reste. Entendons-nous bien, il ne refoule pas la suite de l'interprétation, il l'hallucine négativement, supprime sa perception en quelque sorte. Le psychologue pourra bien alors s'entêter à lui restituer cette fin, rien n'y fera.

Freud a insisté sur l'idée de réduire le délai entre l'« expérience vécue » et l'interprétation, rappelant également la nécessité de différer l'interprétation, demandant la patience du psychanalyste. C'est tout l'écart entre la théorie et la pratique qui est interrogé, le praticien devant attendre, laisser se dérouler le processus sans rien éviter ni précipiter. Ce que Freud appelle perlaboration se situe dans cet écart :

*« La perlaboration, c'est la répétition du non-identique de la répétition, la répétition tournée contre elle-même.*

*Si l'on reprend les trois termes du titre de l'article, on voit que la remémoration renvoie au passé, la répétition au présent : peut-on en induire que la perlaboration concerne l'avenir, c'est-à-dire une errance, un vagabondage psychique où nous reconnâtrions la liberté de suspendre le but de la représentation ? »<sup>770</sup>*

L'une des caractéristiques de la construction est de se définir comme explicitement extérieure au patient (J.-L. Donnet, 1996) et il est moins question de sa justesse que de son devenir processuel, c'est-à-dire de sa *générativité associative* (A. Green). Il y a dans la construction une idée d'essai, une hypothèse que patient et thérapeute peuvent ensuite ajuster, corriger.

Elle ne propose pas au sujet une remarque « ficelée », achevée mais est bien approximative, tâtonnante.

Cela est d'autant plus important pour des sujets qui, face à leur expérience traumatique, ont été soit dans l'obligation de trancher, soit dans la confusion la plus totale, soit encore dans l'incapacité de subjectiver, s'approprier l'expérience. Le patient a ainsi la possibilité, face à son expérience et dans un cadre plus sûr, de « discuter » son expérience avec un autre, de la développer, de la construire jusqu'à ce qu'il puisse la faire sienne et la retrouver.

---

<sup>770</sup> Donnet (J.-L.), *Le divan bien tempéré*, p.151.

La construction est bien un processus, pas une phrase. Elle est une ouverture dynamique, une décondensation. J.-L. Donnet remarque qu'à l'inverse, l'interprétation pourrait être décrite comme un coup « conclusif », laissant parfois le patient dans le silence, médusé ; elle est limitée dans le temps, unique, « tombe juste » et s'adresse à l'inconscient alors que la construction s'adresse au Moi du patient.

Ferenczi n'a pas vraiment théorisé une technique qu'il a cependant lui-même bien abordée. Il parlait indifféremment de *construction* ou de *reconstruction*. Dans son article posthume « Réflexions sur le traumatisme » (1934), il note ainsi un travail différent de celui de l'interprétation auquel doit avoir recours le psychanalyste face à un « foyer traumatique » :

*« Au cours de ces analyses, les patients sont quelquefois emportés par l'émotion ; des états de douleurs violentes, de nature psychique ou corporelle, voire des délires et des pertes se mêlent au travail d'association et de construction purement intellectuel. On incite le patient, lorsqu'il est dans cet état, à donner des explications sur les causes des différentes perturbations affectives et sensorielles. La compréhension ainsi acquise apporte une sorte de satisfaction qui est à la fois affective et intellectuelle, et mérite d'être appelée conviction. »<sup>771</sup>*

Ferenczi précise clairement que c'est l'état du patient qui engage la construction, particulièrement lorsque la cure se heurte à des zones de souffrances terribles, une mesure technique envisagée dans les moments les plus traumatiques. Notons aussi que la construction s'associe le plus souvent à une sorte de clivage entre le sensoriel et l'intellectuel.

C'est bien parce que le dévoilement du fantasme ne suffit pas à élaborer la situation traumatique que Ferenczi envisageait le recours à la construction dont l'un des objectifs est de reconnaître « (...) une réalité effective, c'est-à-dire physique ou un souvenir d'une telle réalité... »<sup>772</sup>

Ferenczi va jusqu'à dire qu'aucun cas d'hystérie ne peut être guéri si la reconstruction (c'est-à-dire pour lui la séparation du réel et du fantasme) n'est pas faite ; il se pose encore en défenseur, en praticien jugeant de la nécessité de se positionner quant à la réalité, nécessité aussi de reconstruire l'expérience traumatique vécue. La conviction ainsi obtenue mettra le patient en contact avec une réalité douloureuse (ce que ne propose pas Freud).

---

<sup>771</sup> Ferenczi (S.), « Réflexions sur le traumatisme », p.146.

<sup>772</sup> Ferenczi (S.), « Le problème de la fin de l'analyse », p.45.

C'est évidemment dans *Construction dans l'analyse* en 1937 que Freud aborde l'idée de la conviction du patient devant l'analyste. Il n'est alors plus seulement question d'investiguer en se basant sur les souvenirs du patient, de dévoiler, d'abrégier ; par conséquent, il n'est plus seulement question non plus de convaincre le patient des bonnes interprétations de son analyste.

Si le patient doit remémorer les événements vécus et refoulés, et que la façon dont il le fait passionne son thérapeute, Freud rappelle judicieusement que l'action de l'analyste ne doit pas être laissée « en arrière-plan :

« De tout ce dont il s'agit, l'analyste n'a rien vécu ni refoulé ; sa tâche ne peut pas être de se remémorer quelque chose. Quelle est donc sa tâche ? Il faut que, d'après les indices échappés à l'oubli, il devine ou, plus exactement, il *construise* ce qui a été oublié. La façon et le moment de communiquer ces constructions à l'analysé, les explications dont l'analyste les accompagne, c'est là ce qui constitue la liaison entre les deux parties du travail analytique, celle de l'analyste et celle de l'analysé. »<sup>773</sup>

Il s'agit dès lors de considérer « à égalité » le patient et son thérapeute dans la construction thérapeutique, cette dernière est l'effet d'une sorte de création commune (contrairement à l'interprétation) : c'est la confrontation entre les perceptions de l'un et de l'autre qui est en jeu, l'analyste étant cependant chargé de faire le lien entre ces deux perceptions. Ce lien, c'est la construction.

Freud précise que le psychanalyste peut faire erreur et que la réaction du patient n'apporte jamais de certitude. Si la construction est fautive, le patient n'apparaît pas touché, l'analyste pourra même reconnaître son erreur au moment opportun :

« *Ce qui se passe plutôt en pareil cas (...), c'est que le patient ne semble pas touché ; il ne réagit ni par oui ni par non. Il se peut qu'il ne s'agisse que d'un ajournement de réaction ; s'il ne s'en produit aucune, nous pouvons conclure que nous nous sommes trompés et, sans perdre pour cela de notre autorité, nous l'avouons à notre patient à une occasion propice.* »<sup>774</sup>

---

<sup>773</sup> Freud (S.), « Constructions dans l'analyse », in *Résultats, idées, problèmes II*, p.271.

<sup>774</sup> Freud (S.), *Ibid.*, p.274.

Mais même lorsque le patient affirme la construction, seule la venue de nouveaux souvenirs la valide ; lorsqu'il la refuse, cela peut ne signifier qu'une validité partielle de la construction.

Freud se défend et d'un abus d'influence et de l'idée que le psychanalyste pourrait dédaigner la parole de l'analysé face aux constructions. Il rappelle seulement que les réactions des patients sont très souvent équivoques, ne permettent pas de conclure :

*« Nous n'attribuons à la construction isolée que la valeur d'une supposition qui attend examen, confirmation ou rejet. Nous ne revendiquons pas d'autorité pour cette construction, nous ne demandons au patient aucun accord immédiat ni ne discutons avec lui s'il commence par y contredire. »<sup>775</sup>*

Le travail avec la technique de la construction est fragmentaire : le thérapeute communique des fragments de construction et, devant le nouveau matériel qui surgit, construit un nouveau fragment. Ce processus est bien celui de la construction, dont Freud reconnaît qu'on la nomme souvent improprement interprétation.

Je l'ai plusieurs fois répété, la clinique du trauma dépasse très largement celle du refoulement. Elle oblige aussi à penser les implications techniques d'un tel travail. La construction en est une :

*« [...] Alors que la problématique freudienne du refoulement s'étaie sur une métaphore privilégiée - Pompéi qui a pu être conservée, non anéantie, par l'ensevelissement- ce qui rend possible le fait d'envisager l'analyse comme exhumation d'objets ayant gardé leur forme propre, une autre métaphore s'impose peut-être pour mesurer les effets du moment traumatique : métaphore d'une ville, non pas ensevelie, mais sinistrée, comme après les bombardements. Impossible de se contenter d'exhumer ; des indices subsistent, mais qui rendent nécessaire un travail de construction : imaginer ce qui s'est passé, proposer des hypothèses, ramener à la vie ce qui a été détruit. »<sup>776</sup>*

Freud insiste : si le chemin de la construction doit mener au souvenir, cela n'est pas toujours possible, le refoulé reste tel quel. L'essentiel est ailleurs : « (...) une analyse

---

<sup>775</sup> *Ibid.*, p.277.

<sup>776</sup> Schneider (M.), *La part de l'ombre. Approche d'un trauma féminin*, p.25.



correctement menée le convainc fermement de la vérité de la construction, ce qui, du point de vue thérapeutique, a le même effet qu'un souvenir retrouvé. »<sup>777</sup> On est à ce moment bien loin d'une modélisation de l'expérience traumatique seulement appuyée sur l'abréaction.

V. Lemaître rappelle bien l'intérêt de la technique de construction, notamment dans la clinique du traumatisme sexuel. Les reconstructions, dit-elle, ne sont valides que lorsqu'elles sont appuyées par la « (...) réanimation dans la relation, et le partage des émotions vécues. »<sup>778</sup>

Je crois avoir déjà suffisamment insisté, dès le premier chapitre de cette thèse comme dans les « implications techniques de mon modèle », sur cet aspect là. Une construction faite par le psychologue seul n'est plus une construction. V. Lemaître ajoute également que le processus de construction permet aussi d'observer à quel point l'expérience traumatique peut perdre de sa « superbe », à quel point le sujet peut peu à peu cesser d'être fasciné par le traumatisme pour le constituer en souvenir, en remaniement constant.

Finalement, la construction dans l'économie traumatique est souvent le seul moyen d'essayer avec le patient de reconstituer une continuité, la sienne, en mettant en forme la réalité historique et les événements vécus, j'y ajouterai la relation qu'a le sujet avec son histoire et son expérience.

Comme le propose A. Green, la construction est peut-être un des points de rencontre entre Freud et Ferenczi sur la question du traumatisme, en tout cas peut on y voir une réponse de Freud à son élève :

*« Je me demande s'il ne répond pas ici à Ferenczi à double titre : d'une part, pour se trouver d'accord avec lui sur la double polarité de l'analyse qui fait d'elle un rapport d'accouplement et, d'autre part, pour limiter les effets d'une possible collusion transféro-contre-transférentielle : **« N'aimez pas vos patients au-delà des règles prescrites de la neutralité. Manifestez votre bienveillance en les écoutant et en déduisant le refoulé. Et si les traumas primitifs les ont sidérés au point d'abolir en eux toute mémoire, ou toute trace de cette catastrophe, exprimez votre amour en construisant ce qui s'est passé pour eux, un point c'est tout. »***<sup>779</sup>

---

<sup>777</sup> Freud (S.), *Ibid.*, p.278.

<sup>778</sup> Lemaître (V.), « Les présupposés du concept de recours à l'acte : confrontation avec les données de la clinique périnatale », in Balier (C.) et al., *La violence en abyme*, p.23.

<sup>779</sup> *Ibid.*, p.413. C'est moi qui mets en caractère gras.

Il faut en tout cas éviter à tout prix ce que F. Guignard nomme les « interprétations-bouchons » venant en écho aux taches aveugles vécues dans le contre-transfert, taches renvoyant toujours selon elle à un manque à représenter vécu comme la perte d'un objet signifiant. Refusant parfois d'élaborer cette perte, le psychologue et/ou son patient peuvent la dénier en produisant des *représentations-bouchons*.

Ces dernières sont beaucoup plus néfastes lorsqu'elles sont produites par le thérapeute, celui-ci se servant souvent de ses références théoriques, se rabattant sur de prétendues évidences, retrouvant des « tics » comme le recours à l'histoire personnelle du patient ou à un savoir théorique.<sup>780</sup> F. Guignard remarque d'ailleurs que le recours à l'histoire personnelle est très souvent utilisé lorsqu'on trouve dans l'histoire du patient un ou plusieurs événements traumatisants (à l'analyse de la tache aveugle se substitue alors l'évocation causaliste d'un événement se répétant dans l'histoire du sujet). Ces représentations-bouchons peuvent aussi être provoquées chez les patients par un usage abusif de questions du type « Qu'en pensez-vous ? » ou « Quel lien faites-vous ? ».

### **3-3-2 Le traitement des aspects formels de l'expérience traumatique : les signifiants formels et leur interprétation**

J'ai une fois encore trouvé dans l'œuvre de Ferenczi un précurseur de propositions faites beaucoup plus tardivement par la psychanalyse. Evidemment, les signifiants formels et toute la théorie de la symbolisation primaire ont été élaborés quelques décennies après

---

<sup>780</sup> Guignard (F.), « Le concept d'infantile dans la clinique psychanalytique », in Marty (F.) *et al.*, *Les grands concepts de la psychologie clinique*, p.157-158.

l'œuvre de Ferenczi. C'est aussi bien plus tard que P. Aulagnier différenciera mise en forme (de l'originale infigurable), mise en scène (primaire) et mise en sens (secondaire).

Néanmoins, à travers quelques observations recueillies dans son *Journal clinique*, il me semble qu'on pourrait sans trop forcer le trait trouver une troublante parenté dans la lecture clinique du traumatisme.

Dans sa note du 28 janvier 1932 intitulée « Refoulement, conversion hystérique, mise en évidence de leur genèse lors du retour en arrière cathartique », Ferenczi décrit la thérapie d'une patiente (B.) victime d'un inceste. Cette patiente faisait en début de travail analytique des abréactions cathartiques presque hallucinatoires de ses événements traumatogènes. Devant de nombreuses résistances dans la thérapie, Ferenczi propose sa technique de *relaxation* qui sera suivie de phénomènes dépressifs.

Alors que B. demande à Ferenczi de « faire quelque chose », celui-ci discute avec elle (en semi-transe) et la patiente se met à lui raconter son « *bumping* »<sup>781</sup>. Lorsqu'elle était enfant, elle ne pouvait s'endormir sans d'abord s'accroupir tout en se cognant le front contre le matelas. Elle comptait trois mille fois, trois mille coups.

Adulte, il lui fallut trouver des équivalents plus discrets et plus acceptables. C'est ainsi qu'elle se mit à répéter des airs interminables et saccadés avec des notes hautes et basses, présentant « un caractère spatial, graphique » (imaginant par exemple le parcours restant de son domicile à celui de Ferenczi sur ce modèle avec un raisonnement saccadé, rythmé).

Evidemment Ferenczi ne fait pas une lecture de cette clinique à l'aide des signifiants formels mais plutôt autour de la question du masochisme, la douleur atténuant d'autres douleurs plus importantes.

J'y vois pour ma part une belle illustration de la façon de lire la clinique du traumatisme sexuel à l'aide des signifiants formels. On verra une vraie similitude avec le cas de Betty que je présenterai ensuite. Ce que répète aussi Madame B., la patiente de Ferenczi, c'est la forme de son expérience, en tout cas la tentative de la circonscrire.

On l'a vu avec le cas inaugural de Madame Korschov, les signifiants formels se lisent sous d'importantes variantes, y compris plus secondarisées. Pour Madame B., on pourrait imaginer un signifiant formel du type « quelque chose tamponne et se heurte ». On voit bien

---

<sup>781</sup> En anglais dans le texte, « to bump » signifie cogner, buter, tamponner, « faire boum » en quelque sorte selon la N.D.T., *Ibid.*, p.68.

comment ce signifiant se lit sous différentes formes dans son histoire, dans différentes époques de sa vie et sous différents registres.

Dans une autre note (du 14 février 1932) Ferenczi soulève encore cette question en évoquant certains symptômes nés de la souffrance d'un enfant qui le met « hors de lui ». Les symptômes d'être « hors de soi », « être parti » ou plutôt « ne-pas-être-là » sont étroitement associés par le psychanalyste à la notion spatiale (propre au signifiant formel). La question clinique qu'il pose est en effet « où sont-ils ? ». C'est dans une déformation spatiale que se trouve la réponse et que Ferenczi la trouve d'ailleurs.

Il rappelle en effet qu'une vision à distance du Moi fait que, pour le sujet, la souffrance devient supportable (combien de fois ai-je retrouvé ce symptôme très précisément décrit par mes patients !). Ferenczi rapproche alors cette observation clinique de la psychose hallucinatoire, de la tendance de ce type de patients « à la création de leurs propres cosmogonies ».

**La « création d'une cosmogonie propre » ne pourrait-elle pas être lue comme la tentative de symboliser l'expérience sous la forme d'un signifiant formel, signifiant traduisant son inscription dans une déformation spatiale ?**

Comme le note A. Brun, Freud s'approche de cette question lorsqu'il aborde l'« image motrice » (1900) à propos d'une première configuration du corps et de l'objet, comme une perception de mouvement, une perception sensorielle mais sans qu'il y ait réellement un mouvement ; cette perception concernait les formes et les transformations de formes.

Dans *Construction dans l'analyse*, Freud a évoqué un mode de retour perceptif de situations traumatiques passées, ce retour de type hallucinatoire étant la trace d'expériences traumatiques d'avant la symbolisation langagière et traumatiques. Freud insiste alors sur les caractères visuels et auditifs, R. Roussillon alargira ce mode du retour perceptif des traces aux « sensations corporelles », au « senti », aux « perceptions traumatiques d'états corporels ». J'insisterai pour ma part sur un retour de la forme de l'expérience sous la forme de l'informité, d'une distorsion spatiale, d'un jeu de la configuration de l'expérience traumatique. Les signifiants formels sont, dans cet esprit, d'une belle ressource.

Les signifiants formels exposés par D. Anzieu seraient un peu comme des compléments aux signifiants de démarcation de G. Rosolato. Comme eux ils se développent en se fondant sur des oppositions (Rosolato propose plaisir/déplaisir, présence/absence, dedans/dehors, passivité/activité, soi/autres...), cette remarque croise évidemment la construction même de mon modèle topique. D. Anzieu insiste cependant plutôt sur les contenants psychiques.

Les signifiants formels concernent bien des protoreprésentations du corps et des objets dans l'espace, mais aussi de leurs mouvements (et leur conception est tout à fait intégrée à celle des enveloppes psychiques et des contenants).

Construits précocement, antérieurement aux fantasmes, ils sont en dehors de l'univers linguistique (Serge Tisseron préfère ainsi parler de «schèmes», T. Nathan de «contenants formels»). Contrairement au fantasme, l'« action » du signifiant formel ne suppose pas de spectateur et se passe dans un espace bidimensionnel.

Ces nouveaux signifiants s'intéressent plus aux **qualités spatiales** que sensibles de l'expérience (pour D. Anzieu, la psyché a une dimension spatiale : verticale pour l'élan, horizontale pour les relations avec l'environnement...). Il s'agit bien d'un éprouvé mais qui concerne l'impression corporelle et qui ne différencie pas forcément l'espace du sujet de l'espace extérieur.

Ils concernent les formes, leurs configurations, obligeant à un travail presque « topographique ». Leur lien avec la conception topographique de mon schéma topique est évident.

Le « **poids d'imprégnation** » des signifiants formels est considérable ; ils mettent en mémoire les éprouvés, sensations d'épreuves trop intenses ou précoces (donc traumatiques) pour être mises en mots. Leur répétition, leur singularité et leur incongruité, comme pour les signifiants de démarcation, sont des moyens de les repérer. Vécu hallucinatoire, le signifiant formel concerne des expériences essentielles engageant la survie du sujet.

Au niveau de la psyché, ils sont une première étape vers les pictogrammes<sup>782</sup> (P.Aulagnier, 1975). Première configuration du corps et des objets dans l'espace bidimensionnel, ils ont plusieurs caractéristiques<sup>783</sup> :

- Ils renvoient à des images proprioceptives, tactiles, cœnesthésiques, posturales, d'équilibration (mais jamais les sens à distance comme la vue et l'ouïe)
- Leur mise en mots : un sujet, un verbe et jamais de complément ; le verbe est généralement réfléchi (ni voie passive, ni voie active). Le sujet est une forme isolée ou un morceau de corps vivant, pas un sujet entier.
- Il ne s'agit pas d'une scène (fantasme) mais d'une transformation d'une caractéristique géométrique ou physique d'un corps qui entraîne toujours une déformation ou destruction de la forme.
- Cette transformation se fait sans spectateur et le patient la ressent souvent comme étrangère à lui-même.
- La transformation se déroule dans un espace bidimensionnel.
- Les transformations renvoient essentiellement à différents types de confusion dedans/dehors (et non imaginaire/réel comme dans les fantasmes).
- Ces signifiants sont monotones, se répètent à l'identique, sans variation (dans le fantasme, les places peuvent changer).
- Enfin, « Le signifiant formel pathologique subit une déformation ressentie comme irréversible, qui nourrit la réaction thérapeutique négative ».<sup>784</sup>

L'interprétation des signifiants formels s'inscrit parfaitement dans le travail habituel de l'interprétation mais beaucoup plus axée sur la question des contenants. Ainsi, comme je l'ai rappelé en début de cette thèse, la façon dont le patient essaie de tordre le cadre thérapeutique renseigne sur le fonctionnement de ses enveloppes psychiques. Il est nécessaire :

---

<sup>782</sup> La conception du pictogramme évoquée par Piera Aulagnier est extrêmement proche de ma recherche, pouvant être conçu comme une première tentative de figurabilité dans une zone infigurable, impensable mais pas irréprésentable.

<sup>783</sup> Anzieu (D.), *Les enveloppes psychiques*, p.33-34.

<sup>784</sup> *Ibid.*, p.34.

- D'amener le patient à décrire la configuration particulière de ses enveloppes (préconscientes), voire nommer cette configuration (si elle reste non verbale)
- De construire les traumatismes de la relation précoce qui ont produit la distorsion des enveloppes psychiques et généré le développement fantasmatique (ces traumatismes concernent notamment les oppositions distinctives primaires : sens, rythmes, kinesthésie... qui seront alors l'équivalent des lapsus ou des fantasmes comme matériel psychique)
- D'interpréter à la première personne en tenant compte du contre-transfert, communiquer avec le patient selon le vécu du contre-transfert (ex : « C'est de cette façon que je ressens personnellement la situation avec vous »).
- De vivre les expériences structurantes non vécues: le thérapeute est particulièrement impliqué ; « Le contre-transfert est intensifié dans sa double polarité de l'attachement et du rejet, de l'amour et de la haine. »<sup>785</sup> Il est moins question avec ces patients d'analyser que de les aider à faire des synthèses
- Que le thérapeute accepte provisoirement d'être le Moi auxiliaire du patient en attendant que le Moi soit plus solide
- D'entendre les défauts des communications pendant les séances comme concernant les contenants
- D'interpréter les contenants dans une perspective topique (et non dynamique ou économique) :

*« (...) elle se parle en termes d'espace psychique, la confusion des objets et de leur place dans l'espace, la déformation de l'espace au voisinage des objets, de difficulté à réunir sur le même objet (...) »<sup>786</sup>*

D. Anzieu propose un système de répartition, de classification des signifiants formels selon leur configuration spatiale :

---

<sup>785</sup> *Ibid.*, p.40.

<sup>786</sup> *Ibid.*, p.40.

- ceux qui subissent une modification irréversible dont la version paradigmatique est « une peau commune est arrachée » (un axe s'effondre, une surface plate ondule, un trou aspire...)
- ceux qui concernent les états de base de la matière (un corps gazeux explose, un corps solide est traversé...)
- ceux qui concernent une transformation réversible (un orifice s'ouvre et se ferme par exemple, un gant se retourne)
- ceux qui engagent la symétrie ou la dissymétrie de la transformation, supposant une individuation (« mon ombre m'accompagne » par exemple)
- ceux qui amorcent des scénarios fantasmatiques étayés sur le langage (« un objet qui s'approche me persécute »)

Le « retour » (ce qu'A. Brun appelle « la fonction interprétante » du thérapeute en référence à D. Anzieu, qui relève plus des modalités d'intervention que de l'interprétation) à faire au patient concernant la forme de son expérience peut aussi rejoindre à mon avis le souci de faire une interprétation « sur un mode figuratif » (A. Brun, 2007). C'est-à-dire dire quelque chose adressé au sujet en termes d' « images de choses corporelles, qui renvoient au corps. »

Il s'agirait donc de renvoyer une forme imagée des vécus d'agonie primitive<sup>787</sup>, ce que P. Aulagnier nomme des « figurations scéniques ». <sup>788</sup> On peut en tout cas s'accorder sur une véritable exigence de figurabilité, de la nécessité de rendre figurables au patient (par des mots) des affects très denses. Des figurations scéniques parlant de « l'horreur du corps déchiqueté », de « la fusion des corps se diluant dans un autre corps » ou d'autres encore viendront non pas réellement interpréter mais donner des « figurations parlées » :

*« Ces types d'interventions de l'analyste consistent donc à figurer des représentations pictographiques originaires impensables, en les transposant dans le registre du primaire, dans la langue du fantasme. »<sup>789</sup>*

---

<sup>787</sup> Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. A. Brun parle de ce type d'interprétation en ce qui concerne l'usage des médiations thérapeutiques avec des enfants présentant de graves psychopathologies, j'étends ici sa proposition technique.

<sup>788</sup> Aulagnier (P.), « Du langage pictural au langage de l'interprète », in *Un interprète en quête de sens*, p. 329-358.

<sup>789</sup> Brun (A.), *Ibid.*, p.89.



Dans la clinique du traumatisme sexuel, ces figurations parlées sont parfois nécessaires, c'est aussi le modèle de la *construction* qui est très souvent adapté, plus proche sans doute de l'interprétation, d'un scénario et d'une temporalité.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, c'est toujours le transfert qui permet de donner sens et d'approcher la symbolisation d'expériences archaïques, à forte imprégnation sensorielle, motrice et affective, expériences jusque là inaccessibles.

Ces signifiants ne sont donc pas un contenu de pensée mais un support avec une fonction d'interface mettant en correspondance différents domaines. Comme un objet qui se détache des autres, ils ont une face tournée vers l'intérieur, une face vers l'extérieur et concernent les aspects figuratifs du fonctionnement mental.

Ils peuvent être en lien avec une des angoisses les plus primitives : voir un objet qui se déplace arracher la place de l'espace où il est, l'entraîner, traverser d'autres objets (Ex : «un bras s'allonge», «une ligne s'incurve»).

D.Anzieu distingue cinq niveaux de symbolisation avec une logique particulière (qualités sensibles, logique spatiale et des formes, logique des relations, logique temporelle et des mouvements, logique abstraite), je m'intéresserai plus particulièrement aux deux premiers niveaux :

- *logique des sensations* : ce niveau organise les qualités tactiles comme toile de fond où les autres qualités émergeront. Il crée des oppositions entre des qualités sensibles (ex : chaud/froid) et refait des correspondances de termes opposés propres à une organisation des sens à un ou plusieurs autres organes des sens (comme A.Rimbaud et ses Voyelles), rattachant ensuite à un même objet les différentes catégories de sensations (c'est la «consensualité» dont j'ai déjà parlé).

- *logique des formes* : opposition vide/plein , intérieur/extérieur...

Dans les huit fonctions du penser selon cet auteur, je m'intéresserai plus spécifiquement aux trois premières, pour leur évidente parenté avec ma recherche : consistance, contenance et constance. Je retiendrai également le lien entre le pare-excitation et le double-feuillet : le Moi-Peau défend le psychisme contre l'effraction pulsionnelle endogène

tout en contribuant à satisfaire suffisamment l'appétit d'excitation. Ce double-feuillet est particulièrement riche pour analyser mon matériau clinique parce que, par sa surface d'excitation (et de pare-excitation) en lien avec l'extérieur et sa surface d'inscription tournée vers l'intérieur, il permet de lier respectivement le filtrage des quantités et celui des qualités (en enregistrant les traces laissées par les expériences sensori-motrices).

Tobie Nathan<sup>790</sup>, partant d'observations cliniques auprès de patients proposant des images obsédantes accompagnées de sensations difficilement « pensables », remarque que ces formes non linguistiques concernant l'espace, le corps, les rythmes... sont proches de mécanismes de « magie » décrits en clinique ethnopsychiatrique (par exemple le maraboutage pour « un corps est traversé » ou la voyance pour « un objet disparaît et reparaît »).

Ces considérations l'amènent donc à rejeter le terme de signifiant (trop linguistique) pour lui préférer celui de contenant. Je le rejoins volontiers sur cette question ; **j'observe en effet bien dans ma clinique à quel point il est question de modification de structure, de contenance, exceptionnellement transmis directement par le langage** (comme lorsque Madame Korschov nous parle de «la porte qui s'ouvre»).

L'association avec la magie est également intéressante tant les contenants formels que j'ai pu trouver ne possèdent aucun sens en eux mais permettent d'en construire ; cette association en suscite une autre : je reste étonné de la façon dont ces signifiants formels m'ont permis de lire cette clinique particulière, ce rappel est important d'un point de vue méthodologique pour me permettre de ne pas confondre la clinique avec la méthode ou la théorie. Les contenants formels ne sont pas ma clinique mais seulement une lecture possible.

Autant insister sur la pertinence des signifiants formels dans la clinique du traumatisme est sans doute aussi le signe de l'importance accordée à la topique, devant l'économique. Reprenant la métaphore de D. Anzieu pour souligner la précession de la topique sur l'économique (Piera Aulagnier parle ainsi de l' « originaire »), il faut reconnaître que « (...) ce qui est produit par un appareil dépend non seulement du carburant qu'on y met, mais d'abord de la configuration de l'appareil. »<sup>791</sup>

---

<sup>790</sup> Nathan (T.), « La transmission des contenants formels », in *L'épiderme nomade et la peau psychique*, p.149-154.

<sup>791</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.225.

Ainsi, j'ai cliniquement repéré avec mes patients que **l'interprétation des formes de l'expérience, de la configuration de leur expérience, de l'infirmité finalement, est le plus souvent –tout au moins dans les premiers temps de leur thérapie- beaucoup plus pertinente qu'une interprétation en termes de conflictualisation.** Le cas inaugural de Madame Korschov, mais également celui de Betty, également exposé dans cette thèse, en apportent des illustrations cliniques.

Cette observation rejoint évidemment le deuxième principe d'Anzieu : « (...) l'espace a des propriétés psychiques. »<sup>792</sup> Il n'est qu'à lire S. Ferenczi, J. Piaget, G. Bachelard ou S. Ali pour le vérifier. L'espace a également à voir avec les angoisses les plus archaïques puisque, avant de se développer en contenant, il est d'abord indissocié des objets qui l'occupent : c'est bien ce dont rendent compte les signifiants formels : « (...) l'angoisse de voir un objet qui se déplace, arracher la place de l'espace dans lequel il se trouve, et l'entraîner avec lui. »<sup>793</sup> Les pictogrammes décrits par P. Aulagnier en sont évidemment un autre exemple.

Mon schéma topique, décliné sur le plan de la technique thérapeutique par l'utilisation des signifiants formels, a dans une certaine mesure la prétention de rappeler cette importance de l'espace et de ses déformations dans la psyché (on trouverait ici quelques parentés avec les travaux de la physique contemporaine sur les déformations et courbures de l'espace, un peu comme la courbure de la lumière selon A. Einstein).

Mais revenons aux signifiants formels. Dans la logique de mon propos précédent, ils deviennent indispensables, à côté (avant ?) des signifiants verbaux (plus aptes à rendre compte des aspects économiques), pour travailler avec le sujet la question des formes de son expérience traumatique, de ses distorsions, de leur évolution, de façon presque topographique (il n'est pas étonnant que j'ai dû avoir recours à la topographie pour construire mon schéma). D. Anzieu ajoute qu'ils sont tout indiqués pour décrire le Moi, son évolution, ses failles.

Les exemples donnés par D. Anzieu se retrouvent fréquemment dans la clinique du traumatisme :

---

<sup>792</sup> Anzieu (D.), *Ibid.*, p.226. Le premier principe note la précession de la topique sur l'économique.

<sup>793</sup> *Ibid.*, p.227.

« Exemples de ces signifiants formels : l'interface, la poche, la distance, la trace, le tamis, le filet, l'écran, la vésicule, la croûte, le sac, la membrane, l'écorce et le noyau [...]. Les signifiants formels obéissent à des transformations spécifiques. Certaines sont déjà connues, même si on ne les a pas systématisées : la symétrie, ou plutôt les trois symétries, par rapport au plan sagittal, par rapport au plan vertical, et par rapport au plan horizontal, le dédoublement ou la reduplication, le décollement, que je préfère appeler l'arrachage –les fantasmes d'arrachage de la peau sont extrêmement importants-, les emboîtements, la profondeur, l'écart... »<sup>794</sup>

### Le signifiant formel

« (...) s'inscrit dans le cadre d'une exigence fantasmatique originaire, que J. Mac Dougall traduit ainsi : un corps pour deux, une psyché pour deux (...), ce qui est une autre façon de désigner ce que j'entends par le Moi-peau, mais un Moi-peau confronté à une imago maternelle gravement conflictuelle : « promesse de vie et menace de mort ». »<sup>795</sup>

D. Anzieu met en effet très facilement en relation les signifiants formels avec les fonctions du Moi-peau.

Le signifiant formel est bien un essai pour combler un vide ; ce signifiant n'est pas refouable et suppose une régression topique vers le pôle perceptif s'accompagnant d'un vécu quasi onirique (ce signifiant est souvent vécu comme « un cauchemar éveillé » dit D. Anzieu).

Je l'ai énoncé dès le début de cette thèse, la clinique du traumatisme intéresse plus particulièrement la question des contenants. Par définition l'expérience traumatique est une expérience qui a été traumatique parce qu'il y a eu un défaut de contenance (et vice versa dirait C. Garland) ; il serait donc incohérent de travailler sur les contenus d'une expérience alors que ce qui les conditionne (le contenant, la forme de l'expérience selon moi, qui n'est qu'une déclinaison, même partielle, du contenant) n'a pas pu assurer son rôle, ou très mal.

D. Anzieu a soulevé cette question et avec la pertinence qu'on lui connaît à travers le concept d'enveloppe psychique, je le fais de façon beaucoup plus modeste à travers le concept de forme de l'expérience traumatique.

---

<sup>794</sup> *Ibid.*, p.228.

<sup>795</sup> Anzieu (D.), *Les enveloppes psychiques*, p.32.

### **3-3-3 Un exemple clinique : « Ca s'effondre, glisse et frappe », l'informité traumatique de Betty**

Le suivi de Betty (je m'intéresse ici à 26 séances réparties sur 8 mois) s'est engagé d'une façon très particulière, non sans incidences sur le travail ultérieur.

Betty, jeune fille de 16 ans, victime quelque mois auparavant d'une agression sexuelle par un inconnu, est amenée à la première consultation par un juge pour enfants connu des deux psychologues. Elle accepte de nous rencontrer mais avait besoin d'être accompagnée (elle ne veut informer ni sa famille, ni ses amis, ni les services sociaux de sa démarche et ce secret est entretenu par le juge).

La situation est d'emblée complexe puisque nous recevons Betty (à sa demande) en présence du juge. Ce dernier adoptera une attitude paternaliste et confuse (proposant même de laisser à l'adolescente son numéro de portable) que nous aurons beaucoup de mal à contenir. L'« image » de Betty est saisissante : habillée de noir, le visage baissée et refusant tout regard, les mains serrées entre les jambes, elle pleure en silence et reste presque mutique. Figure de madone ou de pietà s'affaissant, s'effondrant, seul le frappé nerveux d'un pied sur le sol rappelle sa présence jusqu'à gêner l'audition. Ce mouvement du pied droit, incontrôlable, reviendra très fréquemment lors des séances suivantes.

Betty viendra seule à la deuxième séance, tremblante. D'apparence très fragile, livide, presque fantomatique, elle se glisse dans le bureau comme sa main glisse dans la nôtre, s'assied ensuite dans le fauteuil comme elle le fera toujours (au bord, sans s'adosser). Ses mains sont cachées dans ses manches étirées, une croix pend à son cou. Son regard fuit irrémédiablement le nôtre. Cette présentation, figée et fuyante, dure et molle, sera reproduite à l'identique à chaque séance.

L'agression subie par Betty est confusément relatée, les psychologues ont beaucoup de difficulté à se repérer dans la chronologie, les places de chacun. La construction du récit se fera par la suite sur des éléments flous, imprécis, parfois contradictoires et peut-être délirants,

qui superposent plusieurs scènes, plusieurs histoires. Plus que d'emboîtements, les traumatismes vécus par Betty semblent s'organiser sur des chevauchements, voire des télescopes parfaits : « *Je sais pas si le plus grave c'est la mort de mon père -j'allais bien après- ou ce qui s'est passé l'an dernier (l'agression sexuelle) –tout le contraire.* »

L'une des confusions majeures portera sur son agresseur (Betty ne relatera jamais précisément son agression) qui se superposera tantôt à son père (décédé depuis plus de trois ans), tantôt à un responsable du collège (à qui elle a révélé l'abus sexuel et avec qui elle paraît avoir noué une relation très particulière, Betty souhaitant redoubler pour rester avec lui).

Les entretiens s'organisent ainsi ou plutôt se superposent (à l'intérieur même des séances) sur différentes scènes traumatiques : les agressions sexuelles, le décès de son père, la rencontre avec le responsable du collège, tout cela semblant se rejouer plus ou moins simultanément sur la scène du transfert avec les deux thérapeutes, transfert apparemment articulé autour de l'attention dont elle aurait manqué.

Ses confusions, comme la difficulté à identifier la nature de ses éprouvés (Betty répond le plus souvent par « ça dépend », « oui et non » à nos questions, sourit en grimaçant...) nous interroge sur la qualité de ses expériences subjectives, leurs confusions, leur méconnaissance même.

Les lapsus de Betty, ses confusions, nos doutes quant aux situations et personnes dont elle parle semblent indiquer que chaque scène pourrait bien traiter de conflits intra-psychiques suscités par une autre. Ainsi, nous aurons l'impression que l'agression viendrait figurer (plutôt que traiter ou élaborer) l'abandon consécutif au deuil traumatique du père. L'excitation « active » (« *Je ne suis pas seulement victime même si je vais porter plainte* ») de l'agresseur pourrait être à son tour une tentative d'élaboration des relations père/fille. Ces problématiques et d'autres encore, centrées sur un noyau traumatique, seraient-elles alors globalement traitées sur la scène du transfert ? Par quels moyens ? J'avancerai plus tard l'idée d'un traitement infra-verbal de la forme des expériences traumatiques à l'intérieur des séances.

L'agression a eu lieu quelques mois avant la première consultation, sur le trajet conduisant Betty à l'école (emprunté depuis des années, bien qu'elle ait été accompagnée le plus souvent par son père jusqu'à son décès), dans un parc. Depuis ce traumatisme, Betty

prend souvent des malaises et est régulièrement conduite à l'infirmerie. Elle paraît aussi s'alimenter irrégulièrement.

De nombreuses personnes s'inquiètent de son comportement : sa tante et sa cousine (qui l'accompagneront à plusieurs reprises à nos séances), les services médicaux du collègue, les services sociaux, son médecin traitant, la brigade des mineurs de la police, un psychiatre qu'elle n'a consulté qu'une fois... Toutes ses personnes prendront contact plus ou moins directement avec notre service de soins, ce que nous interpréterons plus tard comme des manœuvres perverses de Betty, cette dernière semblant user et manipuler l'inquiétude autour d'elle, faire intervenir telle ou telle personne en livrant une information « choisie ». Ces interventions seront vécues de façon très intrusive par les psychologues, venant parasiter l'espace thérapeutique.

Betty entretient des relations assez distantes avec sa mère, son père étant décédé depuis plus de trois ans d'un accident du travail, peu après l'incendie de leur maison (cet incendie et les circonstances de la mort de son père seront parfois décrits comme appartenant à la même scène. Les éléments d'anamnèse apportés, rares, décrivent Betty au sein d'une famille clanique, peu communicante et très en conflit. Cadette d'une fratrie de cinq enfants, elle parlera très peu des relations avec ses frères et sœurs.

Malgré sa peur de « revenir », de « dire des choses » dont elle n'aurait encore jamais parlé à personne, de parler devant un homme, elle viendra très ponctuellement à chaque séance, toutes les semaines, d'abord accompagnée puis seule. Son mutisme, son attitude de martyr, ses sourires-rixtus feront vivre aux thérapeutes des mouvements contre-transférentiels assez agressifs, en partie dûs aux sollicitations des psychologues obligés de rompre le silence. Ses battements de pied, ses pleurs silencieux, sa souffrance évidente et notre inquiétude quant à une désorganisation psychique importante nous rappellerons à l'ordre de façon très culpabilisante.

Peu à peu les psychologues sont comparés à son père, au juge ou au responsable du collègue, seules personnes à l'avoir écoutée. Betty exprime parfois sa difficulté à parler pendant les entretiens : « *Des moments ici j'essaie un petit peu de me rattraper, je dis le contraire de ce que je ressens parce que je trouve pas les mots* ». Les événements apportés, très rarement liés à des affects, comme indépendants de sa vie psychique, sont niés dans leur part traumatique.

Très étonnamment, alors que notre cadre de travail et de pensée se situerait plutôt à l'opposé de cette démarche, Betty paraît nous placer dans une attitude d'investigation sur la réalité des faits, dont nous doutons d'ailleurs. Alors que pour tout autre patient nous accordons beaucoup plus volontiers ce statut paradoxal, indécidable à la réalité, nous nous interrogeons cette fois à ce sujet (sans questionner cependant la patiente).

Betty nous apporte en effet des éléments contradictoires, parfois délirants (comme lorsqu'elle raconte que, grâce au portrait-robot réalisé avec la police, la brigade des mineurs est remontée jusqu'à elle) sur des agressions qui se seraient répétées, avec la même personne, sur le fait qu'elle pourrait connaître l'auteur. Elle « fait parler » les différents intervenants (le juge, la police, sa tante...) dont les propos infiltrent les entretiens en ajoutant de la confusion.

Betty nous livre dans un contexte dramatisé des éléments importants mais « creux » sur son agression (par exemple le fait qu'elle ait revu l'auteur trois semaines après le premier abus) afin d'observer ce que nous pourrions en faire : allons-nous en parler au juge et reproduire le vécu catastrophique après la première révélation (où médecin, collègue, commissariat et juge ont mis en oeuvre une longue procédure) ? Allons-nous en parler à d'autres ?

Betty exprime une grande blessure narcissique : personne n'a jamais fait attention à elle, sauf peut-être le responsable du collège : *« Il faisait attention à ce que je faisais. Personne ne l'avait fait à ce point. A la récréation, il faisait le tour, c'était souvent qu'il me regardait ; j'ai plus mon père et ma mère ne fait pas attention à ce que je peux faire »*.

Cette attention qu'elle réclame (que sa mère ne lui aurait pas portée) pourrait avoir quelque chose d'incestueux dans sa confusion avec l'excitation. Betty paraît avoir besoin d'exciter, séduire, pour attirer l'attention, peut-être comme elle a dû fantasmatiquement séduire son père pour que lui ou sa mère lui porte attention (la scène où toutes les femmes sont exclues de la maison familiale par son père lorsque la sœur aînée de Betty annonce qu'elle est enceinte de sept mois est à ce titre très intéressante). Plusieurs scènes sont décrites où la patiente se présente comme une jeune fille pouvant exciter les hommes autour d'elle au point qu'elle doit être surveillée et que les hommes doivent être éloignés d'elle (les élèves, les surveillants...).

Cette excitation serait peut-être portée par un regard particulier des thérapeutes qui lui prêtent attention (comme le responsable du collège, le juge ou peut-être son père ou sa mère).



Notre regard, qu'elle ne peut croiser, qu'elle évite, serait alors aussi une façon de la tenir. Peut-être que les progrès de la thérapie se lisent dans son regard, quand elle supporte le nôtre.

Elle s'observe d'abord elle-même, se tient, se calme, se console dans un lien narcissique qu'elle ne peut pas partager dans une relation objectale. Cette madone noire, fermée sur elle-même (jusqu'à cacher ses mains entre ses jambes, tourner la tête et sucer sa médaille –peut-être par peur de s'effondrer si elle lâchait un bout d'elle-même), communique pour l'instant avec nous quelque chose de son trauma presque uniquement par ses silences, ses pleurs, ses battements de pied, ses évitements. Les rythmies motrices notamment, qui surviennent lors des évocations traumatiques, sont très significatives.

Elle rappelle alors qu'elle s'est longtemps demandée si on la garderait mais qu'elle est maintenant plus rassurée sur « *les limites de ce qu'on peut dire ici* », sur ce que les co-thérapeutes peuvent supporter (« *Ailleurs, à chaque fois que je dis la vérité c'est un drame* ») ; elle hésite cependant beaucoup à parler : « *Je voudrais pas qu'on pense du mal de moi, vous êtes bien obligés de penser quelque chose !* ».

Les séances se succèdent, assez répétitives et toujours accompagnées d'éléments contre-transférentiels forts. Nous aurons l'impression de retrouver Betty à chaque fois identique, Madone noire et souffrante enfermée dans un quasi-mutisme, pleurant parfois en silence et sans retenue (refusant même le mouchoir tendu, comme si elle s'agrippait à son désespoir) ou tapant du pied. Il sera très difficile de la penser et de nous penser encore vivants, de l'investir, de penser tout simplement (l'attaque de ma pensée se vérifiera ensuite par des maux de tête après chaque séance).

Il reste extrêmement difficile, voire impossible de différencier « ce qu'on lui a fait » de « ce que cela lui fait » : « *c'est pas grave* » (valable pour l'événement comme pour son vécu), empreint de détachement, ponctue les entretiens. Cette défense, provoquant parfois une exaspération dans le contre-transfert, s'apparente à une sorte de « mépris » de sa vie émotionnelle (je culpabiliserai ainsi beaucoup de n'éprouver pendant un certain temps aucune réelle « compassion » devant cette figure de piété, il sera très difficile de se rapprocher des aspects narcissiques et mélancoliques de Betty).

Peu à peu cependant Betty parle de sa famille, de la peur de son père colérique, comme lorsque sa sœur aînée (la « chouchoute ») annonce qu'elle est enceinte et que toutes

les femmes de la maison doivent fuir pour un temps. Sa famille est décrite comme un gynécée organisé autour des tantes (nous apprendrons par la suite qu'un conflit a séparé les frères des sœurs à la mort du grand-père). Betty n'a aucune représentation d'elle bébé (même des photos), seuls deux souvenirs sont évoqués : « *Je traversais un couloir et j'ouvrais une porte de l'école maternelle* » et celui d'un déménagement à six ans ; elle dit avoir une très mauvaise mémoire à long terme.

Après quelques mois, la patiente semble peu à peu moins tendue, parle plus et pleure moins ; puis les silences reviennent, l'absence totale de regard, une colère pointée. Betty arrive à formuler avoir toujours été déçue par ce que l'on avait fait de sa parole, tantôt répandue, tantôt agie dans l'urgence.

Après six mois de suivi, une troisième agression est relatée : « *J'ai revu le garçon que je souhaitais pas voir. Je l'ai vu au dernier moment, face à moi ; j'aurais pu courir, faire demi-tour... Je suis restée quelques secondes comme ça. Il m'a attrapée par le bras alors que je me retournais. On a essayé de..., il me tirait par le bras, je le laissais pas me traîner mais...il a sorti un couteau et j'ai fait ce qu'il m'a dit de faire (pleurs)* ». Une nouvelle plainte sera déposée par Betty qui remarque toutefois : « *C'est pas parce que je vais au commissariat porter plainte que je suis forcément victime, dans ce qui est arrivé j'ai ma part de..., j'ai fait ce qu'il m'a dit de faire* ».

L'annonce du départ de ma co-thérapeute et de son remplacement par une autre psychologue amène déception et colère : « *Je veux pas recommencer à zéro ! Je veux pas que ce soit une nouvelle personne ! J'avais appris à vous faire confiance* ». Betty fait à ce moment un lien avec la confiance donnée au responsable du collège puis l'abandon vécu lors de son changement d'établissement. Plusieurs attachements suivis de vécus abandonniques sont d'ailleurs évoqués : à une tante (sœur de sa mère) alors qu'elle était petite, au responsable du collège, à une enseignante (lors du décès de son père), à son père. Ses attachements déçus semblent refléter la discontinuité des relations avec ses objets internes ou externes (les blancs de parole pendant les séances pouvant ainsi être interprétés comme une défense devant le risque d'anéantissement).

Les premiers souvenirs chaleureux arrivent une séance avant le départ de ma collègue : « *Mon père faisait attention à ce que je faisais, il racontait des blagues de Toto et*

*chantait des chansons de J.Halliday. J'attendais avec lui dans la voiture que le collègue ouvre* ». Quelques souvenirs, s'approchant aussi d'une problématique plus oedipienne, apparaîtront. Betty arrive à la dernière séance accompagnée de sa cousine (alors que cela ne se produisait plus) et exprime sa volonté de dire des choses qu'elle n'a « *encore jamais pu dire* », elle se contentera de pleurer en silence.

Dans cette première partie de sa thérapie, il me semble qu'il y aurait presque une disparition de la capacité de symbolisation chez Betty ou plutôt entre elle et nous. Les mots eux-mêmes auraient perdu leur valeur symbolique, la thérapie de cette patiente ne pouvant dès lors se fonder que sur une communication non-verbale, dans une sorte d'équation symbolique (au sens de Hanna Segal –1957-, on aurait ici par exemple battements de jambe = rythme du trauma). Ainsi pour Betty le mot serait le traumatisme plus qu'il ne l'indiquerait. La recherche sur la forme de l'expérience que je propose reviendrait peut-être alors à accepter de travailler sur cette équation symbolique, donc quelque part hors du symbolique.

Les psychologues seraient un peu perçus comme un double, une figure limite Moi/non-Moi, ancrée dans le perceptif « à des fins de présentation ». Le comportement de Betty comme nos contre-attitudes et notre contre-transfert soulignent des affects d'étrangeté, d'incessantes ruptures dans les représentations, des superpositions d'éléments mous et durs.

Peut-être que cela nous renseigne sur la façon dont Betty symbolise et symbolise le dispositif, l'effet de double étant amplifié par la présence de deux psychologues. Betty pourrait nous « utiliser » tout en entrant en relation simultanément, la discontinuité rythmique, les mouvements d'investissement/retrait (voire rejet) présents dans le temps des séances comme dans celui du contre-transfert, peut-être échos des qualités dures/molles de l'expérience traumatique de la patiente, éviteraient une interaction permanente qui inquiéterait, exciterait ou anéantirait Betty.

Les mouvements psychiques de Betty sont bien antérieurs au langage (« *Chaque fois que je dis la vérité c'est un drame* », « *C'est pas parce que je vais au commissariat porter plainte que je suis forcément victime* », « *Je dis le contraire de ce que je ressens parce que je trouve pas les mots* »).

Elle ne parle presque pas, répond laconiquement parfois plusieurs minutes après la question, fait parler son entourage à sa place (le juge, la police, sa tante, sa cousine...).

Curieusement, nous avons mis très longtemps à comprendre que ces mouvements signent son mode de communication (elle vient très régulièrement et dit supporter les silences), seul le contre-transfert et une communication archaïque à coup d'identifications projectives, de signifiants de démarcation (sa figure de pietà à la fois rigide et s'effondrant, le caractère dur et mou de sa main, de sa présence fuyante et opposante) et de signifiants formels (« Ca s'effondre, glisse et frappe ») nous renseignent sur son expérience traumatique là où les mots signent l'arrêt même d'un processus de symbolisation.

Après plus d'un an d'entretiens hebdomadaires Betty semble avoir réussi à nous communiquer quelque chose comme « Ce que j'ai vécu n'est pas verbalisable, je l'ai vécu dans le silence, la violence, la colère ; ça ressemble à du mou/dur, ça s'effondre et ça résiste, ça frappe régulièrement ». Il faut bien comprendre que les vécus contre-transférentiels ont été, en ce qui me concerne en tout cas (mais mes deux collègues ont eu des ressentis similaires), à la limite du supportable ou plutôt à la limite de me rendre Betty insupportable. J'ai déjà expliqué comment certains entretiens provoquaient des maux de tête, comment également je pouvais fantasmer de « coller Betty aux murs ». **Les séances n'ont été supportables que parce que je suis allé chercher dans l'autre psychologue une contenance que j'aurais difficilement trouvée seul.**

Le fantasme de « coller Betty aux murs » pouvait aussi renseigner, au-delà de l'impact contre-transférentiel, sur l'idée de fixer la forme dure et molle de Betty sur un fond.

Betty est une des patientes dont j'ai le plus parlé avec ma collègue après les séances, en supervision également. Mais il me semble que c'est bien dans le temps de la séance que s'est essentiellement jouée cette contenance. C'est parce que nous étions deux que nous avons pu nous contenir et contenir Betty.

Ainsi, après un entretien extrêmement difficile où Betty n'avait presque pas parlé, échangé aucun regard avec nous et parfois répondu laconiquement et presque agressivement à nos questions, j'ai fait part de mon inquiétude quant au suivi de cette patiente et ma difficulté à la « supporter » à ma collègue. En parlant, nous nous sommes aperçus que nous adoptions parfois un « **dispositif relais** » durant les séances :

- alors que je supportais les silences de Betty, continuant à soutenir sa figure de pietà, ma collègue s'échappait parfois en rêverie maternelle, imaginant Betty petite ou en

famille, me laissant disponible pour suivre avec attention le moindre signe de la patiente.

Lorsqu'elle « revenait », ma collègue prenait le relais, me laissant parfois absorbé par la vue de la fenêtre de la salle de consultation ou agrippé aux chansons nostalgiques du manège pour enfants situé au bas de l'immeuble. Une fois « revenu » à mon tour – mais étais-je vraiment parti de la séance ?- il m'est arrivé une fois de faire référence à la chanson entendue parce qu'elle avait un rapport avec Johnny Hallyday, chanteur préféré du père de Betty, cette association a immédiatement été reprise par Betty qui suivait également la mélodie.

Ce « dispositif relais » pourrait tout à fait être analysé en termes de clivages fonctionnels (G. Bayle).

- **de rares regards**, mais soutenus, sont parfois échangés entre les psychologues, communiquant une détresse commune.
- **la prise de notes** sert parfois à écrire l'indicible, un mot (nous n'écrivons jamais au même moment) aidant parfois à supporter l'insupportable.
- **certains modes de contenance sont propres à chaque thérapeute et inexploitable par l'autre** : j'observe ainsi régulièrement ma collègue aller chercher le regard de la patiente « de la tête » (en se baissant doucement, inclinant la tête vers Betty et la fixant quelques secondes avec un sourire), attitude maternelle qui fait parfois réagir Betty (elle sent l'avancée de la psychologue et lève un peu sa tête). Cette attitude, qui ressemble à une sorte d'accordage mère/bébé, lui est propre.
- les chaînes associatives se développent parfois communément, parfois de façon isolée, comme si **chacun d'entre nous explorait des pistes susceptibles d'aider Betty**, quitte à ce que l'autre psychologue soit quelquefois surpris du sentier emprunté (j'ai ainsi longtemps rêvé la patiente en association avec l'Italie –la figure de pietà, la vue de la fenêtre ?- pendant que ma collègue la pensait bébé dans les bras de sa mère).

Il convient cependant d'être extrêmement vigilant sur cet aspect : afin que des élaborations archaïques puissent se réaliser, il ne faut en aucun cas que, lorsqu'il y a une attaque du patient sur l'un des thérapeutes (où lorsqu'une « piste » est privilégiée), l'autre thérapeute le défende, il ne faut pas non plus qu'un psychologue encoure le risque de devenir l'ennemi de l'autre. Ainsi, seule une analyse du contre-transfert, de l'inter-transfert, et cela par l'intermédiaire d'une supervision, participe à éviter ces écueils. L'alliance thérapeutique des psychologues peut également être vécue comme un objet d'envie par le patient, suscitant des attaques sur l'un ou l'autre, sur les deux (je montrerai dans la prochaine analyse du cas d'Astrid à quel point cela est vrai).

La thérapie de Betty met l'accent peut-être plus que d'autres sur la difficulté de cette clinique dont **les signifiants verbaux sont pratiquement absents, les capacités interprétatives des psychologues inutilisables et inappropriées.**

Elle montre aussi comment **des scènes se superposent** afin peut-être de traiter et d'occulter l'expérience traumatique première au sein même du transfert, **le traumatisme du dur/mou-qui s'effondre-qui frappe sans modulation, comme une percussion molle sans discontinuité, terrifiante.** Elle montre enfin l'intérêt des entretiens en double écoute pour arriver, avec le temps, à déterminer la forme de l'expérience traumatique première du patient.

On pourrait penser que le type d'intervention des psychologues auprès de Betty est métaphorique puisque les liens que nous proposons le plus souvent ressembleraient à des propositions comme « cela ressemble à... », « cela fait penser à... »<sup>796</sup>. Loin d'entraver la symbolisation comme on le pense parfois, ce type d'interventions (que j'ai du mal à nommer interprétations), tenant compte du vécu contre-transférentiel pour éviter les contre-projections (et l'on voit bien à quel point c'est indispensable dans le travail avec Betty) aiderait particulièrement ces patients à cerner la forme de leur traumatisme au sein des entretiens en double écoute.

**La forme traumatique de Betty est avant tout rythmique** (avant même l'opposition des qualités molle/dure), il est difficile de ne pas percevoir **l'aspect pulsatile de son trauma**, proche d'un rythme somatique, trace mnésique d'une expérience ; il semble opportun de faire référence ici au travail de G.Haag<sup>797</sup>, comme si la pulsion d'emprise n'avait pas pu s'exercer

---

<sup>796</sup> Pour ce type d'interprétation, voir Houzel (D.), « Interprétation : métaphore ou analogie », p.160.

<sup>797</sup> Haag (G.), « Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant », p.45-51.

dans le tétement et que Betty devait encore s'agripper intensément à ses sens, sa kinesthésie rythmique (audible pendant un an, plus symbolisée par la suite) lui permettant de survivre pour l'instant.

Peu à peu, **Betty pourrait différencier contenant et contenu**, sortir d'un état primitif avec sa structure rythmique oscillatoire, de l'autosensation (F.Tustin).

**Les entretiens permettront peut-être de tempérer le dur et le mou, l'effondrement et la rigidité de cette patiente**, la pietà deviendrait alors plus humaine.

Avec D.Anzieu<sup>798</sup>, je pourrais avancer l'idée que Betty fantasme les deux psychologues comme un corps commun où les accordages esthétiques (R. Roussillon) auraient une visée de *similitudes des rythmes*, les deux psychologues résonneraient avec elle, vibreraient à son rythme ( lors d'une séance particulièrement difficile avec cette patiente où battements de pied et larmes étaient omniprésents, les deux psychologues ont été pris d'une crampe à la jambe, observant cette coïncidence après l'entretien).

Betty, un peu comme Orpha pour S.Ferenczi<sup>799</sup>, serait « disloquée jusqu'aux atomes » (les observations de Ferenczi sur cette patiente, soulignant la fixation à une enfant séduite, les différentes fragmentations, la dévitalisation et la nécessité de « secouer » psychiquement –et parfois physiquement Orpha- dit Ferenczi, sont étrangement proches de celles concernant Betty). Pour Betty comme pour Orpha, il pourrait s'agir de réanimer une partie clivée, je dirai de retrouver avec elle la forme de son expérience traumatique.

Lors d'une présentation de ce cas clinique et alors que j'insistai sur la « figure de pietà », E. Grange<sup>800</sup> me fit remarquer que je ne parlais jamais de l'enfant mort. Très curieusement en effet, et alors que j'avais bien en tête la pietà sculptée par Michel-Ange pour une chapelle de Saint-Pierre-de-Rome (on se souvient de ma « rêverie italienne »), je ne m'étais jamais rendu compte que je rêvais cette pietà, et donc Betty, les bras ballants, comme si j'hallucinai négativement la figure du fils mort (le Christ, mais de quel enfant mort ou de quelle part morte de l'enfance de Betty s'agissait-il ?).

D'autre part, ceci est je pense une belle illustration de l'intérêt de la cothérapie et de la diffraction du transfert qu'elle facilite : dans la même scène j'associe Betty à une figure de pietà sans son fils mort sur ses genoux et Judith, ma cothérapeute, rêve Betty bébé dans les

---

<sup>798</sup> Anzieu (D.), *Le moi-peau familial et groupal*, p.9-18.

<sup>799</sup> Ferenczi (S.), notes cliniques du 10 janvier 1932 : « Cas de schizophrénia progressiva (R.N.) », p.54.

<sup>800</sup> Psychologue, Maître de conférences à l'Université Lumière Lyon 2.

bras de sa mère. **La figure de pietà, figure venant organiser l'expérience traumatique de la patiente, diffractée, décomposée sur chaque psychologue se reconstituerait ainsi sur la scène transférentielle.**

On peut aussi penser que la figure de pietà viendrait traiter la culpabilité que je ressens dans les moments d'agacement, voire de colère ressentis face à Betty ; l'allusion à cette sculpture symbole de l'art chrétien et de la compassion viendrait attirer/traiter cette culpabilité.

Enfin, et cela est en lien avec l'interprétation précédente, je trouverais ici un moyen de tuer l'enfant (Betty ?) sans en voir le crime (en en hallucinant négativement le corps).

### **3-3-4 L'implication du thérapeute, une thérapie « interactive »**

J'ai déjà rapporté la critique de Ferenczi, particulièrement en ce qui concerne le traitement du traumatisme, de l'insensibilité de l'analyste. La façon maniérée de saluer le patient, les exigences formelles (tout dire par exemple), l'attention flottante pas toujours adaptée et autres éléments parfois un peu caricaturés opèrent selon lui en trois temps : le patient est d'abord offensé par un intérêt insuffisant, il cherche ensuite la cause de ce désintérêt en lui (pour ne pas offenser le thérapeute) pour finalement douter de la réalité du contenu.

Ce processus fait qu'il réprojecte (« *retroziert* ») le blâme dirigé contre le psychanalyste (note du 7 janvier 1932). Devant l'atteinte traumatique, on ne peut selon lui espérer d'autre issue que celle advenue à l'origine, il faut proposer au patient, dans la réalité, autant d'attention et de sollicitude qu'un enfant gravement touché par une expérience traumatique doit en recevoir.



Pour Ferenczi, l'implication du psychanalyste passe par la reconnaissance et la condamnation de ce qu'il peut y avoir d'artificiel en lui (j'ai déjà abordé ce sujet précédemment) mais aussi par le fait d'admettre toutes les émotions, y compris les plus violentes, comme les fantasmes libidinaux et ludiques. Avec la sincérité de son thérapeute, le patient deviendrait progressivement aussi plus « naturel, agréable et sincère ».

Dans la « répétition modifiée » du traumatisme, Ferenczi pense qu'aucun analyste ne peut réussir en creusant la différence entre situation analytique et vie ordinaire. Pour lui, les patients ont tout à fait raison quand ils demandent à leur thérapeute d'être ramenés à l'expérience traumatique, avec une véritable conviction et même un souvenir de la réalité de la reconstruction, ceci avec comme condition *sine qua non* « un intérêt réel, une vraie volonté d'aider, un amour » faisant contrepoids à la situation traumatique.

Ces conditions sont indispensables pour que le patient ait confiance, que le clivage s'arrête et qu'ils puissent être ramenés « à l'unité de l'expérience qui existait avant le trauma »<sup>801</sup>.

Cette implication passe aussi par une attention sans faille à ne pas avoir de secret pour le patient. Ces sujets traumatisés, dont j'ai déjà maintes fois déjà souligné à quel point il fallait être attentif à leur communication infra-verbale (et à quel point ils l'étaient également) sont rendus méfiants par le moindre secret selon Ferenczi.

Le thérapeute doit donc observer la présence des affects « à partir de menus signes » perçus dans une poignée de main, le ton de la voix. Son attention doit être fine et sans faille, il est impliqué dans « Une nouvelle couvade et un nouvel envol, pour ainsi dire. »<sup>802</sup>

Freud a assez peu, ou en tout cas assez tardivement pensé ainsi l'implication du psychanalyste. Dans ses deux premières conceptions du trauma dès 1845, il livrait pourtant les pistes de ce futur chantier : celui de l'hystérie décrivait un trauma par absence de décharge (d'abréaction), celui de la névrose actuelle observant plutôt une décharge se faisant au

---

<sup>801</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, notes du 18 juin 1932 : « Une nouvelle étape dans la mutualité ».

<sup>802</sup> *Ibid.*, notes du 24 août 1932 : « La peur de la suggestion », p.283.

mauvais moment et/ou au mauvais endroit, c'est-à-dire en l'absence de l'objet, c'est-à-dire, sur le plan transférentiel, en l'absence d'un thérapeute pouvant accueillir cette décharge.

Le travail du psychologue avec le traumatisme, comme d'une certaine façon avec le négatif (et j'ai souligné précédemment le lien entre traumatisme et négativité), concerne aussi ce que patient et psychologue ont oublié de questionner, ce qui n'apparaît pas bien que traversant tous les entretiens. **Comme le négatif, le traumatisme est rarement là où on l'attend**, il est même souvent là où on l'attendrait le moins. Il a forcément à voir, on l'aura compris, avec l'irreprésentable, l'innommable, l'impensable et même, je crois avoir insisté sur ce point, le non-localisable. Il est partout et nulle part à la fois.

**Mais il a aussi à voir, dans le transfert, avec l'innommable et le non-localisable des propres objets et expériences du thérapeute. Ce n'est pas pour rien que j'ai tenu à faire figurer sur mon schéma topique le couple psyché du thérapeute/psyché du patient.** Ici encore plus qu'ailleurs l'implication du thérapeute doit être étudiée avec attention, parce qu'il court le risque, encore plus qu'ailleurs, de ne pas voir ses propres zones aveugles, innommables, non ou mal localisées, ses propres informités, celles justement dont le sujet va tenter de se rapprocher pour les figurer.

On retrouve là les observations cliniques et l'approche très pertinente de C. Balier concernant *la violence en abyme*, supposant d'accompagner et d'intégrer la monstruosité et la destructivité (« au premier degré » ajoute-t-il, mais sans se départir d'un deuxième degré assurant une distance et une contenance).

V. Lemaître envisage un mode de communication des plus élémentaires dans l'échange thérapeutique (ce mode rudimentaire ne trahissant cependant pas la richesse du contenu transmis), un langage en forme de « représentations en actions » permettant de communiquer avec les traces des traumatismes les plus anciens, innommables. C. Balier remarque sur ce point :

*« On est dans la lignée de l'empathie (n'oublions pas le terme), plus exactement ce que Serge Lebovici appelle l'empathie métaphorisante et enactante, l'éfaction étant ce qui est transmis du ressenti par des attitudes corporelles modulées. »<sup>803</sup>*

---

<sup>803</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.3.

L'agir est ainsi requalifié dans la thérapie psychanalytique, pas n'importe quel agir certes, mais un agir quand même.

Pour V. Lemaitre<sup>804</sup>

*« Cette « représentation en actions » apparaît comme intermédiaire entre la représentation-chose qui s'impose au sujet de l'extérieur et la représentation-mot qui, en extrayant de l'expérience du contexte concret du moment vécu, donne accès à un récit temporalisé selon un fil nécessairement subjectif. La « représentation en actions » reste dans l'instantané mais permet au sujet de donner forme à une expérience chargée affectivement et ainsi de se l'approprier. [...] Elle apparaît comme le premier temps nécessaire au processus de subjectivation. Elle est d'ailleurs utilisable pour communiquer avec les autres pour autant qu'ils lui soient attentifs, et pour agir sur eux. »<sup>805</sup>*

Dans son commentaire au propos de V. Lemaitre concernant ses travaux avec les bébés, C. Balier rappelle le « cœur » de la position analytique : « (...) s'effacer, tout en étant bien présent, afin de donner la possibilité au sujet de se trouver lui-même, se découvrir, se créer. »<sup>806</sup> Je reviendrai dans le dernier chapitre de cette thèse sur l'importance du regard dans l'implication du thérapeute.

On se souvient de la vignette clinique que j'ai précédemment exposée concernant Astrid, où elle entre dans une rage terrible, insultant presque ma collègue parce que cette dernière lui aurait offert une poignée de main moins assurée que d'habitude... Cette attitude messagère d'une « représentation en action » était pour Astrid d'une grande importance, elle qui, à ce moment de sa thérapie, ne pouvait communiquer sa détresse qu'avec des « passages à l'acte » ou des « recours à l'acte ». Je décrirai aussi longuement (dans le dernier chapitre) à quel point cette patiente était attentive à la moindre de nos réactions, à la façon dont nous nous regardions, nous nous « entendions » plus qu'aux représentations que nous pouvions échanger.

Selon C. Balier, ce sont ces « moments partagés », ces « regards en abyme » qui permettent l'accès à l'autre. Il faut ici, plus encore qu'ailleurs (j'ai déjà évoqué avec A. Ciccone et A. Ferrant le partage d'affect comme paradigme du soin psychique), arriver enfin à

---

<sup>804</sup> Lemaitre (V.), « Les présupposés du concept de recours à l'acte : confrontation avec les données de la clinique périnatale. », in *La violence en abyme*, *ibid.*, p.34.

<sup>805</sup> *Ibid.*, p.34.

<sup>806</sup> *Ibid.* p. 61.

partager des affects, y compris et peut-être même souvent d'abord avec des vécus corporels. Ici encore plus qu'ailleurs le corps du thérapeute aide à la symbolisation des vécus traumatiques.

La « méthode thérapeutique » serait donc avant toute chose dans le partage de vécus, sachant bien entendu que le thérapeute, plus aguerri, doit se méfier de la séduction de ce vécu commun. L'empathie suppose un cadre. Le travail avec les traumatismes archaïques suppose un retour à des échanges fondamentaux, C. Balier citant par exemple, et en ce qui concerne le travail avec les pédophiles, l'ordre de l'« homosexualité primaire » (E. Kestemberg) ou encore le travail « en double continu » évoqué par C. et S. Botella (1984) pour décrire le partage d'un vécu sans représentation traduisant une fracture dans la relation à l'objet primaire.

D'une façon générale, l'implication du thérapeute avec ce type de patients suppose qu'il s'adapte énormément jusqu'à être négligé (nié ?) dans son altérité, comme le rappelle M. Edrosa<sup>807</sup> en référence à la relation d'objet impitoyable, une relation objectale de cruauté précoce (Winnicott, 1969).

Cette « relation d'objet impitoyable » nécessite un thérapeute « médium malléable » (R. Roussillon, 1991), effaçant (« sacrifiant » dit R. Roussillon) sa propre représentation pour favoriser celle du sujet, pour faciliter la représentation tout court.

Pourrait-on dire que l'empathie et le partage, lorsqu'ils se font avec un sujet particulièrement démuné quant à ses capacités de symbolisation, particulièrement traumatisé, engagent un thérapeute acceptant de « baisser ses armes » habituelles pour servir d'étayage ? Supporter d'être atteint et même exploré, « squatté » sans se laisser trop séduire toutefois afin de rendre au patient ce qui est vécu sans s'y être perdu.

Le « partage affectif » évoqué par C. parat (1995) permet d'accéder aux processus primaires en ressentant, surtout grâce aux identifications projectives, les vécus du patient. L'expérience traumatique, pour être symbolisée, exige plus qu'une conversation avec les psychologues, elle nécessite un partage d'affects, ceux notamment liés à cette expérience (mais pas seulement).

---

<sup>807</sup> Edrosa (M.), *Ibid.*, p.219.

De la même façon que l'empathie suppose peut-être plus de se représenter les sentiments de l'autre que de partager ses sentiments (D. Widlöcher, 1999), le *miroir en abyme* (S. Lebovici) revient à saisir l'affect non pas au premier degré mais dans ce qu'il représente ; ce miroir n'est donc pas narcissique, sinon il serait l'instrument d'une séduction narcissique sans fin. Ce miroir, ce mouvement, cet abyme est contraire à toute perversion :

« L'Abyme, ce serait un peu cela, en quelque sorte, la possibilité de vivre les mêmes choses en même temps à deux niveaux : celui du corps organisé autour des perceptions immédiates, celui d'un autre corps qui se percevrait comme partie existante d'un cadre contenant d'autres existants. N'est-ce pas se rapprocher de l'*hallucination négative* et la *décorporation* ? »<sup>808</sup>

Il est très complexe de comprendre à quel point les expériences traumatiques sollicitent aussi bien les représentations en actions que des processus proches des transmissions de pensée (on dispose avec les modalités de l'identification projective d'un modèle de compréhension de ce type de fonctionnement), comme si la gamme « habituelle » de la communication devait être étendue à ses deux extrémités.

Ferenczi a constamment pensé (cela bien avant l'apparition du concept de résilience en psychologie) les mesures thérapeutiques face à un environnement traumatique. Il a pensé l'aide à apporter sur le terrain de l'intersubjectivité plutôt que sur celui de l'intra-subjectivité. Encore une fois, la guérison du trauma passe nécessairement pour lui par le *partage*.

Son insistance sur les facteurs interpersonnels dans la pathogenèse s'est originalement et logiquement à la fois poursuivie dans les thérapeutiques proposées, parfois jusqu'à l'excès. On lui doit néanmoins l'insistance sur l'implication du thérapeute et même l'idée d'une interaction thérapeutique dans le champ du traumatisme.

Pour l'analyse d'enfants comme pour celle de patients difficiles, il faut penser une technique analytique tenant compte de l'incapacité des uns et des autres à trouver en eux les forces nécessaires à leur propre guérison. Il a bien fallu alors penser l'appui, l'accompagnement, l'interaction avec l'autre-thérapeute.

---

<sup>808</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.330.

Ferenczi a bien montré les limites de l'association libre (verbale). Il semble en effet que dans les thérapies de patients traumatisés, il ne soit plus possible de s'appuyer seulement sur la seule association. Mais nos patients continuent de venir en séance, il s'agit donc de comprendre pourquoi.

Ferenczi, dans sa technique de *relaxation*, a montré la nécessité d'une importante implication du thérapeute, bien au-delà de la neutralité bienveillante. Le psychanalyste doit en effet accompagner le patient pour faciliter le recueil d'éléments sensoriels, d'impressions (je rappelle qu'il définit le traumatisme comme « une impression qui n'est pas perçue »), de sensations physiques ou psychiques, d'émotions pouvant intervenir à n'importe quel instant de la séance.

C'est ainsi qu'il inventera par exemple le jeu de questions-réponses avec un patient s'adressant à lui comme à son grand-père (Ferenczi endossant alors le rôle du grand-père), cherchant à travers cette invention technique à poursuivre ses expériences pour lutter contre l'insuffisance des techniques habituelles.

Cela suppose aussi pour lui que le patient découvre à un moment ou un autre que son thérapeute est aussi un humain. Il est souvent question d'hypersensibilité dans cette « attention interactive » (d'aucuns, comme d'ailleurs Ferenczi lui-même, diront « hypersensibilité paranoïde »). Cette hypersensibilité à l'environnement est considérée comme normale par Alice Balint<sup>809</sup> qui donne l'exemple d'un enfant dormant dans une pièce en compagnie d'un adulte libidinalement investi qui veille sur son sommeil malgré le bruit extérieur, enfant se réveillant cependant dès que cet adulte sort de la pièce. Au contact *indirect* de l'interprétation Alice Balint oppose le contact *direct* avec le patient, le seul contact direct étant évidemment tout à fait insuffisant.

Il ne s'agit pas d'en dire trop au patient sur son état interne, le patient pouvant alors décider de veiller sur son thérapeute (comme Ferenczi l'a bien remarqué lors de l'abandon de l'analyse mutuelle).

Ferenczi a su reconnaître l'enfant dans le patient, je dirai aussi l'expérience traumatique dans la somme d'expériences du patient. La relation qui s'engage alors entre lui et son thérapeute est une relation d'objet précoce, fondée sur des attentes, des demandes mais

---

<sup>809</sup> Balint (A.), 1935 : « Le maniement du transfert sur la base des expériences de Ferenczi », *Le Coq héron*, 1997, n° 147, p.99. Cit. in Guimaraes (R.), *Ibid.*, p.56.

aussi sur des attaques et de cruelles déceptions ; ce sont peut-être ces attentes que Ferenczi nommait « amour d'objet passif » et Hermann « cramponnement ».

Il me semble en effet que le patient traumatisé se cramponne souvent à son thérapeute, toujours méfiant et critique, s'attachant à lui de façon inconditionnelle, incapable de s'auto-suffire. C'est pour cela que l'analyste hongrois a pratiqué la « recette de sincérité » réévaluant la passivité freudienne parfois insuffisante au travail d'analyse. Il avait compris que se taire pouvait être de connivence avec le processus traumatique.

Bien sûr, il aura observé lui-même le risque de ses techniques, notamment de la *relaxation*. En voulant établir une relation d'objet pouvant répondre aux besoins du patient, le thérapeute court ainsi le risque de devenir omniscient, tout puissant et donc objet de haine pour le patient. Il avait compris qu'on pouvait profiter des états de *transe* (Ferenczi parle aussi d'une « extase plus profonde » ou encore d'« auto-hypnose ») pour trop influencer le psychisme des patients au lieu d'augmenter leur aptitude à se saisir.

M. Schneider a bien remarqué dans les moments férencziens d'analyse de l'identification à l'agresseur et du nourrisson savant un important changement d'orientation dans la conception même de la psyché, le

« Passage d'une conception intrapsychique à une conception interpsychique ou, pour recourir à un terme plus familier, intersubjective. Ce n'est pas sur un écran onirique que la souffrance se trouve éjectée, mais elle s'empare réellement, dans l'analyse clandestine férenczienne, du corps de l'autre. Corps substitutif absolument nécessaire pour qu'on parvienne à ce résultat : « J'obtiens que ce soit lui qui souffre et non moi », expression dans laquelle Ferenczi reprend presque littéralement, en le situant dans le réel, ce qui se jouait dans l'éjection du monde. Ejection ou déjection, exigeant qu'un autre arbitre effectivement, dans cette éjection par prise de corps, la souffrance intolérable. »<sup>810</sup>

On retrouve là toute la conception du transfert par retournement et des modalités de l'identification projective.

La technique thérapeutique férenczienne est vraiment construite sur l'idée qu'il faut accompagner chaque patient à revivre les déformations que les expériences traumatiques ont fait subir à sa psyché. Une thérapie « intellectuelle » ne peut suffire à cette fin, il faut revivre

---

<sup>810</sup> Schneider (M.), *Le trauma ou la filiation paradoxale. –De Freud à Ferenczi.*, p.260.

en séance les moments de souffrance, d'angoisse pour que le patient puisse se réapproprier ce qui a autrefois submergé le sujet.

Pour cela, trois préceptes sont nécessaires : la relation émotionnelle entre le thérapeute et le patient, l'incessant travail du thérapeute pour concentrer les manifestations du patient dans la séance et l'attention très particulière portée sur la tension émotionnelle du patient (tension qui ne doit pas être soulagée trop rapidement par une interprétation). D'une certaine façon, Ferenczi s'est attaché à dupliquer le trauma initial en séance, sans toutefois que cette répétition soit *ad integrum*, ni même une imitation.

M. Balint a également constamment souligné la nécessité d'une implication toute particulière de l'analyste en insistant sur les aspects interpersonnels (les plus importants selon lui) dans les thérapies de patients traumatisés. L'analyste doit s'adapter au patient, plus que jamais éviter l'omnipotence.

Comme le remarque R. Gumaraes<sup>811</sup> Alice et Michael Balint modélisent la cure (entre 1936 et 1939) comme une interaction complexe (comme l'a fait Ferenczi) entre le thérapeute et son patient. Ils remarquent d'abord le caractère « vivant » de la cure pouvant par exemple déjà être trouvé dans l'atmosphère des séances, la qualité matérielle de l'environnement, le degré de relation humaine sollicitée en début et fin de séance... (on retrouve là des précurseurs des propositions de D. Anzieu concernant l'Analyse transitionnelle que j'ai longuement décrite dans cette thèse).

N. Abraham et M. Torok ont beaucoup insisté (1973, 1975) sur un certain type de conjonctures transférentielles devant être tout particulièrement identifiées par l'analyste. Ils remarquent par exemple à quel point le thérapeute doit être présent lorsque s'opère un renversement du transfert où l'analyste est chargé de la projection de « l'enfant du patient ». Ils décrivent aussi à quel point il faut agir avec précaution lorsqu'une expérience traumatique est ramenée à la conscience. Concernant plus particulièrement la clinique du traumatisme sexuel, on touche ici à un point important concernant *l'éventuel procès fait à l'objet traumatisant*.

---

<sup>811</sup> *Ibid.*, p.190.



Mettre en procès cet objet (le sujet agresseur par exemple) prendrait alors le risque d'entraver la réappropriation de soi par le sujet (de l'enfant dans le patient par exemple), ce dernier étant évidemment encore (et peut-être à jamais) totalement lié à cet objet :

« Le grand danger (...) c'est qu'au moment de l'ouverture de la crypte, l'objet ne soit condamné par l'analyste de manière implicite ou explicite ; alors qu'au contraire ce qui est réclamé c'est la faculté d'en faire le deuil, c'est-à-dire de s'approprier les ressources libidinales qu'il détenait. [...]

Si, au contraire, à la place de la honte de l'objet, a été admise la valeur narcissique de l'expérience cryptée (et cela pour les *deux* partenaires) alors, la crypte une fois ouverte, son trésor mis à jour et reconnu comme propriété inaliénable du sujet, va s'opérer, au gré d'un élan nouveau, le troisième et dernier mouvement, en vue, cette fois, d'engager la lutte au grand jour avec le tiers oedipien, dernier obstacle à la fructification du trésor. »<sup>812</sup>

Ce que reconnaissent ces auteurs, certes de façon un peu lyrique et poétique<sup>813</sup>, c'est qu'il y a grand risque à condamner le sujet en même temps que l'objet, fut-il de sa honte et de son traumatisme. Je pense que nombre de procédés dits thérapeutiques, nombre de recours au militantisme associatif (particulièrement en ce qui concerne la maltraitance sexuelle) condamnent souvent (parfois dans une logique perverse mais le plus fréquemment dans un souci d'aider le sujet) la « victime » (car le sujet se transforme en victime au moment même où son agresseur devient condamnable, c'est-à-dire coupable) à se couper de son expérience.

L'objet de sa honte et de son traumatisme devient tellement condamnable, tellement étranger, qu'il ne peut plus être lié à l'expérience traumatique, ce processus de « condamnation militante » (il s'agit là d'un militantisme autant thérapeutique qu'imposé par le socius) revenant à amputer le sujet d'une partie de son expérience, à la désubjectiver. Comme si, dans un fonctionnement de pictogramme, on arrachait un bout du sujet et de son expérience en rendant si extérieur et condamnable, si étranger le responsable du traumatisme.<sup>814</sup>

Ce n'est qu'en gardant aussi longtemps que nécessaire le sujet et l'objet de sa honte et de son traumatisme en contact qu'une désintringation ultérieure sera possible.

---

<sup>812</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p. 316.

<sup>813</sup> J'aurais tendance à penser que l'écriture d'Abraham et Torok, notamment lorsqu'ils abordent la question du traumatisme, tend à rendre dans une forme poétique quelque chose de l'expérience même du trauma.

<sup>814</sup> Le lecteur l'aura compris, je ne me place pas ici d'un point de vue civil ou pénal où la condamnation a évidemment toute sa place et participe même souvent à l'effet thérapeutique, justement d'ailleurs parce que ce n'est pas le thérapeute qui juge et condamne, lui seul peut garantir le lien avec l'expérience là où le socius, la justice cherchent à juste titre à exercer une coupure, une condamnation salutaire, une protection.

La dénonciation, et particulièrement celle des parents (notamment dans le cas d'inceste) est sans nul doute un risque majeur dans la clinique du traumatisme sexuel. Il est évidemment beaucoup plus complexe de présenter la question du sens des agirs traumatiques : il s'agit alors d'

*« (...) élaborer, à partir du matériel et du transfert du patient, les problèmes posés par certaines attitudes parentales, leur nocivité et la confusion qu'elles ont pu induire, permettre qu'apparaisse une rage réprimée depuis toujours et la contenir, comprendre la façon dont le psychisme du patient a dû se construire en réaction et non en relation à l'objet, quelle collusion s'est produite entre la réalité parentale et ses fantasmes, et, secondairement, souligner le risque de totalisation des sentiments (ne plus ressentir les parents que comme entièrement mauvais), et si le patient s'engage sur cette voie, tenter de reconstruire la manière dont les parents étaient eux-mêmes prisonniers de leur histoire avec leurs parents, ce qui redonne sens au traumatisme, tout ceci ne me semble non seulement pas risqué, mais souvent nécessaire. »<sup>815</sup>*

Caroline Thompson<sup>816</sup> remarque que les thérapies d'enfants, comme celles des états-limites, montrent que ces sujets demandent un investissement du thérapeute « (...) non pas en dehors du transfert mais en plus de celui-ci. »<sup>817</sup> Encore une fois, les écrits de M. Little traduisent bien cet aspect.

Les demandes des patients auprès de leurs thérapeutes sont fortes et parfois démesurées, le poussant à sortir des limites de son cadre et dispositif habituel (ce qui ne signifie pas qu'ils doivent le faire, j'ai abordé l'Analyse transitionnelle décrite par D. Anzieu comme pouvant répondre à ces exigences). Si les patients limites ou traumatisés font jouer la limite entre leur thérapeute et eux en la mettant même parfois en acte, « L'analyste est alors investi non seulement en tant qu'objet du transfert, mais aussi comme objet réel. »<sup>818</sup>

Je me souviens ainsi d'une patiente qui, après avoir quitté son psychanalyste en raison d'un déménagement, me racontait lors du premier entretien avec moi que son précédent thérapeute avait accepté de la prendre dans ses bras pour lui dire au-revoir, « comme cela avait été décidé au tout début de la thérapie ». Si je n'ai pas forcément trouvé le geste du

---

<sup>815</sup> Berger (M.), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi – la topique de la profondeur.*, p.177-178.

<sup>816</sup> Thompson (C.), « Le contre-transfert est-il un cadre ? », in André (J.) et al., *Transfert et états-limites*, p.26-27.

<sup>817</sup> *Ibid.*, p.26.

<sup>818</sup> *Ibid.*, p.27.

psychanalyste déplacé (l'affect ressenti tenait moins de la séduction et de l'excitation que d'une réconciliation narcissique et maternelle), accepter le « contrat » implicite exposé par cette patiente aurait été prendre trop vite le geste pour la chose, agir plutôt que de se placer sur le terrain de la représentation.

Il n'en reste pas moins que ces demandes des patients, ces sollicitations dans le réel (Astrid, dont je parlerai plus loin, nous disant qu'elle ne nous fera confiance que si nous pouvons boire un café ensemble et parler un peu de notre vie ; il lui faudra de nombreuses années pour qu'elle soit suffisamment rassurée pour ne plus le demander) sont fréquentes et parfois harcelantes pour les thérapeutes.

Les refuser sans réfléchir à ce par quoi elles sont portées seraient les réduire à des tentatives de séduction ou des manœuvres perverses (ce qu'elles sont parfois). Les sollicitations du patient exigent une véritable implication, les refuser d'emblée et de façon phobique pour des raisons de cadre, de défenses (du sujet et du psychologue), de limites ou de déontologie n'aident jamais le patient.

C'est l'implication du thérapeute qui est alors nécessaire, y compris dans l'analyse contre-transférentielle. Elle-seule apportera matière à symbolisation. Rappelons-le, il est bien question d'implication du thérapeute et non de passages à l'acte.

Le thérapeute peut être utilisé par le patient en étant non seulement l'objet du transfert (cela fonctionne suffisamment bien dans une économie névrotique) mais aussi **en étant pris comme un objet, le patient pouvant grâce à lui se mettre en contact avec ses éprouvés traumatiques, les identifier et délimiter ses expériences.**

Ces propositions ont déjà été théorisées à travers l'idée d'une malléabilité du thérapeute ou du Moi auxiliaire par exemple (Winnicott). Il est donc vrai que nos patients ont souvent besoin de savoir qui nous sommes pour pouvoir nous investir et, pour eux comme pour M. Little face à Winnicott :

*« Ces informations ne sont pas un frein au travail analytique mais la condition même de ce travail, car Little a besoin d'être rassurée sur l'existence réelle de son analyste comme les enfants qui demandent où on habite et si on a besoin de manger comme eux. »<sup>819</sup>*

---

<sup>819</sup> Thompson (C.), *Ibid.*, p.37.

Il faut donc répondre à ces demandes, à certains moments en tout cas, pour qu'ils saisissent que nous ne sommes pas *que* l'objet de leur transfert, que l'on existe ailleurs...

La plus grande prudence est évidemment exigée car le risque est grand :

*« Il ne s'agit évidemment pas de leur fournir une information dans la réalité, mais d'utiliser la réalité pour délimiter leur propre espace psychique. »<sup>820</sup>*

Le thérapeute doit être là et bien là, aussi pour assurer que les traumatismes ne se reproduiront pas, ne sont plus actuels (y compris dans les processus hallucinatoires mis en œuvre). Il doit ensuite être là pour construire et interpréter avec le patient, « trier » ce qui lui appartient de ce qui relève de son environnement. Les psychanalystes ont beaucoup théorisés autour de leur absence, ce n'est que très récemment qu'ils le font quant à leur présence. Comme s'il n'avait pas été pensable, un temps, que le patient puisse se servir de la présence de son thérapeute (sa présence réelle) pour symboliser...

Il faut peut-être, comme le fait A. Green, poser la question de savoir si la technique analytique, la compréhension et l'interprétation doivent accorder plus d'importance au vécu ou s'inscrire dans une « fidélité » aux règles classiques en pensant ces vécus dans le tissu des représentations et des affects (traduits dans les relations d'objets) :

*« Autrement dit faut-il sacrifier l'analyse à l'empathie phénoménologique ? [...] Ce qui est en jeu est le procès de la tentation phénoménologique en analyse lorsque la lourdeur de la pathologie, le poids du passé, la gravité des distorsions imputables aux imagos parentales donnent le sentiment à l'analyste que l'inconscient créateur aurait été, pour ainsi dire, neutralisé, et que l'analyste doit en quelque sorte savoir s'effacer devant le soin à donner au patient et renoncer à appliquer sa méthode »<sup>821</sup>*

Les psychanalystes se sont répartis sur l'un ou l'autre pôle et l'on voit bien que certaines positions se sont considérablement assouplies (on pense par exemple aux auteurs post-kleinien prenant vraiment en considération les objets externes). D'autres restent assez radicales sur ce sujet, comme le rappelle A. Green en ce qui concerne J. Lacan pour lequel « à la limite » tout est hystérie, ignorant avec superbe la souffrance du patient, rendant forclos la psychose.

D. Stern revient sur ces controverses concernant les approches privilégiant l'empathie (comme dans la psychologie du Soi) ou l'interprétation (dans la psychanalyse plus

---

<sup>820</sup> *Ibid.*

<sup>821</sup> Green (A.), *La folie privée*, p.36-37.

« classique »). Reprenant ses propositions, il nuance cette opposition en observant qu'une approche plus empathique rencontrera d'abord les échecs dans le domaine du lien interpersonnel intersubjectif, le patient étant choqué puis soulagé de trouver quelqu'un prêt à partager ce qu'il ressent.

A l'inverse, une approche plus interprétative traitera d'abord le contenu dans le domaine du lien interpersonnel verbal : « En effet, la nature de l'approche thérapeutique détermine le domaine de l'expérience qui va apparaître comme d'abord touchée. »<sup>822</sup> J'ai formulé cela précédemment en disant que le thérapeute devait être *polyglotte* pour entendre tous les langages de l'inconscient.

L'accompagnement était pour Ferenczi l'élément essentiel pour réparer les blessures traumatiques, désengageant le sujet d'un isolement profond :

*« (...) si le patient sent réellement que nous nous soucions de lui et que nous prenons au sérieux son besoin infantile d'être secouru (une bonne partie du patient n'est qu'un enfant en détresse qu'on ne peut pas accabler de théorèmes quand il souffre terriblement), alors on peut l'amener à tourner sans terreur son regard vers le passé. Une nouvelle preuve que l'effet durable du trauma provient de l'absence d'un environnement bienveillant, compréhensif et éclairant. »<sup>823</sup>*

M. Torok a elle aussi évoqué la nécessité, pour l'expérience traumatique, de trouver un thérapeute « médium ». Cela est exigé puisque surgissent dans ces thérapies des traumatismes qui, par définition, n'ont jamais pu être élaborés en contact avec l'objet. La demande n'est évidemment pas directe mais néanmoins insistante : l'expérience traumatique doit enfin être partagée, communiquée. Il ne s'agit plus seulement de contenir cette expérience, mais aussi de lui permettre de se déployer.

C'est bien au moment où l'analyste hongrois était cliniquement confronté à la mort qu'il a développé son concept d'empathie, parfois il est vrai dans une dramatisation excessive.

D'autres psychanalystes, porteurs de cet héritage de façon plus modérée, ont pensé cette interaction et l'implication du thérapeute dans le traitement du traumatisme. C. Janin par exemple parle d'*animisme à deux* pour décrire le processus par lequel le traumatisme devient

---

<sup>822</sup> Stern (D.), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, p.335.

<sup>823</sup> Ferenczi (S.), *Journal clinique*, p.282.

communicable et non plus seulement *commémorable*. Il s'agit bien d'une expérience commune faite entre le thérapeute et son patient, reproduisant quelque chose (peut-être pas *ad integram*) du traumatisme. Cet animisme serait perceptible dans les moments de vacillements de la réalité extérieure (j'ai proposé d'en faire une lecture avec les clivages fonctionnels de G. Bayle) face à la résurgence de moments internes s'actualisant dans une « communauté sensible ».

Reprenant enfin les propositions d'A. Ciccone et A. Ferrant<sup>824</sup> j'envisagerais volontiers le travail du thérapeute face aux expériences traumatiques du patient comme *consolateur*. Comme une mère consolant la détresse de son enfant, le travail en séance permettrait de produire des « ajustements suffisamment et volontairement manqués » (D. Stern), le thérapeute reprenant l'intensité affective en la diminuant ou la dramatisant, en la jouant dans le transfert en quelque sorte.

En faisant ainsi, les psychologues transmettraient qu'ils croient et ne croient pas la détresse du patient, qu'ils la considèrent mais n'y participent pas totalement, ne s'effondrant pas. C'est évidemment toute la zone intermédiaire, transitionnelle du soin psychique qui est en question. Je reviendrai sur cette question des accordages entre patient et thérapeutes.

---

<sup>824</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), séminaire méthodologique de D.E.A. : « Traumatisme et travail de la honte », Université Lyon 2, 07-12-2002.

## Résumé de thèse

Cette thèse s'attache à dégager les effets spécifiques des expériences traumatiques de nature sexuelle, et plus largement à modéliser le déploiement de tout traumatisme. *L'informité traumatique* y est particulièrement mise en évidence dans la façon dont l'expérience est atteinte au-delà de son contenu dans sa substance, ses contours et sa forme.

Devant cette clinique de l'extrême où le patient se débat dans une économie le plus souvent paradoxale, le clinicien doit faire face à l'enchevêtrement des scènes traumatiques de l'histoire de son patient, d'un sujet n'abandonnant jamais véritablement le projet de configurer son expérience et de la situer topiquement.

On y trouve d'abord l'exposé des modèles et des issues les plus dynamiques pensés par la pensée psychanalytique, de son commencement aux propositions plus contemporaines.

Y sont ensuite envisagés, au milieu de l'errance des éléments de son trauma, les efforts du sujet pour figurer, circonscrire et situer une expérience ayant très largement dépassé ses capacités de représentation, efforts qui renseignent aussi sur les zones psychiques impactées. Sans négliger l'aspect destructeur de ce type d'expériences, la manière dont elles peuvent atomiser la vie psychique, cette thèse soutient l'idée d'un déploiement et d'une dynamique de l'économie traumatique, dynamique potentiellement organisatrice et de grande ampleur, oeuvrant le plus souvent en deça du langage.

Pour rendre compte à la fois des effets du traumatisme et de son appel à former l'expérience, il convient de penser une topique au sein de laquelle peuvent se jouer et l'errance des éléments psychiques et la façon dont ils sont attractés pour arriver à configurer l'expérience, la symboliser. Cette topique est représentable par un cylindre développable en rubans de Möbius, cylindre contenant l'identité du sujet et dans lequel des zones de plis figurent les points où la matière psychique se forme et se spatialise.

Ce cylindre où se joue l'expérience traumatique organisée en couple d'opposés, où se lisent également les efforts du sujet pour la circonscrire, n'est pensable que dans un modèle intersubjectif. Dans cette optique, et parce que l'économie traumatique impose plus que d'autres une réflexion sur le dispositif de soins et l'implication du thérapeute, on saisit mieux l'intérêt d'une double écoute (par deux psychologues cliniciens).

Une part importante de ce travail de recherche concerne l'étude de la congruence de cette « copensée » avec la nouvelle modélisation du traumatisme. A cette fin, les enjeux du regard, de la psychodramatisation et de la spatialisation de l'expérience comme bien entendu des capacités de contenance du dispositif en double écoute y sont particulièrement analysés, sans en sous-estimer les limites (d'une trop grande séduction par exemple).

Ce travail de recherche laisse une large place à la clinique par l'exposé de longues vignettes retraçant le récit d'expériences traumatiques de patients, en replaçant ce déploiement (parfois sur plus de dix ans) dans l'épaisseur des séances, des échanges et des interactions entre les deux psychologues et leur patient. Evidemment, les enjeux transféro-contre-transférentiels occupent une place importante dans cette dynamique.

En liant les aspects métapsychologiques et techniques de la modélisation de l'expérience traumatique proposée, on comprend par exemple à quel point la construction (et plus seulement l'interprétation) est utile, comment les signifiants formels (D. Anzieu) sont d'une grande pertinence pour lire le déploiement de l'expérience, comment les clivages fonctionnels (G. Bayle) facilitent la « communication traumatique ».

Dans une économie au climat rarement tempéré, les psychologues sont souvent malmenés et l'identification projective devient paradigme de l'échange traumatique. Véritables « attracteurs humains » de la forme en errance du trauma, les thérapeutes se trouvent souvent confrontés à des places et fonctions à la limite de leur position clinique.

Penser les traces de telles expériences oblige bien sûr à considérer la façon dont l'appareil psychique garde ou pas la mémoire de rencontres aussi peu subjectivées. En insistant toutefois sur les processus par lesquels la psyché conserve, transforme, déforme et réactive les traces des expériences traumatiques, on arrive aussi à comprendre comment la méthodologie psychanalytique parvient à garantir la question de l'humain et de son potentiel de transformation, cela même dans les expériences les plus désastreuses.

De même que le sujet ne peut se réduire à une victime, son expérience traumatique ne peut être traitée indépendamment de l'ensemble de la psyché, elle ne peut être « débriefée » ni évacuée aussi facilement que le socius pousse quelquefois à le faire. Bien au contraire, il est ici plutôt question de laisser se déployer les atteintes traumatiques en même temps que leur potentiel de mise en forme.

Université Lumière Lyon 2  
Ecole Doctorale 485 E.P.I.C  
(Education – Psychologie- Information et Communication)  
Institut de Psychologie  
Département : Psychologie et Psychopathologie Clinique  
Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique EA 653

# **L'informité du traumatisme**

*Plaidoyer pour une clinique et une  
topique dynamiques du traumatisme  
sexuel*

Tome 4

**Thèse de Doctorat en Psychologie**

**Mention Psychopathologie et Psychologie Clinique**

Par Eric CALAMOTE

**Sous la direction du Professeur Albert Ciccone**

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2011

Devant un jury composé de  
**Albert CICCONE**, Professeur des Universités, Université Lyon 2  
**Alberto KONICHEKIS**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**François MARTY**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes  
**René ROUSSILLON**, Professeur des Universités, Université Lyon 2



### 3-3-5 résumé du chapitre

Une fois mon schéma topique de l'expérience traumatique exposé, il a bien fallu en explorer les implications et la façon dont mon propos pouvait s'inscrire dans la technique et la métapsychologie psychanalytique, cela fut l'objet de ce chapitre.

J'ai revisité la façon dont les systèmes de traces et de mémoires pouvaient s'inscrire dans la psyché, en m'appuyant notamment sur la théorisation de R. Roussillon à partir des recherches freudiennes. En différenciant traces mnésiques, investissement psychique et en soulignant la complexité des présentations de l'expérience à la psyché comme de leurs inscriptions, j'ai souhaité tisser des liens entre les traces laissées par l'expérience et l'effort du sujet pour les traiter ou les conserver.

Freud avait bien abordé cette question avec la métaphore du bloc notes magique (1925) mais aussi avec le symptôme conversionnel et beaucoup plus tard dans Construction dans l'analyse (1937) en trouvant un « tenant lieu » de remémoration : le patient se convainc faute de pouvoir se souvenir.

J'ai exploré les « traces dégénérées » (R. Roussillon) ayant perdu une part de leur générativité, les processus de somatisation, la façon dont Ferenczi (1921) pensait un second système mnésique du Moi tout en décrivant le traumatisme comme « une impression qui n'est pas perçue » et l'origine de la commotion comme la façon de l'amener pour la première fois à la perception (supposant donc un système de traces). En faisant cela j'ai traversé la manière dont les auteurs ont pensé les systèmes d'enregistrements de l'expérience traumatique en complexifiant sans cesse le mode de saisie de cette expérience par la psyché.

La clinique de la somatisation, la dépression essentielle étudiée par P. Marty ont aussi servi de support pour penser la façon dont la psyché pouvait inscrire, réactiver ou transformer les traces d'une expérience traumatique.

Avec l'étude de la position freudienne concernant la mémoire et ses modes de conservation et de transformation, la manière dont le sujet peut à la fois conserver et recueillir, différencier la perception de l'objet et ses traces, j'ai essayé de suivre la complexification constante du modèle. Un parallèle a été fait avec la façon dont mon modèle peut contenir cet appareil psychique de mémoire et surtout l'idée qu'elle serait présente plusieurs fois et enregistrée selon différents registres.

Ce modèle devra également contenir l'échec de la traduction d'une trace et d'une époque dans l'époque suivante : les fueros décrits par Freud, signant la non traduction de l'expérience.

En étudiant les rapports entre la mémoire et la forme (forme que je définis comme un précipité de l'histoire de la rencontre avec le traumatisme), les transformations permises par la psyché, j'ai aussi observé comment les traces traumatiques pouvaient revenir ou être présentées à cette psyché.

Certaines modélisations telles les propositions de M. Berger parlant d'une formation biface (l'une recevant les représentations, l'autre inscrivant ce qui serait en carence représentative) m'ont aidé à penser la clinique du traumatisme comme une clinique des traces plutôt que du souvenir ; une clinique de traces tenues, à peine détectables et en attente d'être appropriées et articulées à la vie psychique, leur destin passant aussi par celui du transfert.

C'est en effet le mouvement, la trajectoire, la mise en réseau des traces à travers le transfert et un dispositif les attractant ainsi que leur mise en forme que j'étudie.

C'est véritablement à une métapsychologie des processus, des traces et de la mémoire que je confronte l'exploration de l'inscription traumatique : réminiscence, clivage, différenciation des traces mnésiques et de leur retour à la psyché (y compris sous une forme hallucinatoire) sont donc étudiés.

Si toute symbolisation suppose un système complexe conservant et transformant les traces, que suppose le traumatisme qui signe un défaut de symbolisation ?

J'interroge ensuite dans ce chapitre une éventuelle localisation des zones traumatisées et la manière dont la mobilité psychique (telle qu'elle est décrite dans la métapsychologie freudienne) peut ou pas en rendre compte. J'insiste sur la nécessité de rendre peut-être plus lisibles ces systèmes de traces dans un schéma topique plus malléable, plus extensible, pouvant se dilater et se contracter, permettant de mieux lire ce déploiement de l'expérience, comme a pu le faire par exemple M. Berger (1990) avec sa topique de la profondeur.

Il a fallu enfin penser la symbolisation primaire (R. Roussillon) face à l'urgence de la psyché à se saisir de l'expérience traumatique. En m'appuyant sur les nombreux auteurs ayant essayé de rendre compte de cette première métabolisation (G. Rosolato ou D. Anzieu par exemple) et en reprenant la pensée de R. Roussillon pour résoudre le problème de la différenciation pour le sujet de son expérience première et de sa reproduction, j'ai tenté d'illustrer comment ma proposition topique et la clinique du traumatisme sexuel s'inscrivaient dans ce travail de symbolisation primaire.

Ce sont enfin les implications techniques de ma modélisation et des mes propositions cliniques que j'ai exposées dans ce chapitre, y compris en croisant les inventions de deux auteurs que l'on a souvent opposés sur le sujet du traumatisme, Freud et Ferenczi.

J'ai particulièrement insisté sur le fait qu'il n'était pas possible de restituer ad integram les qualités et les processus psychiques d'expériences si « atomisées » (S. Ferenczi) par le traumatisme.

A partir de l'idée freudienne exposée en 1937 dans *Constructions dans l'analyse*, j'ai rappelé qu'il ne s'agissait pas d'investiguer en se basant sur les souvenirs du patient, de dévoiler, d'abrégir ni de convaincre le patient de la bonne interprétation mais surtout de lui communiquer des fragments de constructions permettant progressivement à l'expérience de se constituer, cela ne pouvant se faire que dans un authentique travail avec le thérapeute.

Afin de traiter les aspects formels de l'expérience, j'ai soumis l'idée que les signifiants formels (D. Anzieu, dont je trouve un précurseur avec S. Ferenczi) s'intéressant aux qualités spatiales de l'expérience et concernant les formes et configurations pouvaient être d'une grande pertinence pour lire cette clinique.

Présentant un poids d'imprégnation impressionnant et concernant des expériences engageant la survie du sujet, ils mettent en mémoire les éprouvés trop intenses ou trop précoces, condensent l'expérience.

Identifiés et repris par le thérapeute, ils permettent de faire un retour au patient de la forme de son expérience. En cela ils sont cohérents avec ce que j'ai pu dégager des particularités cliniques et topiques du trauma, avec les exigences de figurabilité face à l'expérience.

N'étant pas des contenus de pensée mais des supports ayant une fonction d'interface mettant en correspondance différents domaines, ils sont en lien avec les angoisses les plus primitives (voir un objet qui se déplace arracher la place de l'espace où il était par exemple). Je montre dans ce chapitre à travers le cas clinique de Madame Korschov et surtout celui de Betty (adolescente de 16 ans) à quel point ces signifiants rendent compte à la fois de l'informité traumatique et des efforts du sujet pour configurer, trouver la forme de son expérience. Avec eux je retrouve la forme pulsatile du trauma de Betty.

C'est enfin sur la nécessité de repenser l'implication du psychologue dans ce type de soins que je conclus ce chapitre. Dans la lignée de l'empathie ou de la « représentation en action » (V. Lemaître) je mets en évidence une présence particulière du thérapeute permettant

le partage de vécus sans représentation dans le retour à des échanges aussi fondamentaux qu'éloignés du langage verbal.

Derrière le partage affectif (C. Parat, 1995) ou les regards en abyme (C. Balier) se trouvent donc des processus d'une rare intensité soutenus par des identifications projectives massives permettant de très largement dépasser la simple conversation thérapeutique.

C'est cette implication, cette interaction nécessaires avec le patient traumatisé qu'avait bien senties S. Ferenczi, probablement en la poussant trop loin dans ses techniques actives et son analyse mutuelle.

Ce type de conjonctures transférentielles oblige à repenser à quel point et de quelle façon le thérapeute doit être présent et agir avec précaution dans un contexte thérapeutique où il est investi comme objet de transfert mais aussi tout particulièrement comme objet réel. Cette implication, y compris dans le réel, ne peut évidemment être confondue avec le passage à l'acte. Il faut donc plus qu'ailleurs penser la présence réelle du thérapeute.

# **4- Dispositif en double écoute et nouvelle modélisation du traumatisme : mise en clinique du modèle**

J'ai déjà assez précisément abordé la question des incidences de ma proposition topique sur les caractéristiques de cette clinique du traumatisme ainsi que sur la technique thérapeutique. Ce travail a été entrepris dès le premier chapitre de cette thèse (avec notamment le rappel des propositions d'Anzieu sur l'Analyse transitionnelle).

Il ne s'agit évidemment pas d'automatiser quelque chose d'une technique, pas plus que de penser que le traitement des aspects traumatiques des expériences des patients oblige une technique très spécifique, une « spécialisation » quelconque. Concevoir ainsi mon projet reviendrait à vouloir inventer le pare-excitation idéal contre le traumatisme, j'espère avoir bien montré que le projet de cette thèse était plutôt de m'intéresser aux aspects dynamiques et au déploiement de ce type d'expérience, je n'ai jamais eu pour entreprise d'espérer pouvoir les juguler. Une position aussi extérieure ferait l'impasse sur les aspects transféro-contre-transférentiels.

Le lecteur aura compris à quel point l'expérience traumatique nécessite beaucoup plus qu'une évacuation. A. Alvarez rappelle l'« ancienne théorie » suggérant de « tout laisser sortir et pleurer un bon coup », celle de l'abréaction, se heurtant aux obstacles mis en place par le sujet. Elle y oppose la théorie de la relation d'objet. Peut-être devrais-je plutôt dire qu'elle complète la première conception par celle-ci, comme si à l'abréaction on ajoutait la décharge *dans ou à travers* l'objet. Ceci posé, il faut donc, comme le propose A. Alvarez, se

poser une question essentielle : « Quel type d'objet (personne imaginaire ou aspect d'une personne) interdit ces larmes ou ne peut les accueillir ou les supporter ? »<sup>825</sup>

Les théories kleiniennes ont toujours insisté sur les qualités phantasmées de l'objet, M. Klein ayant très rapidement souligné la façon dont les « objets internes » (les figures ou aspects d'une figure phantasmée ou imaginaire) pouvaient interagir avec les objets réels.

La longue thérapie d'Astrid est un bel exemple de cette interaction, cette patiente dirigeant sans cesse ses mouvements vers les thérapeutes, mouvements fortement influencés par les phantasmes les concernant. Le lecteur trouvera dans l'exposé de ce cas de nombreuses illustrations du propos de ma thèse, concernant aussi bien les particularités de la clinique du traumatisme sexuel, que celle de la topique concernée et du dispositif.

A. Alvarez insiste, pour les thérapies de sujets victimes d'agression sexuelle, sur l'intérêt de suivre au plus près le cheminement du sujet sans forcément insister pour une réflexion exhaustive sur l'expérience traumatique. Le traumatisme peut être pensé « par petits bouts » (à « doses minimales » selon Strachey, 1934), comme Freud (1917) le laissait penser à propos du travail du deuil. Nous sommes évidemment alors très loin du débriefing.

On ne sait pas ce que touche l'expérience traumatique avant d'y accéder ; on ne sait pas non plus si le fait que le sujet ne s'en approche que très difficilement est une tentative d'éviter la question ou l'attente d'un contexte plus sécurisé pour le faire. A. Alvarez incite à la prudence et aux incessants questionnements et nuances dans ce type de thérapie.

Elle rappelle aussi le danger des interprétations univoques, y compris devant les attitudes jugées les plus brutales :

*« Je pense aussi à l'enfant qui se masturbe devant son thérapeute, non parce qu'il est encore pris dans l'excitation de l'acte masturbatoire, mais parce qu'il veut introduire en force dans quelqu'un d'autre le choc et l'indignation qu'il n'a pu exprimer ni même ressentir. Encore récemment, je crois que le thérapeute d'orientation psychanalytique se serait senti obligé de rappeler à l'enfant que c'était sa propre indignation qu'il projetait. Actuellement, on comprend mieux que l'enfant puisse avoir besoin que cette expérience soit contenue par quelqu'un d'autre qui peut la supporter mieux que lui. Cela*

---

<sup>825</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p.18.

*peut prendre du temps –des mois, des années peut-être- avant que l'expérience ne devienne moins accablante et moins indigeste. »<sup>826</sup>*

Le lecteur se rappellera la thérapie de Denis précédemment exposée et notamment la séance où il se trouve seul avec moi, m'interrogeant (sur une scène homosexuelle, en l'absence de ma collègue) sur l'effet que peut produire ce « choc » de l'érection. Il aurait été trop simple de considérer ce moment uniquement en fonction des aspects pervers de Denis, la longue chaîne associative qui suit sa question conduisant, comme je l'ai bien montré, à une problématique beaucoup plus archaïque (à des histoires de bébés et d'allaitement, de mère inattentive et d'enfant délaissé).

Ces considérations sont très proches des interrogations qui m'ont occupé durant les dix années de thérapie d'Astrid.

J'ai déjà beaucoup insisté sur les processus de symbolisation à l'œuvre dans le déploiement de l'expérience traumatique. **Ne pourrait-on ainsi concevoir le couple des psychologues comme un attracteur sensoriel** (au même titre, plus humanisé cependant, que pourrait l'être un objet médiateur) **qui permettrait de réactualiser des traces d'expériences traumatiques ?** Si la symbolisation primaire relie bien, selon les propositions de R. Roussillon, la première inscription de la réalité psychique (sa trace mnésique perceptive) à la représentation de chose, **les « qualités » des deux psychologues éprouvées lors de sa « manipulation » par le patient dans la séance et dans le transfert ne pourraient-elles pas réactiver (probablement d'abord sur un mode hallucinatoire) des traces très anciennes d'expériences primitives traumatiques ?**

La symbolisation primaire, héritée du travail du jeu animique (R. Roussillon), permet une certaine suspension de la différenciation perception/hallucination :

*« Cette modalité de symbolisation primaire passe donc par l'externalisation ou le transfert de l'hallucination dans l'objet matériel, qui permet de retravailler les traces mnésiques de l'expérience antérieure à partir de leur représentant et de produire du même coup une nouvelle expérience et un nouveau type d'inscription de l'expérience antérieure hallucinée (...) »<sup>827</sup>*

---

<sup>826</sup> *Ibid.*, p.178.

<sup>827</sup> Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, p.146-147.

**Les deux thérapeutes ne permettraient-ils pas un jeu entre perception et hallucination, un temps transitionnel (dans le registre de l'*illusion* telle que l'a décrite Winnicott) où le patient pourrait trouver, lorsque coïncident par exemple une hallucination avec une perception analogue, la forme de son expérience traumatique ? Trouver-crée l'expérience en quelque sorte.**

La présence de l'objet est fondamentale dans la symbolisation primaire (comme d'ailleurs dans tout processus de symbolisation, pourrait-on vraiment symboliser seul ?). Je souhaiterais dans cette partie observer le jeu des mouvements entre le sujet (et son expérience traumatique) et le couple des thérapeutes.

**Selon mon hypothèse, l'objet-couple des thérapeutes doit supporter d'être pris par le patient comme objet à et pour symboliser. A cette fin, il devrait pouvoir être pris comme un seul objet-bloc, ou plus ou moins différencié, se montrer touché mais jamais détruit.**

**Trop touché, il ne résisterait pas et, au lieu d'halluciner son expérience, le sujet la vivrait à nouveau (et de façon traumatique donc) ; trop froid, il ne symboliserait rien du tout. C'est entre féminité primaire (l'accueil tempéré de l'hallucination) et masculinité primaire du couple thérapeutique (la résistance) (R. Roussillon) que se jouerait ainsi le déploiement de l'expérience traumatique.**



## **4-1 Présentation d'un cas clinique : Astrid ou le jeu traumatique avec les psychologues**

Cet exposé clinique s'appuie sur deux cent quinze entretiens répartis sur les cinq premières années de thérapie d'Astrid. Dans les cinq années qui suivront, Astrid viendra régulièrement en entretien et ne cessera de progresser, jusqu'à se passer totalement de traitement médicamenteux, retrouver un travail, une vie sociale et surtout une certaine confiance en ses éprouvés.

Astrid présente une réelle discontinuité dans la constitution de ses enveloppes d'excitation et de communication, notamment visible à travers des aménagements pervers et caractériels. C'est cette confusion entre ces deux enveloppes qui a en partie rendu sa thérapie très complexe, comme si l'excitation pouvait se « faire passer » pour communicante, comme si également Astrid pouvait, en communiquant, exciter les thérapeutes.

Je retrouve ici une configuration clinique décrite par D. Anzieu concernant les Etats-limites, configuration où les deux enveloppes, en partie différenciées,

*« (...) ne sont pas superposées et emboîtées, mais mises bout à bout en juxtaposition, en continuité l'une avec l'autre. Il y a ainsi une seule enveloppe, d'un seul tenant, fermée sur elle-même, retournée à la manière de l'anneau de Moebius, et qui présente en raison de cette structure tantôt le pare-excitation, tantôt la surface d'inscription. »<sup>828</sup>*

**On retrouve ici les permutations évoquées dans cette thèse, comme d'ailleurs la structure en anneau de Moebius.**

J'ai retrouvé dans les entretiens cette confusion dedans/dehors et contenant/contenu, ou plutôt leur constante permutation. D. Anzieu fait l'hypothèse que l'étiologie de cette structure en anneau de Moebius est à rechercher dans la discordance des relations originaires avec l'environnement maternel, je le suivrai volontiers en ce qui concerne Astrid. Elle a en

---

<sup>828</sup> Anzieu (D.), *L'épiderme nomade et la peau psychique*, p.75.

effet été confrontée à un environnement lui faisant vivre l'alternance de communication intense (l'époque où elle n'était qu'une « immense oreille » pour son père) pouvant s'interrompre brutalement (lorsqu'il l'abandonne à la fin de l'adolescence) avec une excitation massive (pouvant elle-même s'interrompre aussi brutalement, comme lorsque son père lui demande de surveiller les ébats sexuels de sa mère dans les toilettes publiques pour s'en détourner ensuite définitivement).

Il a fallu également prendre garde à ne pas aller trop vite avec cette patiente (mais sa thérapie a duré plus de dix ans !) tant son intelligence et la pertinence de ses propositions facilitaient parfois les échanges, trop sans doute. Le risque était grand de se lancer dans une conversation avec Astrid, avec des attitudes trop interprétatives ou abstraites.

Il fallait suffisamment « rêver » cette patiente à partir d'une réelle authenticité des échanges :

*« Il en va de même pour ces « interprétations » non empathiques qui émanent de la conscience du représentable alors qu'il s'agit plutôt de penser imaginable ce que vit personnellement le semblable. »<sup>829</sup>*

Concernant Astrid, il s'est en effet plutôt d'abord agi de s'approcher de l'humain que du contenu de l'expérience traumatique, le reste n'étant pas encore identifiable :

*« Toute précipitation de l'analyste à se représenter et à caractériser le non-identifiable au lieu de se donner le temps de l'imaginer est certainement un facteur traumatique d'une rupture renouvelée : les conséquences sont parfois d'entraîner le patient à agir sa régression hors du cadre. »<sup>830</sup>*

Un choix méthodologique a été fait d'arrêter cette clinique au moment où la patiente projette de publier la bande dessinée dont elle est le principal auteur, publication elle-même inscrite dans un renoncement : Astrid n'arrivera jamais à représenter le conflit inconscient de la scène terminale de l'œuvre. Renoncer à se représenter dans ce livre s'accompagne à ce moment d'un nouvel investissement du suivi thérapeutique et de sa vie (recherche de travail) : *« Il faut que cette B.D. devienne autre chose que ma thérapie ».*

---

<sup>829</sup> Fedida (P.), « Le psychanalyste : un état limite ? », in André (J.) *et al.*, Transfert et états limites, p.91-92.

<sup>830</sup> *Ibid.*, p.92.

La patiente semble alors comprendre que le héros de sa B.D. ne peut pas la représenter totalement : « *Tout n'est pas moi ! Je ne suis pas un laboratoire !* ». Cette scène restera donc inachevée comme la patiente (sa mère ne l'aurait pas « finie »). Cette scène inconsciente (comme elle la qualifie elle-même) est la suivante : Bess (l'héroïne, qui représente Astrid) saute par la fenêtre parce qu'elle est prisonnière de l'amour incestueux avec son père et ne peut plus vivre avec son amie Blanche. Les autorités sont averties et Astrid commente ainsi les pensées de Bess à ce moment : « *Tout se passe comme si elle avait en elle des médecins, des psychologues pour s'autoréguler et s'amputer d'une partie de son cerveau en sautant par la fenêtre ; c'est de la science-fiction* ». Le père de Bess retient sa chute grâce à ses pouvoirs. La représentation conjointe de l'amour incestueux de son père mais aussi de l'amour de Blanche semble impossible et provoque des envies de vomir. Astrid associera ce choix impossible à celui proposé par sa mère après son départ (elle restera avec son père, refusant une garde alternée).

Cette B.D., qu'elle aura toujours souhaitée nous faire lire, s'achèvera donc sur une fin « *douillette, comme un molleton de canapé* ». Elle en aura soustrait les scènes difficiles pour plutôt suggérer les crimes. Astrid découvre enfin de « *légers moments de quiétude* », trouve le calme à travers la rédaction de cette oeuvre et sa thérapie. Elle rêve d'amour, a l'impression qu'elle ne passe plus inaperçue dans la rue. Ses nouvelles découvertes s'accompagnent d'un questionnement autour de « *Comment dépasser des choses que je n'ai pas vécues ?* »

La confrontation d'Astrid et des psychologues à l'intensité de ses expériences traumatiques sera au cœur même des séances. On ne comprendrait rien à la thérapie d'Astrid ni à Astrid elle-même si on ne voyait pas à quel point il a été nécessaire, dans un élan vital, de laisser se déployer sa destructivité.

Dans la répétition mais aussi les variations, dans l'intensité du transfert, Astrid déploiera un traitement de ses expériences à travers des logiques différentes. Garder l'objet, incorporer son père sadique et fou ou sa mère froide lui permettra ainsi d'abord de les sentir un peu vivants en elle. A cette logique succéderont et se superposeront d'autres modes de traitement : Astrid répètera ses traumatismes pour « se venger » de l'objet maltraitant (en s'identifiant à l'agresseur), tenter de se l'approprier et même de symboliser cette expérience.

Malgré l'intensité, l'ampleur et souvent l'archaïsme des processus utilisés, l'enjeu de représentation restera cependant prépondérant.

Parce qu'elle ne cessera d'explorer et d'essayer de contrôler ses objets internes à travers les thérapeutes et peut-être plus globalement à travers le dispositif, Astrid donnera une instabilité importante au transfert. La distance qu'elle supportera d'avec les thérapeutes sera constamment en réglage, en accordage avec des figures tour à tour ou simultanément idéalisées, négligées, craintes ou persécutées.

Nous serons parfois assez proches des modalités d'un transfert pervers, Astrid essayant de « dévier » la thérapie en tentant de changer nos fonctions. Ses propositions « implicites » de modifier le cadre par un contrat (« *J'ai besoin de prendre un café avec vous pour être en confiance, je dois vous connaître, je ne ferai que mentir sinon* »), sa volonté de nous écouter pour nous analyser, l'humiliation ressentie à tout nous dire, la dérision et la disqualification à notre égard, l'attaque de notre pensée le laisseront supposer.

Astrid s'est présentée spontanément auprès du service de soins de l'association, mais aussi sur l'insistance d'une femme, Eva, avec laquelle elle vit une relation amoureuse.

Elle se décrit dès le premier entretien comme gouvernée par un traitement médicamenteux (antipsychotique et antidépresseur) censé éviter ses accès de violence.

Astrid est une jeune femme de trente ans, d'une grande beauté, d'apparence sportive et faussement négligée, un peu androgyne. Cheveux courts et blancs, nous la verrons toujours vêtue de pantalons ou salopettes. Elle nous fait immédiatement penser aux actrices du cinéma expressionniste allemand, nous lui trouverons aussi une forte ressemblance avec Ingrid Bergman.

Dépressive depuis quinze ans, elle considère maintenant « *avoir un problème à soigner* » (après l'arrêt d'une psychanalyse avec un médecin psychiatre qu'elle trouvait « *louche*»). Jeune femme intelligente et ayant une formation artistique de haut niveau, elle dit s'exprimer avec la musique et plutôt le cinéma (elle a réalisé deux films, dont un primé, dans lesquels il est question d'agressions sexuelles). Les qualités plastiques de ces supports seront peu à peu délaissées pour investir une bande dessinée dont elle sera la scénariste.

Quatre tableaux, très visuels, sont apportés d'emblée à la fois comme scènes traumatiques et empreintes de plaisir (par l'excitation provoquée mais aussi par l'intérêt porté sur elle par ses agresseurs) :

1- Un oncle, célibataire et alcoolique, la « *touchait* » devant tout le monde lorsqu'elle était petite. Cet oncle « forcément ambigu et qui était encore plus proche que son père » serait mort étranglé par sa mère (son père lui apportant cette explication à son adolescence). Sa mort et surtout le seul souvenir s'y accrochant, celui d'une chambre vide, sont évoqués comme traumatiques sans qu'Astrid ne sache pourquoi.

2- Un ami de son père la pénétrait dans l'eau de la piscine (ce traumatisme revenant en voyant le pied de son premier compagnon). Cet ami voulait séduire la mère d'Astrid mais c'est sa femme qui sera prise comme maîtresse par le père d'Astrid. Il lui demandait ce qu'elle préférait; elle répondait toujours la même chose: elle préférait être pénétrée avec les doigts (par peur d'avoir des bébés) mais trouvait la pénétration par son pénis beaucoup plus agréable.

3- Son professeur de musique, répugnant, qui se frottait à son dos alors qu'elle jouait.

4- Sa cousine, plus âgée, lui demandait de « *la toucher* » (entre huit et onze ans, avant ses règles). Cette cousine « *dévergondée* » voulait son sexe, Astrid touchant ses seins. Explorant l'intérieur du vagin de sa cousine, elle trouvera cela « *effrayant, étrange comme matière, un grand vide, bizarre; après je me suis essuyée dans les draps de mon frère.* »

Une autre scène viendra ensuite, ne semblant pas porter pour Astrid la même intensité: lors d'un voyage à l'étranger son père aurait forcé sa mère à avoir un rapport sexuel violent alors qu'Astrid (âgée de six ans) était présente dans la même chambre d'hôtel. Cette scène est décrite comme primitive et persécutrice.

Ses agressions, ses traumatismes sont souvent mis en lien avec un « *énervement* », une excitation épuisante l'empêchant même parfois de respirer (dans les rapports sexuels, Astrid évoque son plaisir d'écraser les seins de sa partenaire ou de l'empêcher de respirer avec un godemichet).

Toutes les agressions subies ont eu lieu devant un public et avec une sensation de plaisir : « *J'ai jamais été agressée avec un couteau sous la gorge* ». Du point de vue transférentiel se développe une problématique importante autour de l'excitation et du regard (nous fantasmons souvent qu'Astrid nous imagine avoir des relations sexuelles entre nous ou avec elle, toujours sous le regard de quelqu'un). Une des variations de ce fantasme s'exposerait ainsi : Astrid a des relations violentes avec Judith, ma cothérapeute, et je regarde.

Trois dernières scènes traumatiques s'ajouteront après plusieurs années de thérapie: son père lui grattant le sexe avec sa main sous les fesses avec une « *ambiguïté maladroite* » et son frère dont elle soupçonne « *quelque chose* » avec elle. Enfin, entre treize et quatorze ans, son père, après avoir reçu deux prostituées dans sa chambre en sa présence, l'aurait oubliée dans un bar. En la retrouvant, il se serait inquiété de l'état de terreur dans lequel elle était plongée (« *J'étais possédée* ») et aurait consulté une voyante à son retour pour qu'elle l'aide. Cette expérience traumatique sera à nouveau exposée dans un rêve à travers un fantasme organisateur dans la cinquième année de thérapie.

Enfin, son univers infantile est aussi fait de bandes dessinées érotiques trouvées chez ses parents, d'objets sexuels traînant dans l'appartement, de conversations téléphoniques qu'elle écoutait entre sa mère et ses amants. Cet univers, qui l'aurait rendue « sale et influençable » est souvent représenté par des évocations cinématographiques (*Braking the Waves, Magdalena Sisters*). Elle rêvera plus tard d'un grenier où une porte s'ouvre sur trois objets : une robe de petite fille, un porte-jarretelles et de la merde. Cette *confusion des langues* sera le plus souvent associée à un monde fécalisé.

Ces premiers événements traumatiques sont mal situés chronologiquement (entre quatre et huit ans). Jusqu'à trois ou quatre ans, Astrid dit avoir vécu avec ses deux parents, beaucoup d'hommes célibataires et alcooliques courtoisèrent sa mère. Cette dernière l'« *abandonne* » à treize ans pour un deuxième mari (lui laissant le soin de donner une lettre à son père pour l'informer de son départ), Astrid vivra pendant cinq ans avec son père (de treize à dix-huit ans) une vie de débauche (beuveries, sorties nocturnes...).

Ce dernier l'« *éjectera* » ensuite pour vivre avec une seconde femme, il meurt deux ans avant notre première rencontre, laissant Astrid dans une certaine incapacité à déprimer. A dix-neuf ans, Astrid « *tombe de fatigue* ». Il lui restera de cette période deux cicatrices sur le

front (que sa mère ne peut expliquer) et des kystes ovariens dont elle dit qu'ils « *font trace des traumatismes sexuels* ».

Ce père paranoïaque qui se déguisait pour ne pas être reconnu, lavait la cuisine au jet d'eau et parlait sans cesse, est cependant représenté au début de la thérapie comme un « *allié* » avec qui Astrid est « *entrée en résistance pour supporter l'abandon de sa mère* ».

Ce père, issu d'un « *clan* » très connu dans le village (tous ses frères sont alcooliques, certains mourront violemment), s'effondrait souvent: elle « *plongeait* » alors en lui pour le comprendre, il pleurait et se contractait sur elle en la serrant très fort et en « *usant son oreille* » . Astrid décrit des conduites qu'elle qualifie d'ambiguës mais très clairement incestueuses (son père lui touchait les seins, lui grattait le sexe). Un internement psychiatrique se produira au moment où il s'en prendra à Astrid (sans la frapper) : « *Il est arrivé saoul en chantant « j'ai perdu ma blonde » et m'a engueulée parce que je ne pleurais pas ; il voulait incendier la maison.* »

La réaction d'Astrid après que son père l'abandonne pour vivre avec une nouvelle femme met l'accent sur la nature narcissique de ce traumatisme, je dirai même la double blessure narcissique visible derrière l'inceste : ce départ réactivera la première perte subie de la tendresse parentale (des deux parents qui l'ont « excitée » avec du sexuel crû après avoir peut-être été tendres un premier temps avec elle) puis d'un père incestueux (mais d'une certaine façon « intéressé » à elle) devenant un homme quelconque qui l'abandonne pour une autre.

Au-delà de la plainte initiale du trauma sexuel surgira assez vite finalement le désastre narcissique. Comme pour Dora avec Freud, je comprendrai que le traumatique, derrière les excitations sexuelles et incestuelles très désorganisatrices, se situe aussi dans les abandons et blessures narcissiques imposés par des objets (ses parents notamment) souvent également à l'origine des aspects plus sexualisés des expériences traumatiques d'Astrid.

Dans la thérapie d'Astrid comme souvent dans les thérapies où apparaissent des traumatismes sexuels, il faut se méfier des aspects d'apparence oedipienne. Cela ne veut pas dire que ces aspects n'existent pas ni qu'il faut les croire moins importants, il s'agit seulement

de ne pas se tromper de registre. Ainsi, on pourrait envisager la relation d'Astrid enfant et adolescente avec son père comme évoquant une scène oedipienne (dont la mère serait exclue) alors qu'en fait il est le plus souvent question d'un rapport exclusif à l'un ou à l'autre.

Dans ce rapport, Astrid est l'objet du père, subissant passivement ses excitations sans savoir à qui elles appartiennent ; il est bien question d'une séduction narcissique, il n'y a pas ici de fantasmes réellement oedipiens. En suivant P.C. Racamier, on pourrait dire qu'il y a plutôt un « engrènement » des deux psychés dans un processus incestuel, engrènement déployé à coup de « fantasmes-non-fantasmes ».

Le champ traumatique d'Astrid ouvre bien entendu sur celui de l'incestuel, de l'« anti-libidinal », de l'emprise plus que de la séduction, de la ligature plus que du lien (P.C. Racamier) :

*« L'incestuel, c'est ce qui dans la vie psychique individuelle, familiale et même sociale, porte l'empreinte de l'inceste, ni fantasmé, ni symbolisé sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes corporelles. Ainsi l'incestuel nous apparaît comme une extension larvée mais irradiante, de l'inceste à toute une relation, à tout un fonctionnement psychique dans ce registre de l'incestualité qui est autant dans la défense et dans l'emprise que dans la perversion. L'incestuel est dans le faire, le faire-faire, le faire-croire et dans le faire-ne-pas-penser. »<sup>831</sup>*

Dans le cas d'Astrid, la pulsion sexuelle s'est « branchée directement » (Racamier) sur une séduction narcissique ratée aboutissant à l'inceste, nous sommes donc ici très loin d'une problématique oedipienne.

C'est en effet après la mort de son père qu'Astrid met en œuvre une importante destructivité, comme pour le punir de l'abandon. Face aux représailles possibles devant ce déchaînement de haine, Astrid boit ou s'échappe dans des fantasmes sadiques pour éviter de désespérer.

Elle décrira ensuite trois périodes pour résumer sa vie: la première où elle se voit comme un bébé qui s'agite, un clown triste (jusqu'à dix-neuf ans) ; la deuxième jusqu'au début de sa thérapie, envahie par une colère qui soulagerait sa culpabilité ; la dernière enfin, superposée au temps de la thérapie et empreinte de tristesse.

---

<sup>831</sup> Racamier (P.C.), « Brève histoire de l'incestuel », in *L'incestuel*, p.12.



De nombreux aspects pervers apparaîtront en lien avec son père lors des séances, se traduisant parfois par des attaques ironiques et cinglantes d'Astrid sur la fonction ou les interventions parfois maladroitement des psychologues, aspects pervers également représentés par l'évocation de ses passages à l'acte actuels (vols, perversions sexuelles) ou antérieurs ou encore par de nombreux fantasmes sado-masochistes (faire l'amour avec un « *beauf dégueulasse et âgé* » par exemple). « *Homosexuelle encore un peu homophobe, une femme de trois quart née d'une mère pas très féminine* », sa sexualité honteuse est mise en rapport avec une certaine beauté qui seule aurait permis que sa mère la garde un peu.

Astrid rêvera même qu'elle lance des couteaux à Judith, ma seconde co-thérapeute, cherchant aussi dans cet acte onirique à la tuer avec des ciseaux. Ce rêve (dans la quatrième année de thérapie) sera raconté avec un certain plaisir : pour la première fois Astrid est attaquée par quelqu'un (plutôt que d'attaquer elle-même), pour la première fois aussi elle voit le visage de son agresseur.

Son frère aîné (de huit ans plus âgé) est à la fois un modèle (il l'a beaucoup aidée pendant sa scolarité) et un « *grand malade* » parfois hospitalisé pour des « *bouffées délirantes* ».

Après dix-huit ans, Astrid vivra huit ans avec son professeur de sciences naturelles (de vingt ans plus âgé) dont elle acceptera les perversions sexuelles en « *buvant pour faire l'amour* ». Elle aura ensuite une relation de quatre ans avec une femme, vivant maintenant avec une nouvelle compagne.

Durant les premiers mois, Astrid présentera les parties les plus folles ou dangereuses de sa personnalité (elle dira ensuite avoir fait cela « *pour qu'on la garde* »), obligeant les thérapeutes à s'interroger sur l'adéquation du cadre (nous pensions alors à un diagnostic de schizophrénie et craignons des passages à l'acte, ce diagnostic évoluera ensuite, avec l'aide du superviseur, vers un état-limite).

Elle répètera inlassablement pendant cette même période oublier ce qui se dit durant les séances, les questions posées. Nous pourrions cependant nous appuyer sur des parties plus saines de sa personnalité ou celle qui vient très régulièrement et assez ponctuellement à nos

rendez-vous par exemple, celle qui participe aux entretiens avec une certaine aisance verbale. Astrid progressera malgré certains troubles de la pensée (oublis, blancs durant les séances...), une difficulté à garder une continuité de présence peut-être en lien avec le traumatisme (le « sexuel » -l'inceste, les agressions sexuelles, la vie de débauche- s'infiltrant dans une personnalité déjà très désorganisée) : « *C'est pas que j'ai pas de mémoire mais j'ai pas ressenti l'extérieur, j'étais trop absorbée par mon intérieur* ».

Elle se diagnostique elle-même maniaco-dépressive (comme son père) avec des périodes psychasthéniques, paranoïaques, narcissiques ou perverses (« *Je parle toujours de moi à travers les autres* ») ; elle ramènera tout changement d'humeur, toute expression d'affect à la thérapie médicamenteuse ou à ses traits plus ou moins héréditaires. Après avoir avancé plusieurs diagnostics, Astrid reconnaîtra qu'un seul point commun lui convient : elle « *ripe* ».

Astrid arrive en consultation par peur de devenir folle ou violente, de perdre son travail ; elle vient également et surtout pour être « *perçue sans toutefois en avoir envie* », « *pour qu'on lui rentre dedans* » (« *J'espère que vous allez m'atteindre!* »). L'exposé de cauchemars (scènes de fuite devant « *un mec dangereux, un monstre, un ver de terre, des loups* »), la référence constante à son court-métrage (aux accents autobiographiques en rapport avec le traumatisme), s'insèrent dans une limitation évidente des expressions d'affects lors des séances : « *Si je ne suis pas très raide, ça lâche, j'ai peur de moi-même* » (cet aspect, très intense, rappelle une défense de type autistique).

La question du diagnostic que nous pourrions porter sur elle, les références aux médicaments mais aussi son souhait de « *tout connaître* » de nous s'estompent au fil des séances. Astrid nous fait alors la demande d'un suivi plus intensif, nous acceptons de la recevoir (de la percevoir ?) toutes les semaines. Elle s'éloigne peu à peu d'une conception de sa psyché gouvernée par un dérèglement hormonal et physiologique ainsi que par le discours des autres pour envisager une certaine autonomie de pensée. Les médicaments, les thérapies parallèles (hypnose éricksonienne, luminothérapie...) sont peu à peu abandonnés comme recours.

Très attentive à nos réactions, elle interprète notre gestuelle (« *Je ne crois pas aux mots, ils mentent*»), notre façon de nous habiller ou de nous taire... Cette communication primitive, sensorielle, marque dans le même temps une disqualification de la parole, et donc aussi de la nôtre, interroge sur les expériences traumatiques ayant pu la conduire à en douter. Sa colère, sa déception, sa haine des rapports sexuels (liés à l'obligation d'être pénétrée et dominée comme un animal) sont associées à une « *absence de Libido* », « *un seul goût pour les préliminaires, qui ne déçoivent jamais* ». Tout se passe comme si cette patiente avait reçu du sexuel crû là où elle attendait de la tendresse. Astrid se dégoûte, se trouve pitoyable, « *sans couilles, entre le petit pois et le tas de viande* ».

Elle exprime souvent sa peur de l'abandon, la sensation d'être détachée d'une partie de ses sensations, oscillant durant les séances entre un discours très intellectualisé (parfois ésotérique) et des références très sensibles, Astrid essayant de nous connaître par la vue, l'ouïe, cherchant même notre « *odeur sexuelle* ».

Il me semble qu'Astrid a besoin du traumatisme à la fois pour s'en défendre et pour en jouir, cela se vérifiant dans un transfert cherchant l'inertie de ses thérapeutes. Son mode de communication est paradoxal (proche des descriptions de Kohut et Grunberger à propos du transfert narcissique).

Cette paradoxalité s'explique aussi par le mélange qu'elle éprouve de terreur et d'idéalisation face aux psychologues. Son envie est perceptible dans ses sarcasmes, son ironie à l'égard des thérapeutes, très proche d'une véritable disqualification.

Astrid nous envie plus qu'elle nous désire. Notre savoir « psy » est envié autant que disqualifié ; Astrid peut en effet admirer nos interprétations ou constructions, voire les remarques les plus anodines. Mais elle reprend aussi nos propositions en exprimant son incompréhension, voire en les vidant de leur sens, en riant devant l'« *intellectualisation* » ou la naïveté du discours des thérapeutes.

Pire encore, Astrid peut reprendre avec jouissance nos constructions pour immédiatement et artificiellement les coller à ses traumatismes, interpréter son enfance. Parfois sadique, elle exerce son emprise aussi pour essayer de se rassembler.

Les modalités transférentielles sont très souvent paradoxales (on pense évidemment au *transfert paradoxal* visité par D. Anzieu, 1975) :

« Pour reproduire le traumatisme, l'analyste est provoqué à s'ériger avec brio, mais, en même temps, l'analysant lui fait sentir qu'il le blesse et risque de tout casser en lui. »<sup>832</sup>

Nous avons en effet sans cesse ressenti l'obligation d'accorder à cette patiente une attention sans faille mais à condition également de ne pas trop offrir de « relief » pour qu'Astrid puisse s'identifier narcissiquement. Je me souviens ainsi de la façon dont Astrid disait admirer Judith et son « expressivité », la façon dont elle laissait paraître ses ressentis. Cette admiration courait le risque d'une distance trop grande, les modalités de communication de Judith étant hors de portée d'Astrid. C'est d'ailleurs ensuite, après ce temps d'admiration de « Judith la chaleureuse » (j'étais alors décrit comme plus froid et rassurant) que ma cothérapeute essuiera les foudres d'Astrid.

Nul doute que, usant d'identifications projectives, Astrid a essayé d'immobiliser Judith de l'intérieur, après avoir été chercher quelque chose qui l'a effrayée tant elle en avait envie et tant cela lui était inaccessible.

Après plusieurs mois, Astrid exprimera son étonnement d'avoir ressenti quelque chose durant une séance puis entre les séances, semblant d'abord se servir de l'espace psychique des psychologues, de celui de ses amis ou de certains artistes dont elle squatte, explore, vole presque l'univers (Kafka, Beckett, Lars von Triers...).

De nombreuses références d'Astrid restent cependant très infantiles (séries télévisées, chansons naïves). Elle semble découvrir des couleurs, le confort, les plantes, le rire, le goût de manger, le fait qu'elle parle plus ou moins fort, qu'elle pourrait presque pleurer.

Tout se passe comme si elle acquérait une autonomie de sensations entre euphorie et terreur (« *Je pressens la peur de ressentir, je la toise !* »). Un projet d'autobiographie des sensations et des perceptions pointe. Astrid découvre le plaisir de chanter et une certaine féminité : elle aurait aimé être femme d'affaire ou chanteuse de cabaret (des femmes habillées en homme).

---

<sup>832</sup> Netter (M.), « besoin du traumatisme et transfert paradoxal », in Guillaumin *et al.*, *Quinze études psychanalytiques sur le temps*, p.213.

Ces « découvertes » renvoient en effet à la peur de se dévoiler, d'être lâchée, à l'association de souvenirs « *troublants et pervers* » (vie de débauche avec son père, sexualité à risque à son adolescence, avortement, remémoration de scènes sexuelles avec ses oncles paternels alcooliques ou des adultes plus âgés).

Tous ses souvenirs avant huit ou neuf ans sont associés à la honte (« *Ma sexualité à moi c'est des pensées sadiques et masochistes* »), honte que nous relierons aussi au sentiment de plaisir lié à ses différentes agressions. Astrid prétend avoir usé de son intelligence pour « *court-circuiter les émotions et tout dévier sur le sexuel* », elle aurait « *le syndrome de la prostitué ou de la salope* ».

Son enfance et son adolescence semblent être construites autour d'abandons successifs, entre la folie de ses parents et de son frère. Elle se décrit alors comme une « *serpillière, un pantin, une amibe* »<sup>833</sup>, essayant peu à peu de se donner une forme, un squelette, une consistance : « *Chez moi y'avait rien, de la douleur, de la honte, pas de pensée, pas de substance* ». Astrid se compare souvent à une chute, quelqu'un sans noyau mais avec un trou instable et fragile.

Astrid a des modalités d'attachement particulières, expliquant l'intensité contre-transférentielle. Tout se passe comme si elle portait trace d'un attachement d'une expérience négative de l'attachement en même temps qu'un attachement fixé à des objets d'amour répondant toujours négativement à ses demandes de tendresse :

« *La conjonction de ces deux formes –l'attachement négatif, l'attachement au négatif– est typique des enfants victimes de sévices, des femmes battues, qui restent obstinément attachés à leurs parents, à leur compagnon.* »<sup>834</sup>

Astrid donnera en effet l'impression de sur-stimuler l'excitation tout en sous-investissant l'inscription, ceci étant ainsi nettement perceptible dans le transfert : nous aurons souvent l'impression, dans les premiers temps de sa thérapie, de subir l'excitation d'Astrid, la crainte d'être excités par ses propos et attitudes (en questionnant trop, écrivant trop, répondant trop à ses questions) alors que cette patiente nous dira constamment ne rien retenir des

---

<sup>833</sup> On se rappelle que F. Tustin (1972) différencie les « crustacés » pouvant intercaler quelques comportements évolués entre eux et la réalité non-désirée et les « amibes » pour lesquelles cette capacité n'existe même pas.

<sup>834</sup> Anzieu, *L'épiderme nomade et la peau psychique*, p.115.

séances, ne pas se souvenir de ce que nous disons : tout excite et rien ne s'inscrit. On comprend ici que l'interprétation en terme de déséquilibre topique entre les deux feuillets est plus pertinente qu'une explication plus économique.

On observera aussi à quel point Astrid se plaint avec force de tout, y compris de nous, mais assiste très régulièrement aux entretiens. Astrid a trop reçu d'excitations et n'a jamais ou que très rarement trouvé des parents pouvant l'aider à qualifier ses états psychiques, elle se « venge » sur les thérapeutes en les excitant à leur tour.

En parlant autant, donnant aux deux psychologues beaucoup de « matériel clinique » sous forme d'associations très libres, « séduisantes » et pouvant prêter à des interprétations trop rapides, Astrid évite en fait de penser et de symboliser : elle nous reprochera régulièrement durant les premières années notre « abstinence » à son égard (ne pas vouloir aller au café avec elle, ne pas parler de nous, de notre famille...) mais impose cette abstinence à sa partenaire qu'elle frustre constamment, notamment dans les relations sexuelles.

La thérapie s'accompagne d'un vécu contre-transférentiel très fort et pénible. Les psychologues se sentent tour à tour ou simultanément malmenés, agressés, presque persécutés, vivent successivement l'effroi devant l'intensité transférentielle, un diagnostic structurel et psycho-dynamique lourd, la possibilité de passages à l'acte graves sur eux-mêmes, la patiente ou d'autres personnes, la persécution et surtout l'intrusion (Astrid voulant connaître nos « *traumatismes et notre état de bonheur ou de malheur* » pour pouvoir nous faire confiance).

Le lien transféro-contre-transférentiel est instable, souvent objet d'interruptions ou de renversements. J'entendrai cela comme un « appel au traumatisme », une façon de traumatiser les psychologues et de leur faire vivre les ruptures traumatiques :

*« Le sens d'un tel appel est, selon moi, à chercher probablement du côté d'une invocation à une médiation violente du réel, représentant le « père », qui risquerait de se laisser exclure, au grand dam de l'individuation et de la personnalisation, d'une relation néo-maternelle archaïque infiltrant peu à peu, paradoxalement, le travail lui-même de différenciation psychique et de prise de conscience analysante qu'effectue le sujet. »<sup>835</sup>*

---

<sup>835</sup> Guillaumin (J.), « Besoin de traumatisme et adolescence. Hypothèse psychanalytique sur une dimension cachée de l'instinct de vie », p.133.

En partie enfermée dans un monde sadique fait de cruauté, de perversion et d'ironie, elle paraît avoir besoin de contrôler les objets, fussent-ils humains, par peur que ces derniers ne l'attachent, ne l'enferment. Astrid a besoin d'être dans notre tête pour peut-être observer ce que nous ressentons de ce qu'elle fait et nous fait, pour comprendre peut-être enfin ce qu'il peut y avoir dans la tête d'une mère aussi froide que la sienne et d'un père aussi « vicieux ». Elle nous reprochera souvent d'aller à son rythme et donc trop lentement, son avidité étant à la mesure de ses manques. Nous naviguerons ainsi entre lien empathique et persécuteur<sup>836</sup>, l'intensité transférentielle semblant en grande partie due au fait que la patiente, par des processus d'identifications projectives notamment, utilise d'abord plus les objets –donc nous– qu'elle ne fait de liens.

Les premières minutes de chaque entretien sont longtemps vécues comme « *insupportables, fatales* » lorsqu'elles sont silencieuses (la renvoyant probablement à des vécus d'agonie), Astrid montrant parfois des aspects envieux en tournant en dérision notre travail (« *Vous ne pouvez rien pour moi, il n'y a que les médicaments* ») ou en tentant de maîtriser l'entretien (en nous questionnant par exemple). Nous apprendrons peu à peu à parfois supporter de parler avant elle.

Au fil des mois Astrid paraît s'assurer de notre permanence, exprimer avec plus de sécurité des affects de façon plus nuancée, plus ambivalente. Les deux derniers mois avant le changement de thérapeute elle s'exprime plus facilement, semble aussi plus dépressive. Elle envisage d'ailleurs de faire un séjour dans une clinique psychiatrique pour suivre une cure de luminothérapie, vivre en communauté et avoir le temps de penser (ce qu'elle ne réalisera pas). C'est à ce moment (qui coïncide avec la perte de son emploi et l'achat d'un appartement) qu'elle dit avoir trouvé « *un point commun avec les gens* », se reconnaître malade plus qu'anormale, souffrante plus que psychotique. Il lui manquerait juste « *l'expérience de la tristesse et pouvoir faire vraiment l'amour* ».

---

<sup>836</sup> Anne Alvarez remarque dans certaines thérapies qu'une atténuation de la destructivité grandiose du patient peut être remarquée parfois devant un certain respect, voire une légère crainte des thérapeutes. Pour ces patients, comprendre qu'ils sont allés « un peu trop loin » peut être parfois utile : « (...) une crainte mieux estimée, d'être allé trop loin dans la destructivité, incite à réfléchir ; elle est préférable aux terreurs inconscientes et clivées dont il [le patient] était sans doute la proie auparavant. » *Ibid.*, p.161. A. Alvarez souligne qu'un thérapeute face à un patient très sadique ou pervers ne peut que changer ou succomber, jamais en sortir indemne.

Un an et demi après le début de sa thérapie, une séance importante marque la façon dont Astrid peut percevoir le dispositif en double-écoute. Après nous avoir fait remarquer « *je suis beaucoup plus créative par ma mémoire inconsciente, ma mémoire des sens* », la patiente observe Judith et moi-même alternativement et attentivement et remarque « *Vous n'avez pas du tout la même expression du regard, vous n'exprimez pas la même chose avec vos yeux. J'ai l'impression d'être en conflit avec vous, qu'on n'est pas d'accord, je suis en face avec mon bouclier, on se bagarre. Vous êtes très différents et pourtant d'accord et je ne peux m'assimiler ni à l'un ni à l'autre. Ce que vous dites m'énerve, je ne sais pas pourquoi, la colère vient. Si on est différent on ne sera pas d'accord.* (ma collègue lui fait remarquer que la patiente la juge différente de moi mais pourtant en accord avec moi). *C'est ce qui m'énerve, c'est que je me sens exclue. On apprécie plus les gens qui sont d'accord avec soi. Si quelqu'un vous dit « j'aime bien votre chemise même si elle n'est pas repassée, vous allez l'apprécier ! (je porte une chemise froissée lors de cet entretien) ».*

Peu à peu Astrid apprendra à nous différencier : Judith plus « *instinctive* », moi plus « *posé* » : « *Je ne suis plus face à vous (moi) mais à côté et j'en ai moins peur. Si vous étiez tous les deux pareils ça n'irait pas. Vous ne me taquinez pas sur la même chose, l'un sur ce que je veux oublier ou refouler, l'autre sur ce que je veux obtenir.* »

Deux mois avant le changement de thérapeute (Daphnée, enceinte et qui ne reviendra pas), nous prévenons Astrid. Ce changement annoncé amènera dans les séances suivantes une thématique maternelle nouvelle : à l'abandon de sa mère répond en écho l'évocation chaleureuse d'un professeur de collège, Maud, qui l'avait réconfortée (dont elle a très mal supporté le départ) et dont elle parle comme d'une « *mère chaude* ». En écho également le recueil de chatons trouvés dans la rue qu'elle essaie de placer dans de bonnes familles (jusqu'à recevoir des appels téléphoniques durant les séances).

Ainsi, après une première année passée à dégrader l'amour paternel en développant des fantasmes sadiques où l'objet-père est détruit, castré (« *Je rêve d'enculer des mecs plus âgés et de les traiter de pédés* » -violer à la place du violeur ?), Astrid semble maintenant organiser les entretiens autour d'une imago maternelle. Sa souffrance narcissique, identitaire, apparaît avec plus d'acuité. La thérapie, toujours très intense, laisse maintenant plus de place



au jeu, à l'espace, à la symbolisation. Les regards des thérapeutes sont vécus de façon moins intrusive, de même avons-nous moins le sentiment d'être épiés, traversés par son regard.

## **4-2 Astrid ou le déploiement du traumatisme sur la scène transférentielle et sur celle du dispositif**

### **4-2-1 La double écoute, contenance et accordages**

Astrid est une patiente pour laquelle la question du dispositif s'est posée avec beaucoup d'acuité, aussi bien au niveau contre transférentiel que dans le discours même d'Astrid, sur la forme comme sur le fond.

Deux mois après l'arrivée de la nouvelle thérapeute, Astrid commence une séance après avoir remarqué que nous étions tous habillés en noir: « *On est en phase, ça va booster !* ». Ses associations amènent souvent à penser qu'à deux on pourrait peut-être mieux encore « *l'attraper pour la comprendre* », même si elle a souvent peur de nous ennuyer.

La façon dont le dispositif devrait la capter, sans relâche, est à la mesure de ses absences, retards ou colères après chacun de nos retours de vacances: elle n'arrive alors plus à

nous « *regarder en face* » ou même à venir. La séance suivant le retour des vacances amène le plus souvent, dans la fatigue, des évocations d'imagos maternelles insatisfaisantes et insécures, décevantes, voire dévorantes (son ancien professeur ne l'a pas rappelée, elle rêve de femmes au ventre et sexe dévorés...).

Astrid fait régulièrement part de ses craintes que nous n'ayons plus « *envie de la voir* »: « *Je n'ai pas de garantie de votre présence; une attention c'est toujours ambiguë ! Vous m'attaquez ! Vous me jugez ! Ici je fais cent pour cent de blablas mais j'ai failli mourir de l'intérieur !* »

Il lui arrive souvent de nous imiter en début de séance : alors que nous y voyions au début une attaque envieuse, ce rituel devient presque un accordage esthésique (R. Roussillon) (elle peut prendre un bloc, imiter notre posture, répéter une de nos questions tout en nous regardant alternativement).

La contenance proposée passe par une « *présence bien vivante* » du couple thérapeutique qu'Astrid vit d'abord comme un bloc massif, uniforme mais qui se différenciera peu à peu. Elle nous trouve d'abord « *mignons* » quand nous penchons la tête du même côté...

Notre double présence est constamment soulignée dans sa globalité et de plus en plus dans les possibilités de différenciation qu'elle offre comme lors de cette séance où Astrid remarque en faisant un geste nous englobant: « *Vous êtes beaux, vous ressortez bien sur le fond blanc* (le mur), *vous avez épuré* (on a enlevé l'halogène). *C'est bien* (elle me regarde). *Vous êtes bien* (j'ai une nouvelle veste) ». Ou encore à la séance suivante: « *Oh, c'est mignon !* (En nous regardant alternativement): noir/vert, vert/noir (les co-thérapeutes sont habillés avec les mêmes couleurs mais inversées) ». On pourrait ici trouver une certaine proximité avec l'univers et la problématique de Bacon qui, installant des vitres devant ses peintures, permettait aux « *visiteurs* » de ses œuvres de s'y voir, comme s'il y avait une absence de fond.

Dans les premières années, Astrid essaie ainsi souvent d'éviter nos regards et se met un peu de profil. Ainsi, « *creuse comme une feuille, je ne vois que vos yeux qui clignent.* »

Elle prend ainsi progressivement contact avec nous, nous sommes « *mignons* » allons « *bien ensemble* », nous détachons du fond. Serions-nous dans le même tableau?

La moindre de nos hésitations, de nos faiblesses est épiée et ressentie vivement comme une absence de contenance. Après une absence, Astrid arrive « *énervée et violente* »: « *J'étais très énervée contre vous cette semaine, j'en ai marre de faire des efforts, ça fonctionne avec vous, mais quand ça ne va pas, que dois-je faire ? Quel médicament prendre? D'ailleurs, Judith, vous êtes en colère* (ma co-thérapeute s'était excusée d'être grippée). *Si vous n'êtes pas en forme, je ne peux pas parler ! Aujourd'hui, je ne regarderai que vous* (elle tourne son fauteuil vers moi). *Avez-vous subi une psychanalyse ? Le moindre détail a son importance* ». Il semble plutôt que le moindre détournement (fut-il seulement signifié par un rhume) signifie un abandon.

Astrid revient à cette séance sur le fait que ma collègue lui a proposé de téléphoner pour nous prévenir lors de ses absences. Elle répond: « *Il valait mieux pour vous que je ne vienne pas! J'ouvre les vannes, exprime ma colère contre mes parents, je ne veux pas déprimer et je m'agite* ».

## 4-2-2 Un dispositif attractant les imagos parentales

Petite, Astrid ne se sentait pas importante et s'accrochait à des objets : dans un de ses films, une mère perturbée par son mari entrant dans la pièce où elle linge un bébé, laisse tomber le nourrisson pour faire l'amour avec son conjoint. Les psychologues-parents pourraient-ils laisser tomber Astrid avec la même violence et la même excitation ?

Selon elle, nous ne la garderions que parce qu'elle aurait une « *bouille intéressante* »<sup>837</sup> ou serait un sujet d'étude pour un article (la ressemblance que nous lui trouvons avec Ingrid Bergmann et le fait qu'elle « figure » dans cette thèse sont évidemment porteurs des traces de l'intérêt suscité par Astrid grâce à ces modalités). De toute façon remarque-t-elle : « *si vous me laissez tomber ça n'aurait aucune importance, on l'a déjà fait.* »

Notre dispositif pourrait bien, plus qu'un autre, attirer les imagos parentales. Astrid n'aura de cesse, durant cette thérapie, de l'illustrer. Dans l'immense abandon vécu où elle ne peut être ni avec, ni séparée de l'objet, ni « *enterrée* », ni « *dans la merde* » (lorsque nous ne sommes pas là), les co-thérapeutes réunissent parfois père et mère, père ou mère pour un bon soin.

Et si l'un d'entre eux dépasse, pointe (si les boucles d'oreilles de Judith sont trop mobiles, si j'avance une interprétation...), si tout n'est pas sur le même fond, réuni, elle doit choisir l'un ou l'autre, « trahir » l'un ou l'autre (comme lorsqu'elle épiait les ébats amoureux de sa mère et de son amant dans les toilettes publiques sur demande de son père). Dans les premiers temps, ce détournement se vérifie spatialement : Astrid ne regarde que l'un ou l'autre des thérapeutes ou oriente son fauteuil (ou son corps indépendamment du fauteuil, en se « désaxant ») vers tel ou tel psychologue.

---

<sup>837</sup> Astrid a toujours reconnu que sa mère ne l'aurait gardée « un peu » seulement parce qu'elle était belle.

Les imagos s'articulent alors moins, se démembrant, se clivent avec un vécu contre transférentiel pénible qui porterait le risque qu'un thérapeute attaque, défende ou se moque de l'autre. Un sentiment de culpabilité pointe : « *la culpabilité plutôt que le chaos* » dira Astrid, chaos et culpabilité se joueront aussi devant des imagos parentales très insécures.

Astrid semble avoir peur de nous abîmer comme elle aurait en partie détruit ses parents. Ses colères pourraient même nous détruire : « *Vous ne supporterez jamais mes colères. Mes parents ne m'ont pas supportée sage, comment pourriez-vous me supporter en colère ?* (elle se cache le visage dans les mains et pleure). » Il est évident que les entretiens en double écoute semblent ici un dispositif particulièrement adapté à la patiente, produisant l'illusion qu'à deux nous résisterions mieux et qu'elle pourrait attaquer l'un et pas l'autre par exemple.

Toujours être à trois, ce scénario interactif, parfois articulé sur des éléments pervers, permet aussi de faire jouer des éléments archaïques et traumatiques, souvent mélancoliques, comme lorsqu'elle jouait enfant à faire chercher ses chiens morts à sa chienne. Est-ce que la mère-couple thérapeute la cherche en son absence, dans ses retards, et même quand elle est là? Les éprouvés les plus douloureux, comme peut-être celui d'être perdue sans que personne ne la cherche et sans qu'elle manque à quiconque sont ainsi explorés.

Devant sa violence ou son excitation, il faudrait contenir en laissant se déployer les attaques sadiques anales autour des imagos (comme dans les rêves où elle trépane les hommes violents, les tue comme une mante religieuse). C'est en se risquant à contenir cela qu'on laissera Astrid explorer « le bébé-caca-jeté » (qu'elle vit d'abord en jetant sa merde), le bébé froid né d'une mère siliconée, démembrée (amputée des seins et portant une prothèse suite à un cancer).

Une illustration de cette attraction parentale par le couple thérapeutique peut être rapportée à la cinquante et unième séance, celle marquant l'arrivée de ma nouvelle cothérapeute Judith: Astrid arrive après avoir manqué la séance précédente (la première avec la nouvelle thérapeute). Elle ne parle qu'à moi. Elle vient de trouver un chien abandonné et

voudrait « *l'élever en prenant un congé parental* ». Il est question « *d'intrus* »: « *J'arrive déjà difficilement à me parler toute seule, alors à quelqu'un d'autre!* »

Observant alors avec attention les boucles d'oreilles de ma collègue, elle sourit en disant: « *du rouge qui bouge, vous n'êtes pas comme votre collègue (la thérapeute précédente) mais je ne veux pas me dévoiler* ».

Astrid est « *patraque* », elle a un sentiment et elle ne sait pas ce que c'est : « *En venant là je me suis dit que ça allait casser ma libido, j'avais envie d'Eva et maintenant j'ai envie de pleurer mais je m'y refuse. Quand je pleure, ma mère pleure. Pour mon père, pleurer c'était être en bonne santé. Il faut que je trouve quelqu'un que je ne connais pas et avec qui je pourrai sympathiser, me faire consoler. Eva a éliminé tous mes amis* ».

À la séance suivante, Astrid nous fait part de son contentement de la dernière fois. Elle se souvient des boucles d'oreilles de Judith, elle est aujourd'hui fatiguée et a fait un cauchemar: « *Son amie drague quelqu'un devant elle. Elle éprouve un sentiment d'abandon: sa famille, Eva, son professeur, tout le monde l'a abandonnée (Daphnée, la précédente thérapeute ?): Avant la séparation de mes parents, ma mère était très protectrice avec moi. Ils m'empêchaient de toucher plus de bourses et je comptais comme une part. Je lui aurais pris ses coucougnettes à mon père, c'était pareil !* », « *Ils m'ont laissée tomber tous les deux pour le cul* ».

Il reste très difficile pour Astrid de venir ici car elle n'arrive pas à croire qu'on s'occupe d'elle. Ses parents-thérapeutes, sa nouvelle mère (Judith mais aussi le nouveau couple formé avec moi) l'abandonneront-ils encore ? La laisseront-ils « *tomber pour le cul* », l'abandonneront-ils pour « *s'exciter ensemble* » (comme dans le cauchemar où un enfant tombe de la table à l'angor pendant que ses parents ont une relation sexuelle) ?

Longtemps Astrid répétera être née de deux enfants. Peu à peu se différencient, parfois dans l'agressivité, les éléments du couple thérapeutique. En attaquant l'image d'une mère ou d'un père, elle progresse cependant.

Ainsi cette séance où Astrid tire la langue à Judith: « *C'est plus facile d'en vouloir à Dieu qu'à sa mère !* ». En remarquant d'ailleurs qu'elle grimace très souvent devant Judith,

elle me regarde et me dit qu'il lui arrivait souvent de bercer son père en jouant de l'accordéon pendant sa sieste (comme sur son lit de mort).

Ainsi se rejoue et se distribue son jeu avec les imagos parentales sur la scène du dispositif : Astrid peut évoquer face à moi son père mort et sa tristesse (l'accompagnement à l'accordéon) en étant « tendre » avec moi (me parlant doucement, me regardant) tout en grimaçant, tirant la langue, étant agressive avec Judith, la mère à la fois abandonnante et toujours recherchée, celle à qui il est impossible d'en vouloir. On pourrait aussi voir dans cette distribution/diffraction des imagos parentales une répartition des pôles maniaque (sur Judith) et dépressif (sur moi).

Trois ans après la première consultation, Astrid nous regarde alternativement et longuement. Peu avant, au domicile de ses parents, elle a ramassé la prothèse mammaire de sa mère. Alors que ma collègue s'éloigne du ficus qui la gêne dans la salle de consultation, Astrid regarde la plante, puis Judith, puis la plante, puis Judith: « *Il n'y a pas de différence entre une plante verte et vous, rien n'est supérieur* ». S'effondrant en pleurs, elle dira sa souffrance et sa tristesse de ne pas trouver de groupe d'appartenance: « *Je suis perdue car je veux couper le cordon mais je ne sais pas où aller.* » Elle se cache alors les yeux après nous avoir regardés (comme pour ne plus voir nos différences, pas seulement sexuelles, mais d'avec le végétal).

A la séance suivante, Astrid exposera sa colère contre les hommes, ses psychiatres, son chef, son frère (moi ?), mais aussi sa tristesse et son bien être quand elle pleure: « *Je me sens mieux depuis Judith, je m'adapte mieux à vous deux et vous semblez mieux vous adapter à moi : quand je cherche plus du côté sensible, je cherche Judith; si je vais mal, je vous regarde (moi), plus rassurant, plus posé. Daphnée (la précédente thérapeute, plus jeune) était trop fragile, trop trognon. Mais comment ces psychiatres peuvent aider!* ».

Cette contenance, cette confiance est de plus en plus assurée et s'articule sur le rapport au couple, à la famille, aux imagos parentales.

Après trois ans Astrid demande encore: « *Qu'est ce que ça vous apporte de travailler ici ? Je n'ai jamais eu confiance en personne, je ne peux rien vous apporter en échange. Je suis en compétition avec un enfant dans mes besoins* (elle fait allusion à un enfant victime d'agressions sexuelles qui pourrait être pris en charge par l'association). *C'est mon frère (lapsus), mon père. Mon père c'est du sexe, du cul, une bite. J'ai fantasmé de faire l'amour avec lui, je fantasme sur tout : si on n'est pas dans un rapport de couple, on n'a rien à attendre. Le rapport le plus important est amoureux et sexuel* ».

Ce qui est aussi « en compétition » ici c'est la part d'enfant dans l'adulte qu'est Astrid et la « part sexuelle », ces deux parts pouvant aussi se distribuer sur les pôles narcissique et libidinal. A trop fantasmer sur ses parents ou sur le couple thérapeutique, à imaginer leur sexualité de façon très crue, Astrid pourrait bien en oublier « l'enfant de notre liste d'attente », c'est-à-dire l'enfant abandonné par le couple parental, oublié pendant que père et mère se préoccupaient de leur sexualité. Toujours le bébé qu'on oublie de porter et qui tombe de la table à l'anglaise pendant les ébats sexuels parentaux.

Dans les deux séances suivantes, Astrid exprimera successivement la peur de mourir comme son père et le premier compliment reçu de sa mère (juste après avoir été blessée par une remarque de Judith). Sa fonction serait d'écouter ses parents, elle serait « *une gigantesque oreille* ».

Accordage, contenance et différenciation se dessinent peu à peu en s'appuyant sur le déploiement des imagos parentales, comme dans cet entretien où Astrid remarque : « *On est tous accordés* (avec un grand sourire en voyant que nous sommes tous habillés en noir). *Je vais mieux, je m'ouvre, je suis parfois tendre, parfois triste. Dans la scène finale de ma bande dessinée, Bess doit décider, pencher pour son papa pédophile* (Astrid me regarde, moi grand blond aux yeux bleus comme les hommes pervers qui l'excitent), *celui qui l'a créée* (Astrid me montre de la main) *ou son amour du lendemain* (elle montre Judith, Isar dans la bande dessinée). *Ce choix provoque ma tristesse.* »

S'approcherait-on alors d'éléments plus dépressifs ? Penser la folie et la perversion de son père (qui reste malgré tout « *celui qui l'a créée* ») et « *l'amour du lendemain* », sans doute plus maternel, pourrait maintenant se faire dans un choix plein de tristesse. Il deviendrait alors possible de penser les deux ensembles de façon triste, et même de ne pas trancher : je rappelle que l'héroïne de la bande-dessinée ne fait que « *pencher* » pour son



créateur excitant ou sa mère mais ne choisira jamais. Le choix étant impossible (je lirai plutôt cela comme un début d'ambivalence, une conflictualisation plutôt qu'un échec), Bess se jette par la fenêtre (et son choc est « *amorti en pensée* » par les pouvoirs du père).

Dans le déploiement simultané des imagos parentales sur les personnages de sa bande dessinée comme sur ceux du dispositif thérapeutique (Judith et moi), Astrid parvient à organiser sa vie psychique de façon plus souple, plus nuancée et à mettre en contact des éprouvés, à se mettre en contact avec des éprouvés plus dépressifs.

Mais l'attraction des imagos parentales se joue aussi autour d'éléments sensoriels et notamment visuels, comme nos regards auxquels elle s'accroche autant qu'elle les rejette.

### **4-2-3 Les « quatre z'yeux »**

Astrid s'est souvent plaint de nos regards. « *Handicapée affective* » elle a honte de ressentir devant nous. Il n'y aurait rien de plus beau que « *quelqu'un qui essaye de ne pas montrer ses sentiments, comme au cinéma* ». (La métaphore de l'écran, voire de la vitre avec ou sans tain, est très souvent amenée).

Elle est effrayée et blessée à l'idée de pleurer devant nous, ne supportant pas plus de se « *voir en miroir qu'en peinture* » : « *Ici, c'est comme chez le médecin, je me mets nue devant vos quatre z'yeux, c'est gênant. M'approcher de vous c'est m'approcher de moi, même s'il n'y a pas de miroir.* »

Nos quatre yeux, qui la contiennent et/ou la persécutent, sont souvent pris à partie: « *J'ai même pas l'espace de pleurer. Allez-y ! Pleurez devant moi ! Quatre z'yeux ! Je ne suis pas un chien de foire pour pleurer devant vous ! Montrez moi l'exemple et peut-être après...! La honte ! Et ma fierté ?! Mon père était pleurnichard, ma mère ne supportait pas les pleurs.*

» (on retrouve ici le jeu des imagos parentales, leur diffraction sur les deux thérapeutes que je décrivais dans le chapitre précédent). Au bouclier de nos regards Astrid oppose son don de télépathie : elle passe son temps à chercher dans les nôtres ce que nous ressentons.

Aux métaphores du mur, de l'écran, de la vitre (jamais du miroir) s'associe un univers faisant penser au voyeurisme, à l'exhibitionnisme.

Mais au fil des séances pointera plutôt la souffrance devant le regard d'une mère qui ne porte pas, ne console pas, préférant exposer sa fille. Aux soixante ans de sa mère, Astrid s'humiliera de longues minutes en faisant le canard sur la demande maternelle: « *Je ferai n'importe quoi pour qu'on me regarde* ».

Astrid questionnera le dispositif : pourquoi ne pas essayer de ne pas se regarder, pourquoi en face à face et pas côte à côte ? L'hypothèse d'un déplacement du fauteuil de Judith amène rapidement l'idée qu'il est difficile pour Astrid de « *supporter la vue des deux psychologues à la fois* », pour ensuite remarquer « *tout à l'heure j'avais envie d'étrangler un homme mais une envie pas proche de l'acte. Si on regarde les limites, on se fait chier* ». Faire ainsi sortir de son champ visuel l'homme dérangent (moi) en le tuant pour n'être que dans le regard de sa mère viendrait ainsi se formuler en séance.

Dans la cinquième année de traitement arrive cette scène : Astrid est en colère et a l'impression que nous le voyons dans son regard. « *Ce qui risque de sortir c'est de la vulgarité. Je vois vos réactions quand je vous attaque, elles sont infimes mais je les vois : un visage crispé, un mouvement de doigt... Les gens qui s'énervent ont tellement peu de crédibilité. Vous seriez des robots, j'aurais moins peur. Tous ces regards... Vous êtes vaches, deux vaches ! Vous avez des regards bovins !* (Astrid est alors prise d'un rire maniaque dont elle s'excuse) ». Les associations suivantes amèneront ceci : « *Je bois des litres de lait par jour depuis que ma mère est partie, c'est ce qui m'a sauvée au risque d'une cirrhose* ». Derrière leurs regards vaches, les psychologues avaient en effet pressenti la question de l'allaitement et des premières relations maternelles.

## 4-2-4 L'excitation perverse, la séduction

Derrière des provocations ou attaques (elle passera plus d'un an à s'asseoir devant nous jambes écartées, racontera longuement des scènes sexuelles ou des fantasmes crûs), Astrid cherche à communiquer un immense désespoir, le sentiment d'avoir perdu quelque chose. Son excitation lorsqu'elle essaye de nous intéresser à ses jeux sexuels masque mal sa passivité.

Au-delà des aspects pervers qui au mieux cicatrisent, il faudra entendre le bébé-merde, celui devant lequel le visage de la mère se décompose. Dans un cauchemar exposé à la quatrième année de traitement, Astrid rêve d'un visage qui se décompose devant elle (elle a déjà rêvé que sa mère la prenait dans ses bras et devenait cadavre): « *Tout se passait à ma droite (Judith), rien à ma gauche (elle me montre). J'ai rêvé de Maud (l'enseignante de collègue à laquelle elle s'était attachée), j'allais chez elle avec un garçon malade de la peau. Je savais que je pouvais lui faire plaisir ; je l'embrasse mais elle préfère les hommes, même malades. Il la prend par derrière et ça lui fait mal. On aurait pu faire un truc à plusieurs, je suis déçue et repars avec le garçon.* »

La lecture des éléments pervers de cette scène y compris sur la scène transférentielle (on pourrait bien faire « *un truc à trois !* ») ne masquera jamais le visage décomposé de la mère et même encore celui dont on ne parle pas (sauf peut-être du garçon malade de la peau), celui du bébé.

Astrid, parasitée par du sexuel, accepte difficilement toute émotion : « *Toute mon histoire a dérapé sur du sexuel* ». Ce sexuel la parasite mais l'excite aussi, l'a longtemps empêchée de s'ennuyer. L'excitation, la colère, l'érotomanie, ce « *désir qui chatouille* » pourraient ainsi dramatiser l'abandon, le lâchage, l'excitation maniaque évitant la mélancolie.

Mais la pénétration évoquée de ma collègue par Astrid parle d'autre chose que de perversion. Après avoir remarqué la « *très jolie tenue de Judith* », qui fait « *femme-femme, pas comme moi* », Astrid dira: « *je mets la barre haute et quand il s'agit de rapport avec les*

*femmes, je ne peux pas faire autrement que d'avoir envie d'être un homme, c'est que lorsqu'il y a un contexte amoureux que l'on peut avoir de l'attention pour une femme. Il faut toujours passer par le sexe pour avoir de l'attention, c'est comme ça que j'ai survécu, j'ai toujours tout sexualisé pour trouver un intérêt à la vie, je ne peux pas vous emmener dans ma tête. Ma mère et mon père c'est du sexe, je ne m'énerve pas ici (ça ne l'excite pas ?) parce que vous êtes dans une situation particulière qu'on ne connaît pas ailleurs. Je suis devant quatre z'yeux. Vous me regardez, vous trichez! J'ai pas le droit de vous regarder, savoir qui vous êtes!* » (Ma collègue interprétera ensuite cette position de tout savoir pour l'enfant, y compris devant la chambre des parents).

Au-delà des aspects pervers ou des tentatives d'organiser un fantasme de scène primitive, cette envie de se cacher et de nous observer, souvent exprimée, peut aussi être entendue comme la nécessité d'explorer en toute sécurité ce qu'il y aurait dans la tête des psychologues.

La répétition de scènes sexuelles, l'insistance sur le dégoût éprouvé à susciter de l'« ambiguïté » dans toute relation humaine, à user de son intelligence pour tout sexualiser, font souvent penser à une mise en scène d'un sexuel prétexte à masquer et tenter de symboliser autre chose. L'excitation est parfois présentée dans une économie de survie permettant de maîtriser en partie le traumatisme, de le lier. Erotisé, dans un lien de coexcitation libidinale, l'inceste est à la fois reconnu en partie comme interdit et idéalisé (« *S'il n'y a pas ça, il reste quoi ?* »). Si l'on n'y prenait garde, on oublierait que ce sexuel est aussi narcissique.

Mais Astrid nous dit aussi ici que les « quatre z'yeux » des psychologues l'empêchent d'exercer comme d'habitude cette « liaison perverse » : ici c'est plus calme, moins énervant (moins excitant), elle n'est pas devant un père et une mère qui *sont* du sexe. Ici ce n'est pas « *comme d'habitude* » : « *vous êtes dans une situation particulière qu'on ne connaît pas ailleurs* » renvoie aussi bien à une expérience qu'elle n'a pas pu faire (être sous le regard de parents pas trop intrusifs) qu'à l'« artificialité » du dispositif de la cothérapie (être deux à regarder et surtout écouter quelqu'un dans une situation qui n'est pas de la vie quotidienne).

Le sexuel attirerait l'attention, celle des parents ou des thérapeutes. Positions parentale et sexuelle risqueraient ainsi souvent de se superposer, y compris dans le transfert. Trois types de transferts pourraient ainsi se jouer parfois simultanément en se déployant sur le dispositif en double écoute :

**Un transfert par déplacement**, les thérapeutes représentant des figures parentales possibles. Judith avec sa rousseur et ses boucles d'oreilles (comme la mère d'Astrid), moi avec mes cheveux blonds et mes yeux bleus (comme son père), Judith plus expansive et permettant d'explorer des affects plus « chauds », moi plus distant et permettant de la rassurer (souvent d'ailleurs dans un deuxième temps).

**Un transfert par retournement**, Astrid nous faisant vivre et ressentir la confusion des langues, l'intrication ambiguë de la tendresse et du sexuel crû, ce mélange confus auquel elle a si souvent été confrontée, mélange qu'elle pourra ensuite « visiter » en nous.

**Un transfert par diffraction**, l'étendue du dispositif permettant par exemple une distribution du sexuel ou du narcissique sur les psychologues (la « femme-femme » pour Judith, le « psychologue rassurant » pour moi ou encore l'ensemble des deux thérapeutes perçus comme excitants dans un scénario pervers ou rassurants comme un arrière-fond sur lequel elle se détacherait peu à peu).

Astrid évoquera souvent la possibilité d'un « jeu à trois » sans affect: *« Ca n'éveille pas mes sentiments mais mon désir, je suis d'accord pour être un objet. Déjà à dix ans je voyais plein de films sous la table, j'avais une sexualité précoce, je me bouchais les oreilles pour ne pas les entendre dans la chambre. »*

Ce jeu à trois exposé et décliné à travers des scènes de vie (y compris sexuelles), des fantasmes ou des rêves (elle rêve que le frère de son amie lui fait un enfant pendant que cette dernière les regarde enfermée dans un placard) est aussi fortement vécu contre-transférentiellement par les psychologues (lors d'une récente séance, Astrid annoncera qu'elle avait bien compris que nous n'irions jamais boire un café ensemble et que le fait de demander à venir trois fois par semaine n'a plus rien à voir avec cela).

Astrid pensera enfin qu'« *Il y a de la sincérité, des affects entre nous trois* ». Après avoir dit cela, elle rit nerveusement comme si cette évocation était immédiatement teintée de sexualité. « *Ça marche bien entre nous, je ne sais pas pourquoi. Maintenant, je suis coincée entre deux eaux, je vais mal si je vais d'un côté ou de l'autre. Il faut remettre en question mon côté pervers. Ça m'a rassurée quand vous avez dit: « C'est votre temps, même si vous ne venez pas (...). Si vous étiez dix, ça amplifierait mon numéro, j'aurais un public, peut-être qu'un seule me rassurerait moins* ».

Astrid nous apprend ainsi que « trop de public » l'exciterait, atiserait peut-être les aspects pervers, les « amplifierait » (ainsi d'ailleurs que les aspects maniaques, comme lorsqu'elle fait son numéro de clown humiliant lors de l'anniversaire de sa mère en imitant le canard devant tous les invités, ceci afin de « séduire » sa mère ; ne risquerait-elle pas aussi de « faire le canard » devant trop de psychologues ?).

Astrid qui dit souvent « *oublier les convenances à l'extérieur* » (comme lorsqu'elle explore le sexe d'un mort imaginaire dans un jeu d'improvisation au théâtre) restera finalement assez mesurée durant les séances. La perversion, comme la sexualité ou les cigarettes qu'elle fume et qu'elle redoute tant ne suffiront pas à « *combler les trous dans la vérité* ». Elle prend de plus en plus de distance, se rend compte qu'il y a chez elle « *un mécanisme spontané qui fait préférer être un objet que rien du tout.* »

## **4-2-5 La théorie du soin d'Astrid ou comment le dispositif laisse se déployer l'idée d'un traitement de l'expérience traumatique**

Astrid a longtemps attaqué notre travail. Se disant gouvernée par la biochimie ou les médicaments, l'entreprise thérapeutique paraissait vaine d'emblée. Longtemps les séances ont été rythmées par l'énumération des psychiatres consultés, des thérapies alternatives envisagées (micro-kinésie, hypnose...) et surtout des posologies médicamenteuses (un sevrage sera réalisé alors qu'Astrid consommait massivement des neuroleptiques et antipsychotiques).

Après cinq ans de thérapie, l'hypnose (transformée en auto-hypnose, je pourrais voir là un progrès dans la réflexivité de sa psyché) est envisagée comme mode privilégié d'accès aux traumatismes précoces, moyen ultime de réminiscence (en lien notamment avec l'hypothèse d'un inceste fraternel). Elle affirme aussi régulièrement qu'elle ne pourra être soignée que par une relation sincère.

Quant à la « technique thérapeutique » à utiliser, Astrid n'aura de cesse de répéter que sa guérison passe par ressentir mais que ressentir la terrifie, surtout lorsqu'il faut accéder à quelque chose qu'elle ne connaît pas. Ce « paradoxe de la guérison et du soin » est fortement vécu dans le contre transfert des thérapeutes poussés à lui « *rentrer dedans* » et craignant simultanément de l'intruser. C'est ainsi par exemple que Judith, cette « *femme-femme* » qu'elle observe ressentir devant elle, l'effraie et l'excite à la fois. C'est peut-être dans ces mouvements paradoxaux qu'Astrid pourra enfin « *avoir l'immense honneur de ressentir des choses qu'on lui enlèverait ensuite* ».

Une séance (quatre ans après le début de la thérapie) illustre cela. Astrid exprime sa peur de « mourir de la cigarette ». (Comme son père, Astrid a commencé de fumer au départ de sa mère vers treize ans) :

*« La cigarette comble un trou, pas le départ de ma mère mais l'absence d'émotion devant son départ. A l'époque je ne ressentais rien et ça me fascinait. Je ne pouvais pas ressentir la douleur en entier car c'était trop insupportable; mon esprit l'a ventilée, j'ai un inconscient au compte-goutte. Il y a une partie lâche de moi qui ne veut pas ressentir, la haine concocte pour sauvegarder mon corps. Je sais que je n'arrive pas à me lâcher (elle montre Judith, toujours associée à un pôle relaxant ou plus expressif) et que je veux tout maîtriser (me montre). Pourquoi je veux pas lâcher, conasse! Trou du cul! Vous n'avez pas un entonnoir pour me gaver ? Qu'un truc se passe! ».*

Parlant à nouveau du « reproche » de Judith concernant le fait qu'elle aurait pu prévenir de son absence, elle réplique: « C'était un coup de poignard ! J'ai pas de peau, une chair à vif ! Dans un rêve j'étais toute coupée au thorax, je devais tenir pour ne pas que mes entrailles sortent devant ma mère. »

L'inquiétude, la sollicitude de Judith à son égard (s'inquiétant de son absence), évoquent peut-être encore avant tout pour Astrid le risque que cette imago maternelle s'effondre, abandonne ou pire encore soit terrifiée à la vue de ses entrailles. Cette connasse et ce trou du cul, thérapeutes analysés-analysants, fécalisés, supporteront-ils un contact avec ses objets internes ?

Il semble bien que les expériences traumatiques d'Astrid se déploient sur une topique de la honte plutôt que de la culpabilité, évidemment plus narcissique qu'oedipienne. Cette honte, échappant au refoulement, s'exhiberait par renversement.

Astrid rêve une nuit qu'elle cherche des toilettes pour se cacher. Un chanteur célèbre est dans les toilettes et elle ne peut déféquer, il y a trop de monde. Ce monde qui l'observe, c'est aussi elle, la petite fille trop tôt exposée à une sexualité adulte perverse, celle de ses parents. Cette petite fille qui, sur la demande de son père, devait suivre sa mère dans les toilettes pour vérifier les ébats avec son amant et les rapporter.

La séance suivante, Astrid racontera un autre rêve : sa grand-mère pousse un caddie et la « touche » : « Ca m'est déjà arrivé de me retrouver entre les jambes de ma grand-mère. »



D'autres images, rêvées ou fantasmées, la décriront comme un « *chaperon rouge en bas résilles, rêvant de caresser les fesses de son père* », images soulignant une confusion constante entre tendresse et sexualité, fesse et sein. Lisible dans la topique du Clastrum de Meltzer, la confusion vécue par Astrid reviendrait à pénétrer à l'intérieur de l'objet par le derrière, croyant caresser les seins alors qu'elle caresse les fesses, confondant le devant et le derrière ; cette confusion dans l'érotisme anal la situerait évidemment dans une zone pré-génitale du claustrum.

Son monde anal, celui qui pourrit de l'intérieur, est « livré à la merde » et rend la sexualité dégoûtante, tente le plus souvent de s'organiser, de se cicatriser, de s'aménager par la perversion. Cet aménagement, assez typique des états-limites, l'est aussi pour tout monde traumatisé, il se veut une dernière tentative d'éviter et d'organiser le chaos interne.

En essayant de s'exciter là où probablement elle est la plus détruite, elle utilise des processus de renversements d'affects assez proches de ceux observés chez les bébés soumis à des mères trop excitantes (processus décrits par Selma Freiberg) : en lieu de l'effroi se substitue la participation à des scénarios pervers, voire sado-masochistes. Comme le bébé maltraité choisit parfois de rire, Astrid laisse les thérapeutes médusés de la voir aussi excitée là où ils la perçoivent tellement souffrante. Là encore la référence cinématographique figure le monde interne : c'est *Braking the waves* (Lars von Trier, 1996) qui représente cela.

Mais le risque est grand que le dispositif ne vienne en collusion avec les défenses d'Astrid : l'excitation pourrait être plus grande encore à trois. Il est même remarquable d'observer à quel point Astrid peut essayer d'exciter le couple de psychologues devant elle face à ses parties les plus dégradées, ou un des thérapeutes devant elle ou devant l'autre.

L'injonction paradoxale est donc posée: nous devons la gaver d'émotions, de ressentis mais la moindre expression d'affects peut aussi la transpercer, la déchirer ou trop l'exciter.

## 4-2-6 La théorie du traumatisme selon Astrid

Astrid est d'une rare pertinence sur la question du traumatisme. En exposant et explorant ses expériences catastrophiques, elle visite aussi les différentes théories du traumatisme, parfois simultanément.

Si l'extrême difficulté à s'approprier ses expériences subjectives est prépondérante (elle répète inlassablement qu'elle n'est pas vraiment là, que le contact avec ses émotions et sensations est quasi impossible, que son inconscient est plus intelligent qu'elle et qu'elle serait ainsi livrée à sa pulsionnalité), Astrid montre également à quel point elle est soumise à l'effroi, morte de l'intérieur, effractée.

Elle montre également comment elle peut s'identifier à l'agresseur pour essayer de traiter son traumatisme (à travers des aménagements pervers par exemple). Comment également les thérapeutes ont souvent l'impression qu'il y aurait plusieurs traumatismes, que certains en cacheraient d'autres, que ce monde pervers, terrifiant, sans amour ni émotion n'est pas seulement celui en lien avec les traumatismes sexuels, mais aussi avec des traumatismes plus froids.

De nombreuses figures maternelles sont évoquées, toujours décevantes. Astrid ira jusqu'à engager un détective privé pour retrouver son ancien professeur de collège, Maud, cette femme/mère à laquelle elle s'était attachée : l'accueillera-t-elle quand elle l'aura retrouvée ? Sera-t-elle froide et indifférente ? Astrid se laissera-t-elle cette fois consoler ? (Elle a refusé de l'être au moment du départ de sa mère).

Cette mère absente/présente, celle qui la laisse en pâture à un père qu'elle a dû soigner, c'est aussi sa mère démembrée, amputée d'un sein, au visage décomposé. Une mère froide qui ne lui fait jamais de compliments, qui l'abandonne mais lui téléphone sans cesse. Une mère qui ne l'a pas nourrie au sein et qui l'a conçue à dix-huit ans avec « *un père qui n'aurait pas dû être fécondeur* » (opéré de la thyroïde, il se disait stérile).

Une des terreurs d'Astrid est d'ailleurs de se réchauffer, qu'un bébé chaud sorte de cette mère froide. Cette évocation, associée à des affects de honte, la renvoie également à la manière de s'immuniser de cette douleur en se soumettant par exemple à l'emprise tyrannique de sa compagne dont l'évocation constante insupporte les thérapeutes.

De nous elle attend aussi des réponses chaudes (mais peut-être pas trop pour ne pas l'exciter): une poignée de main chaleureuse, une présence vivante, que nous la confiions à un psychiatre de notre connaissance pour son traitement médicamenteux, que nous ne lui renvoyions pas de réponses trop froides comme lorsqu'elle propose de refaire le logo de l'association (ce que nous refuserons « chaleureusement »).

Ces réponses chaudes mais non transgressives sont importantes. Des clivages sensoriels sont souvent évoqués : ainsi le chaud et le froid, éléments sensoriels, viennent-ils en écho aux clivages des imagos. Comment être un bébé chaud sortant du ventre d'une mère froide ? Qu'est-ce qu'un bébé soumis au chaud et au froid, à une mère qui abandonne son enfant à un père excitant ?

Elle critiquera ainsi les psychiatres rencontrés, des « glaçons » qui la laissent « *crever dans l'urgence, ont peur de l'abus puisqu'on n'est pas vraiment leur patient* » (le risque de les solliciter dans l'urgence). Il y aurait même au sein des séances une « *pénalité pour ceux qui ne sont pas touchés. On doit être conviviaux, se toucher tous et être en contact, une mêlée (...)* (suivront des associations sur « la cuisse et l'entrecuisse »).

Le rôle de la sensorialité dans la thérapie d'Astrid est essentiel. Elle ira jusqu'à sentir notre odeur sexuelle avant de sentir enfin la sienne quelques années plus tard lors d'une séance. Cette nécessité de sentir et ressentir renvoie à une symbolisation primaire de vécus qui ne pourraient être subjectivés qu'en transitant par les autres, symbolisation véhiculée par des identifications projectives fortement ressenties dans le contre-transfert .

Au fur et à mesure de sa thérapie, elle se dit parfois « *perdue dans cette nouvelle vie moins perverse* ». Dans la quatrième année, Astrid associera autour de sa naissance où « *des gens blancs l'on attrapée, tapée et soignée sans amour. Vous aussi ici vous respectez des règles très scrupuleuses. Il n'y a pas eu de lien à établir. Je n'ai pas eu de chaleur, que des*

*gens blancs* ». (Judith qui est effectivement habillée en blanc et à laquelle Astrid s'adresse, parle de moi à Astrid en disant : « *Mon collègue, ce n'est pas un « gens-blancs »?* ». Notre patiente lui répondra : « *Je ne peux pas être en colère contre lui, il ne dérape pas. Je ne suis ni là (montre Judith) ni là (me montre)* ». Quelques séances plus tard elle reconnaîtra : « *Jusqu'à présent, le sentiment était trop brûlant pour le ressentir, j'avais choisi la glace. Comme Johnny dans cent pour cent, il présente le feu et la glace. Ça me fait penser à «En attendant Godot». Attendre, attendre...* »

Astrid se réchauffera, de plus en plus humaine, moins scindée, nous touchant également plus malgré des objets internes très froids. Elle créera ce réchauffement dans le transfert après avoir évoqué sa mère qui voulait « *un enfant propre, froid* ».

Il semble qu'elle arrive de plus en plus et de mieux en mieux à symboliser plus secondairement : de nombreux rêves sont exposés (d'abord envahis de sensations brutes, ils laissent ensuite apparaître des animaux puis des humains et deviennent scénarisés), sa B.D. évolue et cherche un éditeur...

Un goût pour les poèmes et leur fluidité apparaît (alors que son écriture et son graphisme sont très saccadés). Astrid apporte en séance des poèmes dont elle est l'auteur. De longues minutes s'écoulent avant qu'elle puisse les lire très rapidement et avec beaucoup d'émotion. Elle souhaitera que nous les gardions.

Astrid ressent encore bien sûr un certain vertige devant les émotions (« *J'ai autant peur de l'émotion que du sexe* ») mais exprime des affects de plus en plus nuancés et arrive enfin à « *ressentir des choses autres que sexuelles* ». Elle essaie de ressentir entièrement mais craint dans le même temps de laisser libre court à sa haine et sa perversion.

Selon ses expériences antérieures, sexuel et émotion sont intriqués, se lient et s'attaquent mutuellement. La scène transférentielle rejoue les traumatismes antérieurs. L'indicible a à voir avec la crainte de perdre l'objet une nouvelle fois, ce qui l'entraînerait encore dans l'analité. Mais ce sont bien ces aspects sadiques-anaux qui, dans le même temps, défendent Astrid contre cette chute.

Elle doit donc faire durer l'objet, les thérapeutes comme lorsqu'elle regarde le mur blanc derrière nous en ne voyant que nos yeux clignoter : sa rétine conserve l'image, fait

coller et durer l'objet, l'hallucine : « *Je vous ai vu (à moi) et votre image est restée figée sur ma rétine quand j'ai tourné la tête* ».

Dans le même temps, elle cherche des objets plus doux et tendres, s'émeut devant sa mère qui prie pour elle et serait prête à lui donner un poumon si elle avait un cancer. Les relations humaines la fatiguent enfin, elle réussit à pleurer et parler de son incapacité à devenir mère : « *Je ne pourrai jamais avoir un enfant qui n'aurait qu'un écho d'abîme et de peur, de l'amour tous les dix jours* ».

Astrid aborde enfin aussi la part qu'elle aurait prise dans ses traumatismes, la façon dont elle se sert de son entourage, peut le manipuler. Elle essaie d'entendre les aspects autrefois plus scindés de son monde interne : l'enfant fragilisé et l'être grandiose qui peut tuer par exemple. Elle expose comment elle voudrait « *toujours être au centre pour créer de l'ambiguïté, mettre de la culpabilité là où il ne devrait pas y en avoir et nier les faits qui devraient en provoquer* ».

Astrid ne veut plus se servir de sa détresse comme d'un alibi pour expliquer son comportement actuel. Cet « *alibi du passé* » qui l'innocenterait peut maintenant être exposé au risque d' « *ouvrir une cage en pleine ville* ».

Dans la séance où elle nous informe qu'elle a contacté un éditeur pour sa B.D., elle retrace l'histoire de ses abandons et traumatismes, leur lien. Elle peut enfin envisager d'être vraiment en colère : « *Mes agressions étaient faites avec tendresse, c'est difficile d'éprouver de la colère* ».

Les conflits se diffractent et s'organisent en même temps : forces dépressives et persécutoires se rejouent dans le transfert. Tout rapprochement avec les thérapeutes réactive des tentatives d'emprise, de contrôle. Mais, si elle nous sent nous éloigner même imperceptiblement, Astrid déprime (comme lorsqu'elle tape dans ses mains pour « réveiller » Judith lorsqu'elle la sent trop absente).

Dans les dernières années de thérapie (plus de dix ans), Astrid continuera à tenter d'accepter les contradictions, les conflits, distinguera de plus en plus les espaces, les zones, prenant le risque de rencontrer plus pleinement le vide et l'ennui.

La rythmicité hebdomadaire des séances, intégrative, restera un objet stabilisateur essentiel et tempérant les « variations de style » d'Astrid. De nombreux insights souligneront à quel point cette patiente prendra de plus en plus contact avec elle-même. Sa nouvelle théorie du soin, à la fois plus réflexive et inscrite dans l'intersubjectivité, marque ses avancées : « *Une partie de moi ne sait pas ce qu'elle pense mais je m'entends le dire ici....* ». Astrid se sentira enfin en train de se toucher une main avec l'autre lors de sa huitième année de thérapie, cela pour la première fois de sa vie.

## **4-3 Présentation du dispositif et de ses implications**

Selon R. Roussillon, chaque dispositif praticien présente des impératifs (il en distingue huit) en ce qui concerne la symbolisation<sup>838</sup>. Tout dispositif incarne la symbolisation (« symbolise la symbolisation » dit R. Roussillon), la met en acte et présente ses conditions de possibilité par exemple. Il suppose aussi une adaptation « sur mesure » pour le sujet.

C'est sur ce dernier point que le dispositif en cothérapie présente un intérêt particulier. Ne nous trompons pas sur ce point : ce n'est pas la présence de deux psychologues qui fait cette adaptation sur mesure (s'il y a toujours deux psychologues, ce n'est donc plus « sur

---

<sup>838</sup> R. Roussillon rappelle ainsi que le dispositif symbolise la symbolisation, contient une théorie de la symbolisation et une histoire ; il contient aussi trois niveaux de symbolisation (primaire, secondaire et tertiaire). Il remarque également certains paradoxes (ce qui est vécu l'est « pour de vrai », ce qui est présenté vaut « représentation »...)

mesure») mais plutôt le fait que cette double écoute permet de mieux prendre en considération le déploiement spécifique de l'expérience traumatique de chaque sujet.

Parmi les trois fonctions du site analytique distinguées par cet auteur (métaphorisante, phorique et sémaphorisante), j'insisterai sur la fonction sémaphorisante<sup>839</sup>, celle qui rend compte de « (...) la pratique de la transformation en signe de ce qui ne se donne que comme déchet, ou simple entourage du sens, gangue, insensée par elle-même, de la production de celui-ci. »<sup>840</sup>

C'est cette fonction qui, selon lui, met en mouvement la « création du signe » et ses étapes. Envisager cela suppose de s'intéresser au comportement, à l'interaction dont j'ai déjà souligné à maintes reprises dans cette thèse à quel point la clinique du traumatisme ne pouvait les oublier.

Si la psychanalyse a longtemps négligé les observations en ce domaine, tout un courant plus récent s'intéressant aux psychopathologies « limites » les a réinvesties. :

« Ce qui ne semble pas pouvoir s'inscrire dans une approche du sens, de la représentation signifiante et de son organisation en fantasme, d'un processus de métaphorisation, témoigne cependant de la présence d'un mode de l'inconscient, témoigne de l'engagement subjectif de motions pulsionnelles. Un point de vue économique peut néanmoins leur être appliqué et commencer à les inscrire dans une métapsychologie, si celle-ci accepte de céder sa définition « première topique » et le primat absolu qu'elle confère à la représentation, pour interroger, avec la « seconde topique », les modes de liaison et de signifiante non-symbolique, pré-symbolique, si elle accepte d'alterner l'analyse « des fragments du ça » avec celle des « fragments du moi » (Freud, 1938) et de la subjectivité naissante. »<sup>841</sup>

R. Roussillon envisage ici une psychanalyse avec un cadre et un dispositif prêts non seulement à accueillir des « représentations psychiques déjà « formées » et simplement refoulées »<sup>842</sup> mais aussi à « produire » des représentations, le dispositif comme la situation induite sont alors « trouvés-crés ». L'Analyse transitionnelle proposée par D. Anzieu s'inscrit dans cet esprit.

---

<sup>839</sup> R. Roussillon reconnaît emprunter ce terme à P. Delion sans reprendre cependant toute sa conceptualisation.

<sup>840</sup> Roussillon (R.), « La fonction sémaphorisante du site analytique et des dispositifs-analysants », Cours de D.E.A. en Psychologie et Psychopathologie clinique, 10/02/2002, Université Lumière Lyon 2. On retrouve également une description de ces trois fonctions dans son livre *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p. 25 à 36.

<sup>841</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.31-32.

<sup>842</sup> *Ibid.*, p.24.

Il s'agit donc de s'intéresser à ce qui longtemps a été exclu ou déconsidéré et qui constitue cependant « (...) tout un pan du fonctionnement de la subjectivité, celui, paradoxal, du point où elle semble s'évanouir, s'estomper elle-même, s'évacuer de son champ (...) »<sup>843</sup>

C'est aussi vers cette « sémanalyse » (R. Roussillon), analyse des conditions de la production de signes que le dispositif que j'étudie porte aussi tout particulièrement son attention. Ce n'est pas par hasard que j'ai précédemment abordé la question de la symbolisation primaire et des transformations possibles des premiers éléments psychiques. L'espace des entretiens devient ainsi espace sémaphorisant, produisant des signes potentiellement signifiants :

*« Avant d'être une forme du retour du désir refoulé, ou plutôt d'en être une forme en parallèle, la répétition devait aussi apparaître comme le symptôme d'une expérience subjective jamais appropriée, jamais complètement symbolisée, et qui conservait, en ce sens, une valeur traumatique. »<sup>844</sup>*

La question de la mise en forme (à travers l'informité traumatique et son déploiement) m'intéresse particulièrement, d'où l'accent porté sur l'intérêt des signifiants formels dans cette clinique. Ce n'est pas non plus pour rien que j'ai débuté cette thèse avec les propositions de D. Anzieu concernant l'« analyse transitionnelle ».

Ce sur quoi porte ce type de clinique concerne évidemment un « en-deçà » du représentatif. Pour s'approprier, subjectiver ses préformes de l'expérience traumatique, le sujet pourrait bien utiliser les particularités du dispositif en double écoute.

Dans l'interaction avec les deux psychologues (j'ai rappelé dans le chapitre précédent que « l'interaction » était une des conséquences thérapeutiques d'une conception dynamique du traumatisme), le sujet pourrait alors retrouver une adresse, une valeur subjective observable dans le dispositif.

La relation de soi à soi n'est pas instantanée, la psychanalyse a bien montré comment l'autre était nécessaire. R. Roussillon avance la notion de double plutôt que celle de miroir, à la fois semblable et autre, ni identique ni trop différente.

---

<sup>843</sup> *Ibid.*, p.31.

<sup>844</sup> *Ibid.*, p.33.



La thérapie mise en œuvre dans ce dispositif ne met absolument pas l'accent, le lecteur l'aura compris, sur l'événementiel, le récit de l'expérience traumatique. La double écoute permet en effet plus facilement d'observer et faciliter le déploiement de cette expérience. Je rappelle également que cette thérapie ne vise pas pour autant à négliger le poids des événements, actuels et passés.

L'expérience traumatique est une expérience difficile à approcher et le sujet use souvent (comme le remarque C. Garland) de processus dynamiques visant à extérioriser ses relations d'objet. Une de mes hypothèses revient à considérer que les deux psychologues pourraient, à deux plus que seuls, permettre une réintrojection qui réussirait mieux que cela ne fût le cas dans la première expérience traumatique.

« Etre deux face au trauma » peut certes s'entendre comme la proposition d'un environnement thérapeutique permettant ce déploiement ; cela pourrait cependant aussi être interprété comme une défense du psychologue face à l'ampleur traumatique. La cothérapie contiendrait peut-être cette théorie implicite, le face à face traumatique inégal entre le patient et ses thérapeutes laissant penser que l'impact traumatique est immense ; mais le face-à-face indique aussi que le dispositif est attentif à ce que manifeste le corps du sujet et dont il suppose la valeur de communication.

Enfin, il faudra entendre que le transfert sur le dispositif a son importance ici encore plus qu'ailleurs. En effet, le transfert pourra évidemment se jouer sur la personne de chaque psychologue mais aussi sur l'objet « psychologues » conçu comme dispositif.

Finalement, comme le remarque A. Aubert Godard<sup>845</sup> tissant des liens entre l'expérience traumatique et la nécessité de « penser le bébé », il est souvent nécessaire de penser et le bébé démuné et « la personne secourable » (Freud, 1875) interprétant les besoins de ce bébé. Cette « double identification » ou « identification au couple » face à la détresse du nourrisson aurait-elle quelque chose à voir avec le dispositif même de la cothérapie ?

---

<sup>845</sup> Aubert Godard (A.), « Fondements de la santé, triade et trauma originaires », in Marty (F.) *et al.*, Figures et traitements du traumatisme p.19.

### 4-3-1 Cadre et dispositif

Les présentations cliniques précédentes ont bien montré je l'espère à quel point le *hic et nunc* des entretiens était fondamental. Tout entretien psychothérapique soulève un état d'inquiétante étrangeté, un état psychique intermédiaire où les conditions économiques et dynamiques situent le Moi sans l'ouverture vers la voie hallucinatoire permise par le Moi nocturne et sans pouvoir non plus se permettre tous les développements moteurs, perceptifs, d'actions et d'investissements habituellement engagés par le moi diurne.

Il me semble que le dispositif en double écoute assouplit cette zone intermédiaire, ouvre un peu plus vers chaque pôle (hallucinatoire et moteur par exemple). Les voies de décharge et d'élaboration disposent ainsi d'une plus grande étendue pour leur expansion, d'un champ plus large. La présence de deux psychologues ouvre la scène du dispositif, dans le cadre de la méthodologie psychanalytique, pour offrir au patient une terre ouverte à l'exploration de son expérience traumatique.

Cette ouverture se fait notamment dans le dispositif par l'attention particulière apportée au développement, dans l'actuel de la séance, *hic et nunc*, au déploiement de l'informité. La libre association est évidemment de mise mais quelque chose du dispositif vient signifier au patient (par la présence massive et le regard des deux psychologues) que la toile de fond des entretiens permet peut-être plus que d'autres une régression formelle facilitant un investissement plus grand de la perception, des qualités sensorielles, ne surinvestissant pas les contenus verbaux (a fortiori intellectuels) mais revenant aisément à ce qui a permis leur émergence, peut-être plus proche de l'Identité de Perception dont parlait Freud. Le but est bien d'atteindre la qualité et la forme des perceptions :

*« De cette façon, de par sa poussée inhabituelle, de par sa proximité des hallucinations, la régression formelle de la séance collabore au développement de l'inquiétante étrangeté »<sup>846</sup>.*

Les expériences traumatiques obligent plus que d'autres, je l'aurai souvent dit, une adaptation du cadre aux besoins du patient. M. Berger voit ainsi dans le cadre « prêt-à-porter » utilisé pour les problématiques plus « névrotiques » quelque chose de trop

---

<sup>846</sup> Botella (C. et S.), « L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance », p.703.

impersonnel et insuffisamment réflexif pour être transféré tel quel dans des pathologies où un cadre « sur mesure » est nécessaire.

Citant J.J. Baranes (1982, 1987) ou S. Lebovici (1986), M. Berger<sup>847</sup> note que ce type de travail revient à réduire certains clivages ou plutôt à s'intéresser à ce qu'ils laissent de côté, par exemple entre le vu et l'entendu, l'acte et la parole, l'agir et la pensée ou encore le groupe et l'individu, la réalité du traumatisme et le fantasme, les aspects maternel et paternel.

Si l'interdit du toucher se justifiait pour Freud notamment face aux jeunes femmes hystériques érotisant la vue et encourageant les rapprochements physiques, ce même dispositif amplifiait aussi une relation encore plus distante avec les névrosés obsessionnels. Les états-limites, les pathologies narcissiques et plus généralement les expériences traumatiques ont aussi nécessité des aménagements du dispositif psychanalytique.

L'interdit de voir a été levé et j'ai montré comment l'attention aux postures, aux comportements ou aux mimiques par exemple était importante, tant du côté du patient que de ses thérapeutes :

« Le travail psychanalytique porte, non plus sur l'interprétation des fantasmes, mais sur la reconstruction des traumatismes, sur l'exercice des fonctions psychiques ayant subi des carences ; ces patients ont besoin d'introjecter un Moi-peau suffisamment contenant, surface globale sur fond de laquelle les zones érogènes peuvent ensuite émerger comme figures. Notre technique psychanalytique avec de tels patients consiste à rétablir l'enveloppe sonore qui, elle-même, double l'enveloppe tactile primaire ; à montrer au patient qu'il peut nous « toucher » émotionnellement ; à réaliser des équivalents symboliques des contacts tactiles défailants en le « touchant » par des mots vrais et pleins, voire par des gestes significatifs de l'ordre du simulacre. L'interdit de se déshabiller, de s'exhiber nu, de toucher le corps du psychanalyste, d'être touché par sa main ou toute autre partie de son corps est maintenu : c'est le requisit psychanalytique minimum. »<sup>848</sup>

D. Anzieu rappelle d'ailleurs que tout interdit est un système de tensions entre deux pôles, est double « par nature ». Cette dualité se trouve par exemple dans le fait que l'interdit s'adresse aussi bien aux pulsions sexuelles qu'agressives (au dualisme pulsionnel), préserve de la démesure de l'excitation comme du déferlement de la pulsion.

---

<sup>847</sup> Berger (M.), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi. La topique de la profondeur.*

<sup>848</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.170.

L'interdit organise la psyché par sa double face, l'une étant tournée vers l'extérieur (recevant, filtrant les interdictions), l'autre vers la réalité interne. L'interdit du toucher participe donc au développement d'une limite entre le Moi et le Ca, il sépare des espaces psychiques ainsi que leurs qualités respectives.

Comme les interdits, les règles fondent le cadre thérapeutique. Je rappellerai ici avec M. Little que la règle analytique s'est nuancée et cela est d'importance concernant le traitement des expériences traumatiques : on n'exige plus que les patients disent tout ce qui peut leur venir à l'esprit mais on leur en donne la permission. Cette nuance est de taille en ce qu'elle propose au patient un modèle de soin basé sur l'idée d'un déploiement avec un rythme propre plutôt qu'une conception thérapeutique où l'injonction de tout dire entrerait en collusion avec le partage traumatique et hémorragique des contenus psychiques. Tout livrer à l'autre pour se sauver pourrait alors être vécu comme sacrifier son âme, alors que la patience d'un psychologue très attentif au patient mais n'attendant rien de particulier, même pas qu'il parle, donnerait au sujet la possibilité de maîtriser en partie la situation, d'être actif.

Ne pas insister sur la nécessité de tout dire éviterait d'insister sur l'événementiel, tout dire pouvant être entendu comme « tout raconter » d'une expérience traumatique qui, par définition, n'est pas encore symbolisable secondairement. Tout dire serait ainsi vécu de façon paradoxale : « dites-moi tout de cet indicible ».

Comme le rappelle F. Marty, il faut prendre garde à ne pas faire disparaître la souffrance derrière un « fonctionnalisme déshumanisant » : comme il y a une idéologie médicale qui tendrait à éteindre la douleur, et à anesthésier le sujet dans le même temps,

*« Il y a aussi une idéologie « psy » qui n'est pas moins redoutable ; elle consiste à penser qu'il faut faire parler le sujet. L'injonction qu'elle prescrit est ordonnée à l'idée qu'il faut mettre le sujet en situation de parole pour que des mots viennent et fassent disparaître des éprouvés. La prescription de parole sur la souffrance, le mal-être, le traumatisme, ou même la mort, vise et aboutit alors à réduire ces expériences subjectives (ou qui cherchent à s'inscrire dans l'histoire subjective) à un simple accident qui a fait obstacle au bien-être du sujet. Dans les deux cas l'idée consiste à supprimer la souffrance avec ou sans le sujet. »<sup>849</sup>*

Je prolonge volontiers le propos de F. Marty en insistant sur l'idée que « faire parler » est souvent sous-tendu par l'envie de « faire taire ». La souffrance témoigne aussi du

---

<sup>849</sup> Marty (F.), Introduction à *Ce que souffrir veut dire*, p.20.

dynamisme de la psyché : c'est tout à fait l'esprit de cette thèse, exposé dans le « plaidoyer » présent dans son titre même, plaidoyer pour une clinique dynamique du traumatisme, autrement dit de l'expérience traumatique comme témoignant du dynamisme de l'appareil psychique humain :

*« Qu'elle se décline sur le mode du conflit psychique ou de la dépression, du traumatisme ou à l'occasion d'une maladie somatique, la souffrance plonge le sujet au cœur de son être, de sa condition de sujet manquant. L'enjeu pour chacun est de pouvoir transformer sa plainte en processus dynamique, de telle sorte que le fait de se sentir vivant soit source de créativité. »<sup>850</sup>*

Mais l'inscription dans le cadre thérapeutique de la possibilité de ne rien dire n'a pas pour corrolaire l'obligation au silence pour le thérapeute. Dans la première partie de cette thèse, j'ai rappelé l'extrême sensibilité au silence de ces patients, les premières minutes des entretiens réactivant notamment fréquemment des vécus agonistiques. Certes, il ne faut pas trop influencer sur le cours des choses, ne pas proposer au sujet une « piste » dont il ne se serait pas saisi à ce moment. Sans interrompre la possibilité du silence, il est cependant alors souvent souhaitable que le thérapeute « manifeste sa présence », pas forcément en parlant, mais par un regard plus appuyé, l'esquisse d'un sourire apaisant, une posture plus souple par exemple.

Il ne m'appartient pas ici, dans le champ qui m'occupe, de définir plus avant la question du cadre et de ses implications. Je souhaiterais néanmoins en souligner à nouveau quelques aspects.

Selon J.L. Donnet le cadre est un élément « transitionnel » dont les limites sont difficilement fixables, entre la réalité extérieure et le champ psychanalytique, mais ni l'un ni l'autre. Pour Bleger, le cadre est un « non-processus » avec des constantes qui, avec le processus thérapeutique, définit la *situation analytique*. En fait, de nombreux auteurs arrivent souvent à une définition en négatif du cadre (comme Bleger qui en fait quelque chose qui s'absente et ne se perçoit que lorsqu'il n'est plus).

J.L. Donnet note en effet que la symbolisation, lorsqu'elle « fonctionne »,

---

<sup>850</sup> Marty (F.), *Ibid.*, p.29.

« « (...) négative » ses conditions, et fait oublier le cadre ; et, par contre, lorsqu'elle achoppe, le cadre révèle son enjeu, passablement opaque : symboliser, par son acte instituant, les conditions de la symbolisation. »<sup>851</sup>

Le cadre est un peu comme la respiration ou les fonctions vitales pour le corps, indispensable mais pouvant passer totalement inaperçu.

C'est toujours dans les failles d'un dispositif qu'en naît un second, dans les failles face à certaines problématiques accueillies plutôt que dans la faillite totale. Ce sont des expériences comme celle que j'ai vécue avec Madame Korschov (lors de la séance où je me suis trouvé seul avec elle, cette faille du dispositif provoquant une « hémorragie traumatique »), failles du dispositif, qui permettent de penser les fonctions d'ordinaire muettes du dispositif.

Comme le rapporte R. Cahn<sup>852</sup>, le cadre est le dépositaire de la symbiose mère-enfant. Trois cas de figure peuvent alors exister :

- 1- Celui de l'analyse classique où la symbiose est muette, déposée dans un cadre vraiment silencieux.
- 2- Celui où la problématique symbiotique surgit de façon restreinte ou épisodique (facilitant l'approche de la partie psychotique de patients ne l'étant pas).
- 3- Celui où le cadre permet l'« instauration de cette relation symbiotique primitive » comme elle est observée chez les sujets psychotiques ou de façon moindre dans les pathologies états-limites.

Ce troisième point est évidemment très proche du cadre comme je peux le penser dans la rencontre avec les expériences traumatiques. C'est pour cela que j'ai autant insisté sur les travaux de Ferenczi. Face aux mouvements de haine et de fusion, face à la position maternelle archaïque dans laquelle le mettaient certains patients, tout le reste ne lui apparaissait alors qu'hypocrisie professionnelle.

---

<sup>851</sup> Donnet (J.L.), *Le divan bien tempéré*, p.29.

<sup>852</sup> Cahn (R.), « Le procès du cadre ou la passion de Ferenczi ».

La zone de contact avec l'expérience engagée n'était pas en effet une zone de relation objectale « classique » mais une zone d'échanges non tempérés où Ferenczi n'avait d'autre choix que d'accompagner ses patients et d'essayer de les réparer. Sans doute a-t-il trop « joué le jeu » mais on ne peut lui enlever cette intuition géniale d'avoir pensé autrement le cadre devant le traumatisme.

Le cadre devient alors aussi le lieu où le thérapeute est sollicité dans les recoins les plus archaïques de sa psyché (les travaux de C. Balier le montrent bien), ne pouvant répondre que de façon authentique.

Pour Ferenczi, le cadre –lieu d'expression de l'authenticité thérapeutique- devait contraster avec la première expérience traumatique, revenue *hic et nunc*. On sait qu'il n'a pas pu saisir et encore moins théoriser la collusion entre ses positions contre-transférentielles et les expériences et objets traumatiques de ses patients ; mais cela n'enlève rien à l'accent judicieusement porté sur ces zones de régression symbiotique.

L'importance de cette régression met évidemment à rude épreuve le contre-transfert du thérapeute et les constructions/interprétations qu'il peut rendre au patient de ce qui peut se passer dans ces zones. Ces vécus contre-transférentiels très intenses comme les aménagements du cadre classique parfois nécessités par les problématiques traumatiques rencontrées (on se souvient de mon propos sur l'analyse transitionnelle modélisée par D. Anzieu) doivent renseigner sur l'expérience traumatique et l'articuler au processus thérapeutique. On en a bien saisi cet intérêt dans le cas inaugural de madame Korschov.

Finalement, cadre et dispositif n'ont d'autres intérêts que de permettre le déploiement dynamique de la réalité psychique du patient, en l'occurrence de l'informaté traumatique. Comme le remarque J. Guillaumin :

*« L'originalité véritable de la psychanalyse est probablement que ses seules « techniques » sont en quelque sorte des dispositifs anti-techniques. C'est par erreur que nous appelons technique psychanalytique un ensemble de gestes à faire, de mots ou d'interprétations à préférer, etc. Cette définition en relief, en termes objectifs ou positifs, des moyens de l'analyse méconnaît le fait que la psychanalyse vise à dégager et à protéger en creux un lieu où laisser advenir l'Inconscient [...] »<sup>853</sup>*

---

<sup>853</sup> Guillaumin (J.), *Psyché. Etudes psychanalytiques sur la réalité psychique*, p.220

Concevoir un cadre, un dispositif et une technique trop « pleins », trop en relief pour le traitement de l'expérience traumatique, comme le font par exemple des pensées par protocole ou toutes les techniques que j'ai désignées comme « pratiques » dans cette thèse, servirait aussi selon moi à contre-investir le creux du traumatisme, trop effrayant et trop insaisissable. L'excès de cadre, de dispositif et de technicité créerait ainsi l'illusion de gérer un traumatisme conçu avant tout comme un excès d'excitation. La collusion traumatique entre le cadre et l'expérience traumatique serait alors accomplie.

Aménager suffisamment bien la rencontre pour permettre le déploiement et l'identification de l'infirmité traumatique, en repérer les processus afin que le sujet puisse lui aussi qualifier son expérience, voilà exprimer simplement le projet thérapeutique.

Dans le traitement des expériences traumatiques, le psychologue se doit fréquemment de penser des aménagements du cadre, mais cela ne suffit évidemment pas. Il serait illusoire de croire que ces aménagements contiennent le développement de l'expérience traumatique. Penser cela reviendrait ainsi à pervertir tous les dispositifs en faisant disparaître leur cadre : trop d'aménagements tue en effet l'aménagement. Le traumatisme n'a pas de limite et le cadre, s'il se déformait trop pour tenter de le contenir, ne contiendrait plus rien mais s'étendrait de façon désordonnée avec lui.

D'autre part, l'expérience traumatique sollicite sur des modes de communication extrêmement hétérogènes, à différents niveaux mais parfois simultanément. En même temps qu'il exige un psychologue polyglotte, le patient exige aussi et probablement avant tout que son thérapeute reste sûr de la référence à sa méthodologie et à son épistémologie.

Cadre et dispositif doivent donc ainsi, ici probablement plus qu'ailleurs, faire preuve d'une grande créativité sans cependant « vendre leur âme » au traumatisme. Une partie de cette créativité doit je pense être consacrée à une « hétéro-stimulation » (D. Anzieu, 1976) de nombreuses fonctions psychiques pour des sujets dont l'environnement n'a pas suffisamment considéré les besoins du Moi.

Cette stimulation (et il ne s'agit pas d'un conditionnement mais plutôt d'une réanimation psychique) se fait selon moi par des aménagements du cadre et du dispositif allant parfois jusqu'à



« (...) la détermination du psychanalyste à symboliser à la place du patient chaque fois que celui-ci a l'esprit complètement vide, c'est-à-dire est envahi par la mort psychique. »<sup>854</sup>

Elle se fait aussi par la reconnaissance dans le transfert, et dans le transfert dans les failles du dispositif, des potentialités de l'expérience traumatique (potentialités organisatrices et désorganisatrices). Il est particulièrement intéressant que le thérapeute ne se sente pas trop attaqué par les moments de déstabilisation du cadre et du dispositif, lui pas plus que sa méthodologie psychanalytique. J'insiste, il ne faut pas que ces moments soient prévus, ils ne sont intéressants que s'ils sont mesurés, inattendus et supportables. Ils offrent alors très souvent au sujet et à son informité traumatique *un véritable relief*, une prise, un en-creux pour déployer l'expérience souvent de façon moins perverse qu'on aurait tendance à le penser.

Face aux projections massives des patients traumatisés (plutôt qu'à leurs introjections), le thérapeute doit parfois introduire des changements dans la réalité afin que celle-ci n'entre pas en collusion avec la zone traumatique alors en jeu. Pour D. Anzieu, ces aménagements apportent alors un *démenti* à la persécution projetée. Le face-à-face, les interventions plus « personnelles » du thérapeute sur son ressenti, certains aménagements concernant les horaires, la rythmicité et les modes de lien (écrire au patient, lui téléphoner) sont quelquefois envisageables à condition d'être limités et analysés, à condition évidemment aussi que ces aménagements ne se transforment pas en protocole en devenant systématiques.

Un dispositif trop rigide pourrait bien exacerber la destructivité de ces patients. Je ne reviens pas ici sur les propositions de D. Anzieu concernant l'Analyse transitionnelle, propositions que j'ai rappelées dans le premier chapitre de cette thèse.

Il faut enfin rappeler une particularité de la clinique des agressions sexuelles agissant tout particulièrement sur le cadre. Cette clinique de l'extrême confronte quelquefois à des situations à la limite du soutenable. Il n'est ainsi pas rare que des vécus de torture soient abordés. Les traumatismes sexuels sont des expériences imposées par l'humain dans des situations d'influence, d'emprise massive.

---

<sup>854</sup> Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, p.73.

Pour le patient, comme d'ailleurs peut-être pour le psychologue, les entretiens thérapeutiques peuvent aussi courir le risque d'être identifiés comme appartenant à ce réseau d'influence et cela peut avoir des effets sur la façon de penser le cadre :

« La psychothérapie est aussi une situation d'influence où transfert et contre-transfert ne sont que des figures particulières de ce processus. Afin de ne pas être identifié au tortionnaire dans le setting thérapeutique, le clinicien doit procéder à certains réaménagements du cadre, relatif à la place qu'il occupe dans le setting. Il va devoir occuper une position de « guerrier ». Car il s'agit bel et bien d'un combat où se joue son influence contre celle, toujours agissante, du tortionnaire intériorisé. Mais le thérapeute doit également se positionner en tant qu'allié du patient. Être un allié le contraint nécessairement à rendre visible ses propres pensées, non pas sur le patient, mais sur ce qu'on lui a fait. S'il ne donne pas de visibilités à ses actes, à ses pensées et à ses objets, le thérapeute sera identifié, dans sa démarche, à celle du tortionnaire et sera accusé de manipulation mentale. Ceci explique aussi pourquoi nombre de cliniciens qui ont suivi des patients victimes de torture ou ayant subi un traumatisme intentionnel mentionnent la présence d'une grande méfiance ou de traits « paranoïdes » chez leurs patients. Ces éléments de description, généralement pathologisés par les cliniciens, sont attribuables à des effets iatrogènes, c'est-à-dire provoqués par le setting. Ceci induit une compréhension erronée de la souffrance psychologique du patient. »<sup>855</sup>

Ce point est d'importance et prête encore à de nombreuses controverses dans les thérapies d'inspiration psychanalytique. On pourrait y voir un interventionnisme hors-cadre du thérapeute, une perversion du cadre ou encore une compromission du clinicien. J'y vois pour ma part, lorsque cela est exercé avec mesure, une des particularités du cadre analytique dans le traitement de l'expérience traumatique et notamment du traumatisme sexuel.

Ce propos n'est pas contradictoire avec mes considérations antérieures dans cette thèse : si je n'encourage pas le clinicien à demander un exposé des faits de l'expérience traumatique, j'insiste cependant sur la nécessité d'explorer *avec lui* les conditions de sa « torture », y compris les hypothèses que le patient a élaborées pour penser l'intentionnalité de son tortionnaire.

Il s'agit bien d'une investigation mais d'une investigation psychique, longue et nuancée, suivant pas à pas les constructions du patient ; une investigation dans laquelle le

---

<sup>855</sup> Sironi (F.), « Traumatismes intentionnels et psychothérapie », in Marty (F.) et al., *Figures et traitement du traumatisme*, p. 146-147.

clinicien ne donne pas son avis mais prête sa pensée au patient sans se soumettre à son emprise possible ou à celle de la situation traumatique :

« Le fantasme de contaminer le thérapeute avec les récits d'horreur disparaît alors. Dans ce dispositif, le thérapeute ne peut pas être vécu comme un interrogateur, ni comme un voyeur. S'il veut savoir des choses, c'est pour pouvoir aider son patient à reconstruire de la pensée. C'est parce que le thérapeute rend visible les objets (théories, mécanismes de pensée...) avec lesquels il travaille, que les patients peuvent alors spontanément fournir des détails et des récits sur la torture. Ils deviennent chercheurs et mènent une investigation aux côtés du thérapeute sur la démarche et l'intention du tiers, le bourreau en l'occurrence. »<sup>856</sup>

C'est parce que le dispositif en double écoute, dans un cadre réfléchi, propose un étayage particulier encourageant le déploiement et le jeu de l'expérience traumatique, qu'il a retenu mon attention. Je vais maintenant en explorer les fonctions comme les risques.

---

<sup>856</sup> *Ibid.*, p.147.

## 4-3-2 La scène très externe des psychologues comme surinvestissement de la matérialité de l'objet

« Dans la mesure où l'espace interne chez nos patients est si mal délimité, les objets internes si incertains, les pulsions si sujettes aux déliaisons, la première fonction de la thérapeutique est d'offrir un choix d'objet par étayage et de le faciliter. Une écoute simple mettrait à l'épreuve la carence narcissique, provoquant une sidération sous l'effet de la menace de perte d'objet ou une explosion avec comblement du vide par l'hallucination de désir. C'est donc en tant qu'objet externe qu'il va falloir se présenter, avant d'être l'écho d'un objet interne. »<sup>857</sup>

M. Klein décrit deux positions dans le monde intérieur. Dans la *position schizo-paranoïde*, les expériences sont clivées et les pulsions destructrices discernées à un « mauvais objet », les pulsions d'amour étant elles adressées à un « bon objet » protégé par l'idéalisation.

Cette projection violente menace en retour le nourrisson par des objets également violents et destructeurs. Le monde est alors paranoïde pour ce moi rudimentaire (évoluant entre des états d'intégration et de désintégration) et le sujet doit alors se délester de parties de lui-même, de situations ou aspects internes qu'il devient nécessaire d'attribuer à des objets distincts du moi. Il faut construire un objet interne assez solide et prendre peu à peu conscience de la violence faite aux objets aimés et externes (et en supporter la culpabilité, voire essayer de réparer ce mal) : c'est la *position dépressive*.

L'accès à la position dépressive amène un changement important, un remaniement des rapports entre réalités interne et externe, un début de différenciation. Les objets sont perçus pour ce qu'ils sont et les projections massives abandonnées.

Le monde extérieur a évidemment une fonction fondamentale :

« Le nourrisson qui, par ses frustrations mais aussi par sa haine des frustrations, a détruit la mère dans sa psyché, sera fortifié intérieurement par la présence d'une mère non-endommagée

---

<sup>857</sup> Balier (C.), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, p. 215-216.

*extérieurement. En d'autres mots, une des fonctions de la réalité extérieure est de prouver la fausseté des horreurs du monde intérieur grâce à l'intériorisation de figures non-endommagées et non-persécutrices. »<sup>858</sup>*

Face à des expériences traumatiques intenses comme celles trouvées dans la clinique que j'expose dans cette thèse, il me semble qu'une matérialité accrue, une extériorisation augmentée de l'objet peut être judicieusement proposée. Il faut signifier au sujet, doublement, que l'objet est très extérieur, pour éviter qu'il ne le confonde avec ses objets internes : la cothérapie le signifie en présentant deux psychologues au patient.

Nos patients ont été confrontés à tellement d'expériences étant venues confirmer la persécution interne (les aspects pervers ou très psychotiques des parents de Denis ou d'Astrid le laissent supposer) qu'elles les ont privés d'objets extérieurs ne venant pas confirmer l'horreur et la terreur internes. Les deux mondes, interne et externe, encourent alors la destruction :

*« Lorsque la réalité extérieure corrobore les terreurs internes, la capacité à établir une distinction entre les deux réalités est sérieusement compromise. Klein suggère qu'un des critères de normalité est précisément ce pouvoir que possède la réalité extérieure de réfuter les angoisses. »<sup>859</sup>*

Je fais l'hypothèse que la présentation de deux psychologues comme objet externe facilite la distinction entre réalité interne et externe, permet également de réfuter plus facilement les angoisses de destruction de l'objet.

Freud a eu l'idée de génie de soustraire le patient en se déroband à sa vue, en dématérialisant la présence du thérapeute. Concernant le traitement des expériences traumatiques, j'imagine que cette indispensable dématérialisation doit avoir pour préalable un sur-investissement de la présence du psychologue. Il faudrait, pour le négativer, l'halluciner, le dématérialiser, pouvoir d'abord massivement l'investir, et ceci notamment dans sa perception. Plus encore, il faudrait que les psychologues matérialisent le patient, le voient plus qu'ils ne pourraient le voir allongé sur un divan, le voient plus et lui signifient qu'ils le voient plus qu'il n'a jamais été vu. Cela permettra peut-être que le patient se voie enfin être vu.

L'aspect thérapeutique ne peut être seulement porté, particulièrement pour les expériences traumatiques, par la seule perte d'une relation perceptive et motrice pour un

---

<sup>858</sup> Garland (C.), *Pour comprendre le traumatisme*, p.182.

<sup>859</sup> *Ibid.*, p.183.

développement fantasmatique facilitant le transfert. Il doit selon moi dans ce domaine passer d'abord (probablement pour mieux l'absenter ensuite) par une hyper-matérialisation de la réalité psychique à travers le face à face des psychologues et du patient.

Le face-à-faces (j'insiste sur les deux « faces » de l'objet thérapeutique dans le dispositif avec deux psychologues) propose un étayage supplémentaire, un appui perceptif plus sûr et étendu pour évidemment ne pas en rester là :

*« Paradoxalement, l'objet perceptivement présent peut, grâce aux possibilités de vérification objective », être plus facilement absenté s'il s'avère rester support neutre et bienveillant. Il est alors loisible à l'analysant de vérifier quand il le souhaite l'impact de son activité psychique et ainsi de modérer en partie ses craintes. »<sup>860</sup>*

Comme le remarque R. Roussillon, c'est ainsi que l'on peut relancer l'activité psychique et notamment la fonction réflexive (je reviendrai sur l'impact évident concernant le « se faire voir »).

Je rejoindrai peut-être ici, d'une certaine façon, l'idée d'un fonctionnement en « double continu » (C. et S. Botella), phénomène se développant entre deux psychismes, ici trois, où la plasticité étendue permise par le couple de thérapeutes (parce que deux psychismes sont plus souples qu'un seul) permettrait de révéler le potentiel du patient. On aurait ainsi une *dynamique du triple* (sachant qu'il ne s'agit que d'une variante de la dynamique du double, l'appareillage des deux psychologues constituant un double face au patient) :

*« Un des moyens de freiner la figurabilité-hallucination serait le surinvestissement de la matérialité de l'objet-analyste, et plus précisément le surinvestissement de sa représentation, équivalent de sa présence matérielle. Un tel surinvestissement –un accrochage par projection narcissique à la représentation d'un extérieur –image de soi- viendrait satisfaire à la fois la tendance à la figurabilité et la défense contre l'inquiétante étrangeté.*

Ainsi, la pléthore de l'état de séance peut se résorber par sa décharge sur l'objet-analyste sous la forme inévitable d'un amour narcissique, d'un amour pour son double. Cet investissement d'emblée ou presque de l'analyste en tant que double, pour narcissique qu'il soit, représente un détour par la réalité matérielle et malgré son origine dans l'Identité de Perception, il est

---

<sup>860</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.63.

paradoxalement un procédé sûr pour éliminer la solution hallucinatoire et maintenir un travail en Identite de Pensée. »<sup>861</sup>

On l'aura compris, si le dispositif propose un appui particulier sur les deux psychologues et un cadre pouvant gagner en souplesse, il ne remet pas en question la méthodologie psychanalytique.

Dans cet esprit, si j'ai constamment souligné l'attention particulière au matériel infra-verbal, j'ai aussi régulièrement rappelé l'impératif de ne rien négliger ni sous-estimer, pas plus les mots que les gestes, pas plus les aspects oedipiens que les problématiques plus archaïques. Tout doit être pris en compte au même titre, seuls les processus transféro-contre-transférentiels assurent de l'importance de tel ou tel élément.

L'invariant est finalement simple, il est dans une disposition interne plus que dans un dispositif particulier (R. Roussillon). Dans la fin de cette thèse, je montrerai ainsi que le dispositif en double écoute n'est qu'une matérialisation d'une écoute double, ici incarnée et accentuée par la présence de deux thérapeutes, mais potentiellement activable dans l'écoute simple de tout thérapeute, mais :

« Cela étant, il n'est de disposition interne qui ne doive s'incarner, se matérialiser, et le travail psychanalytique requiert un cadre qui doit symboliser « en chose » le processus de symbolisation ; la disposition interne doit pouvoir être étayée par un dispositif-analysant. Or ici nous rencontrons un point de complexité concernant la symbolisation : tout le monde ne symbolise pas de la même manière ou encore tout le monde ne symbolise pas la symbolisation de la même manière, et cela est particulièrement vrai quand nous accostons sur les berges de la souffrance identitaire-narcissique. »<sup>862</sup>

Dans le dispositif auquel je m'intéresse l'intérêt serait ainsi signifié : l'expérience traumatique nécessite, pour le déploiement de son inhumanité, deux psychologues permettant une malléabilité et un jeu suffisants pour supporter, contenir et encourager son déploiement. Autrement dit : **« Le traumatisme se symbolise mieux à trois, ici l'on peut s'intéresser au comportement, à l'acte, à tout ce qui est visible et pas seulement au langage verbal. Peut-être que si nous sommes deux à vous regarder, que si vous pouvez regarder l'un et l'autre, l'un ou l'autre ou les deux en même temps vous vous verrez mieux ensuite. »**

---

<sup>861</sup> Botella (C. et S.), « L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance », p.703.

<sup>862</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.59.

Ce dispositif permettrait peut-être plus que d'autres de développer la *fonction réflexive en souffrance* autour de quatre qualités rappelées par R. Roussillon :

- 1- « La *tolérance aux paradoxes* des modes de retour de l'expérience traumatique primaire, à l'irrationnel et à l'« impensable » des logiques qui s'y déploient. »<sup>863</sup>  
Dans le premier chapitre de cette thèse, j'ai suffisamment souligné je crois la massivité des paradoxes en œuvre dans l'économie traumatique ; j'ai également montré comment les qualités sensibles de l'expérience, à travers la notion d'informité, permettaient de « déjouer » ces paradoxes et de servir d'appui à l'élaboration du traumatisme.
- 2- Le fait de survivre à la destructivité déployée par le patient :  
« « *Survivre* » signifie ici pouvoir endurer les modes d'expression de cette destructivité sans retrait ni rétorsion –je devrais dire sans trop de retrait et sans trop de rétorsion car je ne suis pas sûr de la possibilité d'éviter complètement de tels mouvements. »<sup>864</sup>
- 3- La création d'un *contact* avec le sujet supposant aussi le maintien d'un contact avec la zone agonistique, cela faisant vivre des mouvements contre-transférentiels parfois violents mettant les thérapeutes dans une position de tortionnaire devant son patient.
- 4- La capacité à *supporter la répétition*, à explorer un désespoir existentiel pour reconstruire *fragments par fragments* l'expérience traumatique et lui donner du « jeu ».

Le cadre de la thérapie proposée à nos patients concerne autant le rythme des séances (hebdomadaires ou bi-hebdomadaires, durant quarante-cinq minutes) que le lieu où nous sommes installés ou encore l'apparence des psychologues (on se souvient ainsi de la façon dont la présentation de Judith ou la mienne ont eu une influence dans la thérapie d'Astrid précédemment relatée). Il regroupe ce qui assure une stabilité, y compris peut-être dans les fantasmes du patient. Il est un support pour le patient comme pour les deux psychologues.

Ce cadre est avant tout fondé sur le transfert, la façon de contenir et élaborer le long processus relationnel entre les psychologues et leur patient. L'« offre » thérapeutique n'est pas celle d'une reconstitution ou d'une enquête sur le traumatisme (sa réalité, ses conditions,

---

<sup>863</sup> *Ibid.*, p.144.

<sup>864</sup> *Ibid.*



une certaine causalité...) mais celle d'une « expérience nouvelle, celle d'être contenu » (C. Garland).

Etre deux et présenter ainsi une matérialité plus importante participe aussi, comme je l'ai dit dans le chapitre précédent, à mieux investiguer l'expérience traumatique. Claude Balier rappelle cette position peu orthodoxe qui consiste, tout en se référant à la psychanalyse, à « (...) procéder à une recherche active avec le patient, des faits et des vécus passés, ce qui est d'ailleurs conforme à l'adoption d'une position d'objet externe. »<sup>865</sup>

Pour ma part, je prétends que la cothérapie, par la matérialité et l'extériorité accrue qu'elle propose, mais aussi par les possibilités de différenciation qu'elle permet (les deux cliniciens peuvent être considérés comme un bloc externe, comme deux psychologues très externes ou encore avec deux psychologues l'un et l'autre plus ou moins extérieurs à la vie psychique du patient), peut faciliter cette investigation.

L'un et l'autre des psychologues se tempèrent sur ce sujet. Il m'arrive ainsi de penser pendant la séance que ma cothérapeute va « trop loin » dans cette enquête (et je suppose qu'il en est de même pour elle), j'interviens alors soit en tempérant cet appui sur la réalité par une remarque plus « neutre » ou simplement en n'alimentant pas cette recherche, ma non-participation est alors en général vécue comme une nuance à cette entreprise. Par exemple, alors que ma collègue pose une question ou reformule auprès du patient en tournant ensuite son visage vers moi (comme pour chercher une confirmation ou une « reprise »), je réponds par un silence et un sourire non opposant mais peu « encourageant ». L'objet très extérieur constitué par le couple de thérapeutes se diffracte ainsi quelque peu en un extérieur « plus extérieur » et un extérieur qui l'est moins, offrant au patient une matérialité en relief, un possible travail sur l'extérieur de la limite.

Une autre vignette clinique vient appuyer ce propos :

Nous recevons Monsieur P. après que celui-ci a décidé de porter plainte contre un voisin pédophile qui l'a agressé durant de longues années, jusqu'à son adolescence. Cette idée de porter plainte, c'est-à-dire d'aller chercher une réelle extériorité, pour ne pas dire une

---

<sup>865</sup> Balier (C.), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, p.219.

tié, s'est clairement développée pendant les premiers entretiens. Nous avons alors confié Monsieur P. à une avocate de l'association afin qu'elle puisse l'aider dans cette procédure.

Le patient se met peu à peu, fragment par fragment, en contact avec des éléments jusqu'alors inaccessibles de son histoire, des faits mais aussi des éprouvés.

Lors de cet entretien, Monsieur P. évoque les conflits actuels l'opposant à son père (celui même qui n'a jamais pu voir les viols commis quotidiennement sur son propre fils) et se met alors à décrire une symptomatologie somatique et psychique nous faisant très clairement penser aux agressions subies (l'obligation à faire des fellations). Très visiblement, cette description « métaphorique » de ses agressions, s'appuie sur la matérialité, l'extériorité des psychologues : Monsieur P. nous explique les conflits avec son père en nous interpellant alors qu'il est habituellement plus discret et éloigné, il nous raconte les détails de ce qui le met en colère, la nature de ses éprouvés (qu'il tait d'habitude).

Le lien avec le temps des premières agressions est assez rapidement fait par le patient en ce qui concerne la position de son père (qui le surveille maintenant comme un enfant de huit ans alors qu'il le confiait à un adulte pédophile quand il avait cet âge), il reste totalement inconscient concernant la nature des éprouvés, des sensations. L'association est pourtant « à la vue et l'ouïe » des deux psychologues, elle ne peut passer inaperçue. Contre-transférentiellement, nous éprouvons un certain agacement à entendre cet homme intelligent et « bon patient » ne pas faire ce rapprochement..

A la fin de l'entretien et une fois le patient parti, ma cothérapeute Judith me fait ainsi remarquer : « *Je suis sûre que tu as eu peur que je lui dise que tout ce qu'il nous racontait au sujet des disputes avec son père faisait tout à fait penser aux agressions qu'il a subies enfant, il nous décrivait précisément des fellations ! En effet, je me suis retenue, j'allais presque lui dire... Je t'ai regardé, je suis sûre que tu craignais que je le dise (tel était effectivement mon ressenti).* »

Cette vignette expose il me semble la position d'extériorité des psychologues qui, à deux face au patient, proposent un support à la construction de l'expérience traumatique. Le dosage de cette extériorité permet et une évocation métaphorique des éprouvés concernant l'expérience traumatique et un récit de ces mêmes agressions (sous une forme encore inconsciente).

C'est la contenance du couple thérapeutique, couple extérieur à l'expérience du patient mais impliqué dans sa construction, qui permet le déploiement de l'informité traumatique.

D'une certaine façon, peut-être que Judith serait allée plus loin seule (sans d'ailleurs que cela soit forcément néfaste) mais l'essentiel est de comprendre que cette matérialité accrue des psychologues à travers leur double présence (et différence) permet d'aller chercher le patient et son informité dans une attitude de « patience insistante » ou d' « attraction sécurisée » :

*« (...) nous savons qu'il arrive toujours un moment où il nous faut prendre l'initiative d'aller à la rencontre de ce que le dispositif psychanalytique n'arrive pas à attirer dans le transfert ou à rendre manifeste dans le transfert, car attendre plus ne sert à rien, si ce n'est à désespérer l'analysant d'être jamais entendu là où il s'est perdu lui-même dans l'autre en lui. »<sup>866</sup>*

Dans cette position d'extériorité, C. Balier rappelle que le contrat est clair avec le patient : il ne s'agit pas d'une chasse à l'information mais de faire par exemple part au patient d'éléments appris « par l'extérieur » (une décision judiciaire) ou encore d'accepter d'étudier les faits délictueux pour les articuler à l'ensemble de la vie psychique. Ce travail est d'ailleurs beaucoup plus difficile à accepter par le clinicien se référant à la psychanalyse que par le patient lui-même, le plus souvent soulagé de ce partage.

Si la difficulté des patients traumatisés à qualifier et délimiter leur expérience fait évidemment référence à leur monde interne si mal délimité, il convient donc, une fois de plus, de ne pas entrer en collusion avec le monde de l'expérience traumatique :

*« Une écoute simple mettrait à l'épreuve la carence narcissique, provoquant une sidération sous l'effet de la menace de perte d'objet ou une explosion avec comblement du vide par l'hallucination de désir. C'est donc en tant qu'objet externe qu'il va falloir se présenter, avant d'être écho d'un objet interne. »<sup>867</sup>*

Mais C. Balier précise judicieusement que se présenter comme objet très externe devant le patient n'enlève en rien la nécessité de rester en lien avec le monde interne de ce dernier. Nombre de techniques « thérapeutiques » comme le débriefing semblent oublier cela.

La cothérapie offre par les exigences de la présence de deux psychologues cliniciens un « effet de présence » (O. Avron) insistant sur l'appartenance et la dépendance du sujet au

---

<sup>866</sup> Roussillon (R.)

<sup>867</sup> Balier (C.), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, p.216.

« groupe thérapeutique ». La tension et l'attention sont partagées aux fins d'une transformation.

On peut trouver une parenté en ce qui concerne ce travail d'extériorité et de matérialité dans la cothérapie et celui fait dans d'autres dispositifs comme le travail d'attention et d'interprétation dans la méthode d'observation des bébés d'Esther Bick ou encore les « groupes Balint ». Ces méthodes à « double détente » s'appuient en effet sur une observation directe, un travail de groupe et un appui sur la réalité extérieure.

Elles offrent un contenant en allant au devant des situations (en allant en crèche, dans les familles, auprès des médecins), interrogent la séduction du et par le dispositif, s'étaient sur la réalité extérieure en maillant le travail du psychologue avec d'autres intervenants et anticipent quelquefois la demande du sujet.

S'il existe dans certaines conceptions de thérapies familiales (notamment systémiques) une certaine répartition des fonctions entre les deux thérapeutes (par exemple entre observateur et participant), cela n'est pas du tout le cas dans le dispositif que j'étudie.

Dans ce dernier, il n'y a pas de thérapeute principal ou de thérapeute en position « méta », les positions ne sont pas décalées, en tout cas elles ne sont pas proposées comme cela par le cadre ni le dispositif (mais peuvent être fantasmées comme telles par le patient).

Evidemment, offrir face au patient un couple de thérapeute peut provoquer des effets spécifiques dans le développement transférentiel. La nature et la qualité du lien unissant les thérapeutes (certains patients observent si nous nous tutoyons ou nous vouvoyons, si nous connaissons la vie de l'un ou de l'autre, comment nous nous regardons...) ajoute bien entendu à la complexité de la lecture des aspects transféro-contre-transférentiels.

Les écrits concernant la cothérapie sont très peu nombreux. La cothérapie a d'abord été introduite en France avec le développement des groupes thérapeutiques ou de formation, son lien avec le groupe est inscrit dans le contexte de son apparition. Elle s'est aussi développée devant certaines impasses cliniques face à des organisations familiales complexes ou l'échec de certaines thérapies individuelles.

Si l'on peut qualifier le groupe familial à partir des liens de filiation, d'alliances ou de fraternité, le groupe est plus généralement aussi un « socle inconscient » partagé, lieu de mise

en lien des inconscients individuels, lieu de dépôt et d'articulation de certaines parts des psychés individuelles. Quelque chose de la psyché individuelle est transférée dans le groupe.

Ainsi, la chaîne associative groupale déployée s'organise en fonction et des énoncés individuels et des représentations du groupe où elle se développe. Notons bien la particularité de notre dispositif : ce n'est pas un groupe qui est écouté, c'est l'écoute qui est groupale au sens où un groupe (de deux psychologues) écoute un patient, au sens également où l'ensemble des trois sujets (les deux psychologues et le patient, dans des positions évidemment asymétriques et très différenciées) forme un groupe au sein duquel peut se déployer l'expérience traumatique du patient.

Le groupe ainsi constitué se propose comme lieu de dépôt, de contenance et d'élaboration de l'informité traumatique. Ce groupe est thérapeutique puisqu'il se veut comme pouvant contenir et transformer l'inconscient. Evidemment, il ne suffit en rien à lui seul, il est simplement garant d'une certaine possibilité de contenance et de développement de l'informité traumatique (et des autres parts inconscientes et conscientes du sujet).

Le transfert sur la scène groupale permet un accès plus important aux processus psychiques liant la psyché du sujet à celle des groupes auxquels il a été confronté. Mieux encore, le transfert sur la scène groupale permet de jouer l'épreuve de contenance de l'expérience traumatique. On se rappelle la définition du traumatisme comme un effondrement du contenant (« et vice-versa » dit C. Garland) : le groupe pourrait bien offrir face à cet échec massif du contenant maternel une possibilité « à plusieurs » de mieux contenir cette expérience. Evidemment, la capacité à contenir est indispensable pour symboliser et l'on sait que l'expérience traumatique met très à mal cette capacité. Le groupe constitué par les deux psychologues et le patient pourrait ainsi proposer un exemple de la capacité maternelle à penser à quelque chose, c'est-à-dire faciliter l'intériorisation d'un objet contenant.

### **4-3-3 Exemples d'appareillages, d'accordages dans le groupe thérapeutes/patient**

#### 4-3-3 a) Diffraction, décomposition et psychodramatisation de l'expérience traumatique

Le sujet ayant eu à faire face à des expériences traumatiques hésite souvent à parler ou, lorsqu'il le fait, use quelquefois des mots pour ne pas le faire. J'ai décrit à plusieurs reprises l'insuffisance du langage verbal à rendre compte, dans un premier temps, de ce type d'expérience.

La scène traumatique doit alors se jouer ailleurs (en partie au moins) que sur la scène verbale. L'espace des entretiens à trois peut ainsi devenir un espace « psychodramatisant » une partie de l'expérience, cette dernière étant décondensée, diffractée sur chacun des psychologues ou sur le couple qu'ils constituent, voire sur l'ensemble des trois agents de la séance.

Les exemples cliniques que j'ai précédemment abordés dans cette thèse l'ont je crois déjà bien montré ; on a compris avec Madame Korschov et Astrid que le jeu de leur traumatisme sur la scène transférentielle était dramatisé en fonction de la présence, de l'épaisseur, des particularités ou même de l'absence de tel ou tel thérapeute.

Le patient qui s'adresse à nous s'est fait une idée, une représentation de nous. Dans la cothérapie, la proposition thérapeutique du dispositif offre un relief plus important au sujet, une prise à ses représentations :

« Le thérapeute doit se rendre compte que la personne qui parle et discute a dans l'esprit une représentation de son interlocuteur ; ses paroles sont tendues vers une cible et s'il sent qu'il n'y a rien à la place de la cible, pourquoi parler ? »<sup>868</sup>

Je pense que l'offre thérapeutique face aux expériences traumatiques doit non seulement proposer une solidité de l'objet, une densité permettant au patient de se concentrer, de le prendre pour cible, mais aussi des possibilités de différenciation, de diffraction des éléments de l'expérience. On l'a vu avec la construction de mon modèle topique, cet aspect est fondamental dans le déploiement de l'informaté.

L'expérience du sujet est si dispersée qu'il est nécessaire de présenter un objet pouvant simultanément la rassembler et permettre le jeu d'une différenciation des éléments qui la constitue. Cela pourrait par exemple faciliter l'expression d'une « vision binoculaire » (Bion, 1950), d'une double perspective, d'un jeu différencié sur chaque thérapeute. On observe ainsi très fréquemment que tel patient va non seulement s'adresser différemment à tel ou tel clinicien mais aussi parler à tel ou tel clinicien de la même façon que son propre collègue. Ainsi Astrid endosse à plusieurs reprises l'identité de Judith pour me parler, soit consciemment (« *Judith n'est pas d'accord avec ce que vous dites* », « *Elle vous regarde bizarrement* »...), soit inconsciemment.

Cette psychodramatisation et diffraction des éléments de l'expérience traumatique du sujet est tellement présente dans la clinique où l'on observe la façon dont l'expérience se module, se nuance, se condense/décondense sur tel ou tel thérapeute que le seul exposé de cette clinique suffit à en rendre compte. Je propose à cette fin le récit d'une partie de la thérapie d'Emilie (un peu plus de deux ans) :

Emilie a vingt ans lorsqu'elle nous rencontre la première fois. Elle a d'abord pris rendez-vous avec le service d'accueil de l'association en prétextant se renseigner pour une amie pour ensuite rapidement reconnaître qu'il s'agissait d'elle. A l'âge de seize ans « des

---

<sup>868</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p.216.

flashes » sur son passé sont apparus en même temps que l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles avec son premier petit ami. Ces flashes ne la quittent plus depuis.

Elle place beaucoup d'espoir dans ces consultations et suppose que Daphnée (ma première cothérapeute) et moi la verrons peut-être différemment. Pendant longtemps elle exposera sa théorie thérapeutique de l'évacuation, presque de la dénonciation. Elle aimerait dire tout ce qu'elle veut dire et qu'on ne lui réponde pas par des « *formules-bateau* » comme « *vous irez mieux après.* » L'injonction est paradoxale : elle ne peut aller mieux qu'en en disant le plus possible, qu'en « *enlevant sa colère* », mais « *ce n'est pas vrai qu'on se sent mieux après* ».

D'apparence assez frêle, habillée de façon plutôt androgyne, Emilie se présente comme une jeune femme très intimidée et rougissant facilement. Elle raconte dès la première séance la trame de sa vie.

Emilie a vécu avec sa mère jusqu'à cinq ans puis a été « adoptée » par son oncle maternel et sa femme après l'incarcération de sa mère, condamnée pour le meurtre de son mari, Monsieur D. Son oncle a rendu ce service après qu'un autre frère de sa mère, son parrain, a refusé de l'accueillir. Sa grand-mère était trop âgée pour le faire.

Elle a donc vécu de cinq à seize ans chez eux mais devait passer ses vacances chez son parrain « *malhonnête et intéressé par l'argent, qui décrivait mon père comme un ange alors qu'ils ne s'entendaient pas du tout.* » L'« *argent sale* » hérité à la mort du père d'Emilie, dort à la banque... Elle n'a aujourd'hui plus aucun contact avec la famille de Monsieur D.

Un peu en conflit avec ces oncle et tante adoptifs après avoir fugué quelques jours, elle est aujourd'hui accueillie à nouveau chez sa « *vraie mère* », Madame D., depuis un an. Celle-ci a été emprisonnée sept ans ; à sa sortie Emilie avait donc douze ans et a pu la rencontrer avec un éducateur pendant un an puis plus du tout pendant deux ans. Des consultations psychologiques en libéral ont encouragé Emilie à renouer avec elle. Emilie souhaiterait aujourd'hui que nous l'aidions à parler de son agression à sa famille et à son ami. Elle a essayé de parler de cette agression à sa mère dès qu'elle l'a revue mais n'a pas été crue.



Un mal être l'envahit depuis quatre ans, presque insupportable depuis un an : « *C'est toujours dans ma tête.* » Elle ne sourit plus et est souvent très agressive. Sa famille la trouve têtue, ses amis « *agréable mais spéciale, lunatique* ».

Depuis toute petite elle a essayé de ne pas trop écouter ce qu'on lui disait, ses enseignants lui en ont souvent fait la remarque, elle serait « *ailleurs* ». Elle a d'ailleurs toujours mal supporté les professeurs masculins : « *Je ne voyais pas ce qu'on pouvait trouver de tendre chez un homme.* » Ces « renvois » de ce qu'elle est la font « *souffrir à travers les autres* ».

Emilie décrit son horreur des relations sexuelles (elle les appréhende, ne prend aucun plaisir et ne peut rien faire) qui ne peuvent se dérouler que dans le noir complet : « *Je ne peux pas le regarder, c'est à peine si je le supporte. J'ai l'impression que c'est lui en face de moi. J'ai des fourmis, je tétanise.* »

Emilie ne supporte pas de dormir seule, elle prend son chat sous les draps, laisse une veilleuse allumée, a très peur de rêver. Un cauchemar la harcèle chaque nuit : elle voit sa chambre d'enfant (sa mère lui confirmera le dessin de la tapisserie) très noire avec la porte ouverte. Quelqu'un entre et lui serre le cou. Elle sent « *un toucher, quelque chose ; ça se ressent tellement que c'est impossible à vous dire. C'est tellement réel ! C'est mon père !* » Son odeur, la texture de ses mains sont apportées comme des preuves irréfutables. Monsieur D décède lorsqu'elle a cinq ans, nous apprendrons ensuite que sa mère a été incarcérée en raison de son meurtre. Son agression et les coups qu'il lui administrait sont les seuls souvenirs de lui (il la jetait par terre, elle criait). Il était alcoolique et toxicomane.

Ce père agresseur, Monsieur D., ne serait pas son père biologique. Ce dernier décède d'un cancer peu après l'assassinat de Monsieur D. Emilie termine le premier entretien en parlant de sa mère froide comme une pierre, transformée par la prison, incapable de faire passer un sentiment : « *Elle était froide quand elle est sortie, c'est exactement le mot qui convient.* »

Emilie, plutôt bonne élève, a échoué de peu son baccalauréat et n'a pu le repasser l'année suivante en raison d'un eczéma géant survenu le jour même de l'examen. Echouant également à l'entretien du concours d'entrée à la gendarmerie (elle aurait aimé la discipline,

être entourée), elle abandonne ses études pour travailler dans la pâtisserie familiale. Elle connaîtra de graves crises eczémateuses survenant la nuit (un an après l'emprisonnement de sa mère pour la première) et conduisant à se « *mutiler les mains* », l'obligeant à rester plusieurs semaines avec des bandelettes, les bras étendus « *avec des grosses verrues, comme si j'avais trempé dans de l'eau de mer.* »

De ce monde de froideur, de violence et de maladie, seule une grand-mère maternelle plus chaleureuse semble rescapée, qu'elle voyait souvent. Même son oncle et sa tante (qui n'ont jamais eu d'enfant), à qui elle reste reconnaissante de l'avoir bien accueillie, subissaient l'injonction judiciaire de la froideur : « *Le juge leur a dit de s'occuper de moi mais de pas m'apporter d'amour comme ma mère puisqu'elle allait sortir de prison.* » Ces « révélations » épuiseront Emilie pendant plusieurs jours.

La patiente s'accroche aux séances, se met moins souvent en colère mais pleure beaucoup chez elle. Ce qu'elle dit en séance lui « *hante l'esprit* », elle « *craque* » la semaine en voyant une émission où une femme abusée et battue déclare qu'il lui a fallu dix ans pour guérir. Emilie recommande aux thérapeutes d'y « *aller à petites doses* » avec elle, de ne pas lui « *demander monts et merveilles.* »

Elle se demande également si elle va être agréable avec nous alors qu'elle peut être odieuse avec son ami ou les hommes en général. Elle éprouve la colère surtout lorsqu'elle est avec son ami ou sa famille, c'est la même colère due à « *une présence* » alors qu'elle a « *envie d'être seule dans sa tête dans ces moments.* » Ce ressenti d'intrusion est associé à ce qu'elle éprouvait en présence de son père, à la terreur qu'il arrive.

Monsieur D. ne la supportait pas, venait le plus souvent quand elle était à l'école et la repoussait brusquement, l'envoyait dans sa chambre quand elle était là. Ce paradoxe du chaud et froid est résumé ainsi par Emilie : « *J'attendais de lui quelque chose qui me touche.* » Ce rapprochement violent avait lieu la nuit, lorsque sa mère travaillait et que Monsieur D. la gardait.

Après trois mois de thérapie, Emilie pleure longuement en séance après avoir reconnu sa difficulté à supporter que nous soyons partis en vacances. Elle se sent seule, n'arrive pas à

trouver des gens qui comprennent ce qu'elle ressent. Elle peut se taire longtemps chez elle, pleurer beaucoup et s'effondrer ensuite de fatigue. Emilie ne voit pas en son ami (mais elle nous désigne de la main à ce moment) ce qu'elle devrait voir, a l'impression de ne pas être normale, se sent « *inférieure, en dessous.* »

Elle a évité tout contact avec l'extérieur pendant le temps de nos vacances. La suite de l'entretien nous renseigne sur l'abandon que nous lui avons fait vivre : Emilie parle de son enfance pendant laquelle on ne lui a jamais donné ce qu'elle attendait. Les psychologues d'aujourd'hui, qu'elle ne voyait pas s'absenter quinze jours, elle ne les reconnaît plus, ne les croyait pas capables de l'abandonner ainsi. Emilie insiste : « *Ce rythme, toutes les semaines, ça me va bien.* » Elle nous renseigne aussi sur ce dont elle n'arrivera à nous parler qu'en toute confiance : « *Me montrer ; j'ai ma carapace. Parler de ma sexualité ne me fait pas rire. Les journées sont longues avec tout ça en tête.* »

Emilie décide de travailler dans le commerce de sa mère et nous demande avec insistance de l'aider à révéler son agression à toute sa famille afin que cela explique son comportement, qu'on arrête de lui faire des reproches : « *C'est l'explication, j'arrive maintenant à mettre des mots sur ce qui s'est passé. Seule, je me force à trouver les mots.* » Parler à sa famille appelle alors une autre scène.

A dix-huit ans Emilie écrit à sa mère et la rencontre deux demi-journées par semaine : « *Je l'ai écoutée sans fin pendant trois semaines, sans la juger. J'ai su ce que je voulais savoir. Mon père (Monsieur D.) me jetait sur le canapé, il était violent, il ne me supportait pas, il ne fallait pas que je me retrouve seule avec lui. L'homme qui m'a reconnue n'était pas mon père.* » Sa mère lui aurait aussi dit qu'elle fréquentait alors des clubs échangistes et avait même d'« *autres relations* ». Elle n'aurait pas assassiné Monsieur D. mais, menacée avec Emilie, aurait dû se plier à cette erreur judiciaire.

Emilie arrive d'abord à parler de tout cela avec son ami et se félicite des changements apportés. Il lui est beaucoup plus difficile de le faire avec sa famille où « *le sexe est tabou.* » A cette « *pudeur* » familiale s'oppose l'intimité de sa mère donnée en pâture lors du procès aux assises. Cette exposition serait « *une deuxième salissure pour la famille* ».

Cette mère si pudique harcèle cependant Emilie et surveille le moindre de ses gestes. Elle accepte mal que sa fille vive à nouveau avec David, son petit ami.

Emilie va donc opérer une véritable plongée dans l'univers familial, une étude presque anthropologique pour observer le fonctionnement de sa famille. Elle occupe alors un appartement appartenant à sa mère qui vient la « contrôler » régulièrement : « *Elle entre sans s'annoncer et ne parle pas ; c'est juste pour se rassurer et voir que je suis là. Elle me téléphone tous les soirs. C'est un lien sans contenu, sous contrôle.* » Pendant ses vacances, Emilie devait l'appeler matin et soir.

Emilie aborde souvent cette façon qu'a sa mère soit de ne rien dire, soit de parler sans cesse. Comme lorsqu'elle l'écoute pendant trois semaines à dix-huit ans ou lorsque sa mère doit tout raconter au procès. Cela lui rappelle leurs rencontres au parloir, de cinq à douze ans : « *Je la voyais au parloir avec mon éducateur. On était assises chacune sur un tabouret ; on n'avait rien à se dire sauf « est-ce que tu manges bien ? »* L'inconfort et la froideur de cette scène, sous le regard d'un autre (peut-être figure de père), dans un lieu où l'intime et le public sont confondus, est assez évocateur.

Emilie fait l'hypothèse d'une mère qui, peut-être, aurait toujours été froide même avant son incarcération : « *Avant cinq ans elle m'a dit qu'elle était chaleureuse, j'en doute mais elle s'est bien occupée de moi. Elle a toujours été froide. Ce matin un beau bébé est venu au magasin avec sa mère, elle n'a même pas pu la complimenter.* »

Ce secret insupportable, celui de ses agressions par Monsieur D., Emilie arrive enfin à le dire à sa mère et l'annonce fièrement au début d'une séance vers la fin de la première année de thérapie. La scène de l'annonce à sa mère révèle les difficultés de communication entre elles, de nombreux quiproquos, des déceptions. L'entretien avec Madame D. a duré deux heures et demie. Emilie conclura notre séance par « *C'est fou comme elle pense !* » (je dirais « *Comme ses pensées sont folles !* »). Il est ainsi raconté :

« *J'ai demandé à ma mère s'il était possible qu'elle me consacre du temps, elle m'a répondu que j'avais une heure. J'ai refusé, elle était avec son copain. J'ai été très déçue, elle me disait sans arrêt de me dépêcher. A dix-huit ans je lui ai consacré du temps, moi ! Ensuite*

*je lui ai demandé « T'as l'impression que je t'aime ? », elle m'a d'abord répondu « non ! » puis « si ! ». Elle ne comprenait rien. Quand je lui ai parlé de mes agressions, elle m'a dit que ce n'était pas possible parce qu'il ne m'avait presque jamais gardée et que de toute façon je ne bougeais pratiquement pas de place. C'est idiot ! J'ai fini par lui dire « Mais je te parle d'avant cinq ans ! T'as entendu ce que j'ai dit ! » Puis elle a parlé de la pluie et du beau temps. Ça a duré deux heures et demie mais il a fallu que je la tienne. Elle ne manifeste rien. Ça m'a épuisée. J'ai fini par lui dire « Depuis sept ans tu ne m'as pas accordé beaucoup de temps alors arrête de m'appeler tous les soirs ! » Moi j'aurais aimé que tu me prennes dans tes bras ! Elle m'a dit « Je ne peux pas, c'est impossible ! Quand je serai vieille, tu m'abandonneras. »*

Suite à cette « quête » auprès de sa mère, Emilie explore à nouveau cette mère « absente, plate, sans rien ». Elle fait alors un cauchemar : *« C'est le soir, il pleut ; la nuit tombe et je ne vois rien. D'un coup je tombe dans un trou. Ça me réveille et je crie. J'essaie de m'arrêter mais je ne peux pas. C'est comme dans le désert, des cailloux seulement. »* Là revient peut-être sa mère froide comme une pierre, désertique et le bébé qui tend désespérément les bras sans jamais pouvoir être retenu. Une mère-gouffre en quelque sorte, désertique et insondable à la fois. Emilie fait ce cauchemar depuis l'âge de cinq ans. Son premier cauchemar lui a été raconté par sa mère : *« Je hurlais « Au secours, venez m'aider, il y a quelqu'un dans ma chambre ! » »*

En réponse à cette mère froide Emilie fait appel à celui qu'elle croit être son père d'origine, Léo, dont elle est certaine qu'il était aimant (sa mère le lui a dit). Elle ne s'en souvient pas mais il venait la voir régulièrement jusqu'à cinq ans. Elle apprend que sa mère a rencontré au même moment Léo et Monsieur D. Ce dernier était venu travailler dans sa région, il a vécu avec sa mère puis *« Il a commencé à découcher. Il errait et dealait, il avait ça dans le sang. Il a rencontré ma mère dans la rue. Il a toujours été drogué, aux drogues dures. Il délirait, hallucinait et faisait beaucoup de cauchemars. Ils se sont mariés pour qu'il ne fasse pas le service militaire. Peut-être que mon père (monsieur D.) ne pouvait pas avoir d'enfant et que ma mère a fait volontairement un enfant avec Léo ? »*

La narration de la rencontre de ses parents mais aussi de sa conception, empreinte de confusions et de reconstructions, souligne l'idéalisation de son père biologique et la

disqualification de son père d'adoption. Emilie a en sa possession une photographie de ce mariage où l'on voit Monsieur D. et sa mère avec Léo comme témoin (il était déjà l'amant de sa mère). Léo et sa mère s'aimaient (Emilie a vu sa mère pleurer sur sa tombe abandonnée), ils devaient vivre ensemble lorsque Léo aurait quitté sa femme.

Emilie reconnaît que sa mère a aimé Monsieur D. au début de leur relation et a eu pitié de ce fils délaissé d'une riche famille qui n'aurait reconnu sa fille que par souci de respectabilité.

Emilie réussira également à parler de l'inceste subi à sa tante adoptive. Elle souhaiterait maintenant l'appeler « maman ». Emilie a toujours appelé sa mère par son prénom, Joséphine. Elle ne prononce « maman » qu'en séance. A la froideur de Joséphine s'ajoute maintenant l'instabilité : *« Même les avocats étaient perdus. Ma mère mentait, elle n'était pas stable, pas fiable. Elle n'a jamais pleuré en prison. Elle est comme un piquet, froide. »*

Ce « maman » qu'elle nous réserve est aussi à entendre dans le transfert. Emilie a besoin *« d'attention, de petits mots gentils »*. En découvrant une mère *« définitivement plate »*, elle cherche de plus en plus le relief des psychologues, une prise (ne reconnaît-elle pas s'accrocher aux entretiens ?)

Le détour par des thérapeutes un peu maternants, attentifs, autorisera l'approche de Joséphine sous un angle plus dépressif. Emilie observe sa mère perdue devant le cancer de son conjoint et craint son effondrement. Elle admet finalement : *« Si elle pleure c'est qu'elle a mal. Elle m'a dit qu'elle ne pleurerait qu'avec moi. C'était émouvant, authentique. J'y croyais. »* Notre patiente arrivera à rester plusieurs jours avec sa mère pour l'aider pendant l'hospitalisation de son ami. C'est lors de cette « réconciliation » que Joséphine lui racontera sa naissance.

Madame D. était enceinte de jumeaux (Emilie croira longtemps qu'il s'agissait de triplés). Le jumeau d'Emilie est mort à six mois de grossesse : *« Il prenait trop de place et on ne pouvait pas l'enlever ; j'aurais pu en mourir. »* Le clivage commençait déjà. Madame D. lui expliquera longuement et assez crûment son accouchement. Au milieu des saignements et de la veille sous monitoring, la mère d'Emilie s'est endormie et ne s'est réveillée que parce

que le cœur de sa fille ne battait plus : *« Elle a sonné l'infirmière et a accouché en cinq minutes. Je suis sortie la première sinon je serais morte. On lui a montré un autre bébé pas fini de faire. Ma mère ne voulait plus voir personne. Elle est restée deux mois allongée et n'a pas pu faire grand-chose avec moi. Ma grand-mère s'est occupée de moi le premier mois, une amie de ma mère le deuxième. Ma mère ne m'a presque jamais donné le biberon ou changée. Les médecins lui avaient dit que j'avais très peu de chance de survie. Les sept premiers jours à l'hôpital, elle ne m'a pas touchée. Un astrologue lui avait dit qu'il y aurait une bonne et une mauvaise nouvelle en même temps cette année-là. »*

De façon très étonnante, ce récit en séance et les associations suscitées devant ces paroles « pleines » de Joséphine amènent un changement important dans la thérapie. Le mouvement de confiance à l'égard des thérapeutes s'amplifie, Emilie exprime plus d'affects et se dit sécurisée autant par ce dont nous parlons que par notre attention : *« Ça fait plaisir d'avoir un regard de vous, c'est rassurant. »* Même Joséphine lui rappelle les dates de nos entretiens. Emilie a d'autant plus besoin de nous que le compagnon de sa mère, auquel elle est très attachée, est mourant.

David, le compagnon de notre patiente est vigilant. Emilie tient à le préserver car « il est sûr ». Il n'est pas « incorporé » à la famille d'Emilie qui pourrait le détruire. L'image d'une famille clanique, presque sectaire et broyeuse, ne supportant pas les différences, sera avancée.

Une immense colère contre sa mère explose lors d'un entretien : Joséphine lui a recommandé de ne pas avoir de bébé. Emilie mime son regard *« captivant et effrayant, hypnotique »* : *« Elle ne veut pas que je devienne mère, elle rejette les bébés et la maternité. »* Cette mère, qui parle mieux au chien qu'à elle, Emilie demande aux psychologues si elle leur est accessible : *« C'est understandable ce que je dis ? Comment voyez-vous ma mère ? C'est normalement impossible d'être déçue à ce point par une mère. Elle est froide, sans sourire, rien, vous me croyez ? »* L'idée que nous pourrions entendre et croire les hypothèses qu'elle fait sur « ce qu'il y a dans la tête de sa mère » est évidemment rassurante. Sa violente réaction face à sa mère qui lui interdit la maternité montre aussi comment Emilie peut porter à la fois la problématique de cette mère froide qui tue le bébé mais aussi celle du bébé mort, deux places rencontrées dans son histoire.

Mais notre patiente ne renoncera jamais à essayer de tisser un lien avec elle : elle l’emmène sur son lieu de travail, retrouve un poème parlant d’un enfant que Joséphine a écrit en prison et dans lequel elle guette sans fin la moindre allusion à elle... Dans cette quête maternelle (elle l’aide au magasin, lui téléphone, nous en parle, cherche notre maternage, celui de David, celui de sa tante), Emilie court aussi le risque de lui ressembler, d’être froide comme elle. Dans la tentative d’explorer ce qui peut bien se passer dans la tête d’une mère aussi énigmatique, insaisissable et aux expressions d’affects gelées, Emilie nous dit quelquefois son angoisse de lui ressembler ; elle sera d’ailleurs profondément angoissée lorsque David lui fera entendre sa « froideur sexuelle ». Elle nous répondra : « *Je tiens ça de ma mère, elle fait aussi comme ça.* »

Etre froide maintiendrait ainsi un certain lien avec Joséphine dont elle pourrait également triompher en faisant subir à d’autres ce qu’elle-même a subi autrefois. Cette jouissance sadique teinte souvent l’exposé de ses colères froides avec David ou ses meilleures amies, ou bien encore de la façon dont elle peut enflammer son compagnon pour le refroidir aussitôt en pleurant avant la fin des rapports sexuels.

La « tour de contrôle » que représente sa mère en appelle une autre : sa grand-mère maternelle : « *Toute la famille est construite autour de ma grand-mère, tout le monde l’écoute.* » Cette grand-mère a eu quatre enfants (Joséphine est la deuxième). Raciste et manipulatrice, elle tiendrait sous son emprise l’ensemble de la famille en gardant les secrets, se servant de la désinformation. Elle demandera à une de ses petites filles de rentrer chez elle lors d’un repas de Noël afin de ne pas être treize à table, personne ne protestera. Le village dans lequel l’ensemble de la famille vit a en son centre et en surplomb sa maison, elle observe les mouvements de tous.

Prenant conscience du fonctionnement incestuel de sa famille, Emilie décide de s’en éloigner en cherchant un appartement, écrivant à sa mère une longue lettre « *qui devrait faire choc* » faute de pouvoir réellement lui parler. Paradoxalement, c’est en s’en éloignant qu’elle s’en rapproche et nous apprend que, même en prison, Joséphine n’a jamais oublié son anniversaire. Sa mère l’impressionne, l’effraie, lui fait penser à un gourou, elle craint qu’elle ne lui vide le cerveau. Emilie refuse ses cadeaux (une robe blanche et un nounours) et lui dit qu’elle ne la considère plus comme sa mère, qu’elle est folle, qu’elle est morte-vivante. Elle



doute de tout ce qu'elle lui dit et commence à penser que Monsieur D. est bien son vrai père, elle lui ressemble d'ailleurs.

Après plus de deux ans de thérapie, Emilie arrive en pleurant : « *Je sais maintenant, je dois faire le deuil de ce qui me manque. Je ne croyais pas que c'était ça, je voulais changer les autres.* » Elle renoue avec sa tante à laquelle elle offre le nounours et la robe blanche, demande à son oncle s'il peut la considérer comme sa fille. Pour la première fois Emilie paraît touchée par les attentions de son compagnon et se demande : « *Y a-t-il quelqu'un auquel je sois suffisamment attachée pour être triste s'il disparaissait ?* »

Ses propos se font plus nuancés, plus dépressifs aussi. Emilie parle de plus en plus souvent de David avec qui elle souhaiterait vivre. Elle visionne une cassette vidéo que sa mère a voulu détruire : elle devait avoir deux ou trois ans, son père filme l'appartement, sa chambre. Elle se cache dans un coffre à jouet et sa mère arrête le film. Elle s'est trouvée jolie et normale. Mais ses souvenirs les plus précoces se rapportent aux premières visites à sa mère, au parloir. Avant cela, « *un grand blanc* »

On lui a annoncé assez tardivement que son père était mort : « *J'ai rien ressenti. Il a fallu qu'ils me montrent une photo, j'avais plus d'image. Pendant des années j'ai eu une photo vers mon lit mais je ne l'associais pas à mon père. Quand j'ai témoigné à cinq ans devant les gendarmes sur mon père, j'ai dit quelque chose de tellement étonnant qu'on n'a jamais voulu me le répéter.* » Selon la version judiciaire, Emilie dormait seule chez elle le jour de l'assassinat. Elle se serait réveillée au retour de Joséphine qui lui aurait ordonné de se recoucher. Les gendarmes retrouveront son père mort dans un bois le lendemain, mais jamais l'arme. Sa mère niera toujours s'être absentée de l'appartement. A l'annonce de la mort de son mari, Joséphine n'aurait eu aucune réaction, comme Emilie à l'annonce du décès de son père.

Emilie réussit donc à acheter une maison avec son compagnon, à pleurer et être réconfortée dans les bras de sa tante, à enfin entendre de la bouche de son oncle que celui-ci l'aime. La folie de sa mère lui apparaît de plus en plus, notamment lorsqu'Emilie découvre que sa mère la fait suivre par un détective privé. C'est cette mère « *malade depuis longtemps* » qu'elle s'autorise à penser et qui l'autorise à penser maintenant.

Emilie découvre « *le paradis, l'apaisement* ». Elle était venue nous voir pour « enlever ses petits démons » mais il en reste un dont elle pourrait parler plus facilement devant Judith seule (ma nouvelle cothérapeute). Ma présence la gêne, elle s'en excuse : « *J'ai rien contre vous mais je suis pudique et c'est un sujet salissant. J'ai peur que ça casse ici parce que vous êtes ma dernière chance. Dès le début c'était difficile parce que vous étiez là.* » Ce sujet, c'est bien sur la sexualité qu'Emilie confond avec ses agressions.

Dans le même temps Emilie nous informe que ses cauchemars diminuent beaucoup, elle n'en fait plus qu'un par mois, voire moins. Le scénario de ce cauchemar (apparu à quatorze ans) se précise : il s'agit bien de Monsieur D. dans le noir de sa chambre. Emilie se cache sous ses couvertures, elle essaie de crier mais n'y arrive pas. Elle sent que quelqu'un entre et regarde vers la porte. « *C'est l'horreur ! Je ne vois rien mais ça, ça ne trompe pas ! C'est l'odeur de son sexe et de son parfum que je n'oublierai jamais. Ça vire au cauchemar, je ne pourrai jamais vous raconter, à vous (en me regardant) c'est trop dur !* » Un autre cauchemar apparaît : elle est toute petite dans son bain. Elle nous dira seulement qu'il y fait très chaud, que c'est irrespirable.

Ne pas avoir pu raconter jusqu'au bout les agressions subies la contrariera beaucoup et la rendra insupportable auprès de son compagnon. Elle craint « *tout le boulot derrière* » si elle en parle. Durant cette séance la patiente me jette sans cesse des regards, l'homme que je suis la gêne, Emilie ne parle qu'à Judith. Toute relation sexuelle n'est associée qu'à l'interdit, à l'agression ou au clivage : « *Je suis ailleurs quand j'ai une relation sexuelle.* »

Emilie refuse la sexualité et ce qui s'y rapporte jusqu'à s'enfuir de la salle d'attente de son gynécologue ou l'insulter lorsqu'il entreprend un examen médical : « *C'est qu'il me regarde, avec la lampe ! Je le connais pas. Je lui ai dit d'enlever ses sales mains !* » Après avoir largement parlé de ces scènes avec nous, Emilie choisira de révéler son agression à son gynécologue qui, compréhensif, ne fera qu'une échographie : « *J'ai découvert un homme, quelqu'un, j'ai aimé ce qu'il m'a dit.* » Cette première réconciliation avec une figure masculine se fera donc avec un gynécologue. Elle ne souhaitait pas que ce médecin prenne du plaisir en la regardant, « *juge son sexe* ».

Dans les rapports avec David, Emilie ne peut pas « *aller jusqu'au bout* », est épuisée et pleure « *pour abréger* » : « *Je suis d'une grande tristesse, ça vient d'un coup.* » Ce

qu'Emilie refuse en fait, c'est le plaisir. L'expérience d'un orgasme l'a vidée, emplie d'amertume. Plus précisément, c'est le plaisir de David qui lui est insupportable, qu'elle veut à tout prix éviter : « *Je pleure pour l'empêcher d'avoir du plaisir. Je veux lui couper l'envie quand il en veut le plus.* »

Il serait possible de relier la séance où Emilie n'arrive pas à me raconter la fin de ses cauchemars à ce qu'elle dit aujourd'hui : en refusant de me raconter la jouissance de son père incestueux, Emilie insiste pour me dire que je n'en connaîtrai pas la fin, qu'elle pourrait éventuellement la raconter à Judith, mais qu'elle ne me fera pas ce plaisir. Cette interprétation, dans un scénario pervers, se déploie dans le dispositif particulier des entretiens mixtes en double écoute.

Emilie ne supporte pas de regarder en face la jouissance de l'homme. La façon dont les hommes sont regardés par les femmes dans sa famille est assez particulière : les femmes les surveillent (comme sa grand-mère ou sa mère), les tuent (comme sa mère) ou les empêchent d'avoir des enfants (comme sa tante). L'angoisse de s'offrir à la jouissance de David s'ouvre sur une autre angoisse, plus archaïque : « *Si je m'offrais, il m'abandonnerait.* » En s'abandonnant, elle serait donc abandonnée ; dans la relation sexuelle se rejoue une scène bien plus ancienne. C'est enfin après avoir pu préciser le moment qui la terrifie (l'éjaculation) qu'Emilie fera le lien avec les incestes subis (mais sans le verbaliser, Emilie insistant pour que nous ne prononcions pas « *ce mot qui sonne comme une claque* »). Il est d'ailleurs assez étonnant d'observer à quel point le dispositif a permis la diffraction et le clivage dans le transfert : Judith ne saisit pas le lien entre la claque et l'éjaculation, il est évident pour moi ( Parce que je suis un homme ? Parce qu'Emilie me parle enfin ? )

Emilie reviendra plusieurs fois dans la fin de sa thérapie, et de façon de plus en plus explicite sur la punition qu'elle réserve aux hommes et notamment à David : « *J'en ramasse plein la figure sur le sujet que vous savez. Ça n'avance pas, même si tout va très bien à part ça. J'arrive pas à aller jusqu'au bout. Mon petit jeu c'est d'être consentante et ensuite de l'empêcher de jouir. Ce que je veux c'est séduire, fantasmer mais pas agir. Je ne peux pas dire ces mots, ils sont sales. Si je le dis, ça va se répéter.* »

Alors que je sens Emilie extrêmement gênée, rougissante et me regardant le plus furtivement possible, me disant qu'elle « m'entend » mais ne semblant pouvoir me suivre, j'interprète sans doute un peu violemment en lui disant : « *Qu'est-ce que c'est que cet homme, son visage qui me regarde parler de sexualité ?* » Emilie répond qu'elle est en effet plus

rassurée avec Judith mais qu'elle parvient de plus en plus à me regarder. A la séance suivante, Emilie me parlera à nouveau après avoir reconnu avoir beaucoup pensé à ce que je lui avais dit.

Emilie trouve certains mots sales, rougit quand elle aborde ces sujets, prend de nombreuses précautions pour en parler, usant de périphrases par exemple. Lorsqu'elle le fait, elle se tourne systématiquement vers moi, en soulignant encore son embarras et cherchant une réassurance chez Judith.

Mais il faut bien reconnaître qu'elle parle malgré tout beaucoup de sexualité, même sans les mots. Il faut évidemment se questionner sur ce qu'il y a derrière la question de la sexualité. Cette patiente utilise le sexuel pour rappeler les sensations. Il est ainsi étonnant de voir la densité transféro-contre-transférentielle des moments où Emilie associe la sexualité à une « claque », l'intensité des séances où elle parle de sa méfiance envers la jouissance des hommes en me regardant.

Des éléments beaucoup plus narcissiques, très en deçà du sexuel sont alors en jeu, ses associations menant irrémédiablement vers cette mère folle, creuse, froide et plate, qui tue et manipule. Nos interprétations ne trouvent d'ailleurs un véritable écho que lorsqu'elles concernent la terreur d'Emilie devant sa mère. La scène où elle lui parle pour la seconde fois de l'inceste subi est ainsi intéressante.

S'abandonner à ce dernier lien avec ses traumatismes sexuels amène immédiatement une série de questions sur un autre abandon : Comment sera-t-elle dans dix ans ? Quand on ne sera plus là ? Quand on se laissera ? *« Mais je sais que ce qui est acquis est acquis, c'est comme avec mon éducateur, il m'avait préparée à le laisser. »*

Une semaine après, Emilie revient nous dire que pour la première fois depuis trois ans elle a eu un très bon rapport sexuel avec David et envisage même maintenant d'avoir un enfant. Elle travaille aussi maintenant hors de sa famille.

Les cauchemars s'arrêtent mais Emilie craint maintenant de devenir froide comme sa mère, de lui ressembler. Elle cherche alors d'autres femmes qu'elle aurait aimées avoir comme mère : une amie, la déléguée syndicale. Son discours s'adresse maintenant plus

nettement à Judith pendant les entretiens et, lorsqu'elle me parle, ses propos sont souvent référés à ma collègue.

Un dernier cauchemar, terrible, est raconté : « *J'étais chez la sœur de David (qui est réellement enceinte) ; On était toutes les deux enceintes. Je ressentais le bébé, c'est impossible à décrire mais c'est la vraie sensation. On sonne à la porte, ma belle sœur va ouvrir ; David entre et me dit quelque chose. Je n'entends pas ce qu'il me dit mais je comprends. Je fais une tête incroyable, je n'ai plus de force et suis contrariée. Je me lève et il s'assied. Je vais à la cuisine...mais je ne veux pas vous faire peur (en s'adressant à moi)... Je prends un couteau et tue mon bébé. Je suis couverte de sang. Je me réveille déboussolée.* » Dans cette scène apparaissent donc deux bébés jumeaux et un assassinat, sorte de condensation de la mort de son frère et de son père. Cette pénétration violente du ventre par un couteau-sexe fait suite à une parole murmurée qui sidère : l'agression sexuelle révélée à la mère d'Emilie ? Emilie raconte ce cauchemar à Judith en me prévenant que cela risque de me faire peur.

Emilie reste terrorisée à l'idée de rencontrer sa mère, de ce qu'elles pourraient se dire. Elle s'énerve toujours, ses « crises » sont comparables à des caprices d'enfant, elle crie et tape des pieds dès qu'on la contredit. Quand elle était petite sa mère lui « *passait tout* » : « *Je ne réclamais rien, elle m'offrait tout.* » Ses colères, inexplicables pour elle, seraient-elles des résidus ou des répliques de la colère initiale ressentie après l'abandon à cinq ans de cette mère chaude qui lui passait tout ? Ou bien encore de la colère ressentie en retrouvant une mère froide, transformée par la prison ? Comme sa mère, Emilie navigue entre froideur et explosion, comme si une fois un peu réchauffée, la froide imago maternelle s'enflammait. Peu de nuances donc, comme dans l'idée que la seule preuve d'amour de Joséphine aurait été de tuer son conjoint pour l'empêcher de nuire à sa fille. Non pas « tout feu tout flamme » mais « tout froid, tout flamme », un glacier dans l'eau bouillante. Lorsqu'elle parle de sa mère, Emilie s'adresse aux deux psychologues au niveau du langage verbal (« *Vous vous rendez compte !* ») mais parle surtout, si l'on s'en réfère au langage mimo-gestuel, à Judith.

Mais c'est sa colère contre les hommes qui trouve encore un écho dans le dispositif. Emilie s'acharne contre David, son conjoint, qu'elle harcèle de ses colères alors qu'il fait tout pour l'aider. Elle me regarde à ce moment, puis Judith en disant : « *Vous faites un peu le*

*médiateur entre lui et moi, j'aurais pas pu rester seule avec vous (moi) aujourd'hui, une heure à vous regarder !* » (Emilie fait allusion au fait que, face à une absence de Judith, elle a préféré déplacer la séance plutôt que de venir seule avec moi). Peut-être comme si, en l'absence de Judith, sur une scène rendue perverse, j'aurais pu jouir de sa souffrance et de sa gêne. A moins que ce ne soit l'inverse... Emilie me demandera d'ailleurs en fin d'entretien : « *Je ne voudrais pas être indiscrete mais est-ce que vous avez les mêmes rapports avec les autres filles ? C'est normal de ne pas avoir voulu rester avec vous ?* »

Il semble bien que le couple thérapeutique, s'il était dissocié, réactiverait les figures de la perversion. A l'inverse, Judith et moi, ensemble, représentons des images parentales plus chaleureuses : « *Personne n'a jamais pris son rôle de parents à cœur avec moi. Vous avez été plus présents que tous les autres réunis.* »

Dans le même mouvement, c'est parce que les cliniciens sont ensemble sur la scène thérapeutique, que cette diffraction est possible, que l'expérience peut se jouer en partie à la façon d'un psychodrame.

Emilie se prépare donc à nous laisser et amène des questions pertinentes : « *Il y a des choses très précises qui me choquent : est-ce que c'est des choses que j'ai vues, qu'on m'a faites, qui choquent tout le monde ? Ne me jugez pas mal mais c'est la première fois que j'arrive à imaginer l'après...me débrouiller seule, sans vous, avoir une vie normale.* » Alors que Judith laisse tomber sa main sur son bloc notes, la remarque d'Emilie fuse : « *Ne cassez pas tout !* » Ce seront ses derniers mots.

L'urgence dans laquelle elle était venue, l'injonction posée à la changer, à évacuer ses traumatismes venait sans doute d'une angoisse de perte. « *Vite changer avant de perdre ou d'être abandonnée* » s'est ainsi un peu transformé en « *enfin imaginer l'après vous avant de vous quitter* ».

Après avoir un peu exploré cette imago maternelle froide, parfois humiliante et sadique, lutté également contre des angoisses massives d'abandon et de mort, Emilie s'assouplit un peu. Les clivages semblent se réduire, les émotions se nuancent, son expression, y compris corporelle, se teinte d'aspects dépressifs moins tranchés, moins violents.

Emilie nous quitte donc mais avec une certaine prévenance. Après plus de deux ans de rencontres hebdomadaires, elle téléphonera plusieurs fois pour fixer des rendez-vous qu'elle aura l'élégance d'annuler en raison de changements dans son travail (elle a déjà quitté le commerce familial pour un autre emploi). Elle nous quitte sans vraiment nous dire au revoir mais peu à peu, en s'assurant que sa place est encore là, que nous pensons à elle. Sans « tout casser » comme elle le craignait.

Nous la laisserons ainsi partir sans trop d'inquiétude, pensant qu'elle pourrait peut-être maintenant pleurer sans s'effondrer, avoir un bébé sans le tuer.

La brève thérapie d'Emilie aura opéré une plongée presque topique dans son traumatisme sur trois plans au moins, trois noyaux à la fois distincts et s'activant mutuellement, se superposant, permettant d'articuler les expériences traumatiques, de les déployer.

L'Emilie rougissante tout d'abord qui se présente à nous, qui **hystérise « en surface »**, transforme l'odeur du sexe de son abuseur en « parfum », tente de plus en plus de séduire les thérapeutes. Dans ses récits hachés de ses relations sexuelles, elle s'accorde une prime de plaisir : la castration de son amant, l'interdit de sa jouissance.

L'identification hystérique à sa mère froide est évidente, elle craint de devenir comme elle, aussi froide ; elle se trouve aussi finalement des ressemblances avec son père qui l'assureront de cette filiation. Par un masochisme érogène, des reproductions plus ou moins libidinalisées, érotisées, Emile tente de rejouer certaines expériences traumatiques.

Mais on l'aura bien compris, très vite derrière ses tentatives de liaison du trauma sexuel, s'imposent **la froideur et la folie maternelle**. Ce deuxième plan, beaucoup **plus narcissique**, n'est pas le moins présent. Il articule froideur, folie et abandon. La mère d'Emilie lui explique sa distance parce qu'elle sait que sa fille va l'abandonner, sa froideur anticipe l'abandon.

Mais c'est déjà à sa naissance que se marque cette glaciation : la mère-morte d'Emilie ne peut s'occuper d'elle, trop préoccupée par son jumeau mort. Emilie voudrait s'attacher à un objet pour en éprouver le lien, la perte aussi, jusqu'à en pleurer.

Ce monde est aussi fait d'un père incestueux et meurtrier. Souvent évoqué de façon métonymique par un pénis (dans le souvenir de ses agressions ou dans son dernier rêve par exemple).

En partie dévasté, ce monde narcissique survit cependant par certaines tentatives d'organisation. Un fantasme du type « On tue/sauve une mère/bébé » se développe ainsi. La scène d'origine, l'accouchement de Joséphine, en condense les éléments : elle sauve la vie du bébé-Emilie, réveillée par son cœur éteint ! Mais c'est bien cette mère froide/morte (A.Green) qui tue ensuite Emilie en la confiant à la garde d'un autre, s'absentant psychiquement et plus radicalement encore ensuite lors de son emprisonnement (protégeant dans le même temps sa fille des menaces extérieures).

Emilie elle-même, par la parole « mystérieuse » entendue dans son cauchemar, par les paroles « extraordinaires » prononcées au commissariat, prend le risque de tuer la mère. L'oral du baccalauréat sera impossible, mieux valait se taire quitte à développer un eczéma géant (« *Comme si j'avais trempé dans de l'eau de mer* »).

Il s'agit d'un fantasme exprimé sous sa forme la plus violente mais aussi la plus impersonnelle : « ON tue/sauve une mère/bébé ». Le couteau-pénis scénarisé dans le rêve et dans ses souvenirs d'agression en est une version qui pénètre le corps de la mère comme celui du bébé. On trouverait ici une illustration des parents-combinés évoqués par M.Klein sous une forme telle que « Un couteau-pénis transperce une mère/bébé ». Mère froide et père meurtrier se combineraient ainsi dans une ultime tentative d'organisation de la scène primitive.

Dans cette régression topique, **une troisième zone**, dépourvue d'organisation fantasmatique, sorte d'arrière-fond archaïque, se dévoilerait. Un monde de sensations, d'éprouvés denses et premiers. C'est bien cet arrière-fond qu'Emilie a présenté à son arrivée, comme d'ailleurs la plupart des victimes de tels traumatismes.

Ainsi, la peau d'Emilie porte l'empreinte de la rencontre première et de son échec partiel. Elle rougit constamment, développe à deux reprises des eczemas géants peut-être en lieu et place des caresses maternelles (« *Elle ne m'a jamais touchée à la naissance* »). Cet



eczéma démesuré à la place de sa mère viendrait pour obturer au mieux, cicatriser une peau perméable et craquelée. Cette peau trouée, brûlée par l'eau de mer, vérolée, porte la trace d'un pictogramme de rejet, l'empreinte d'un arrachage. Nous sommes ici bien loin d'un fantasme, bien loin de celui d'une peau commune (P.C.Racamier).

Les terreurs primitives sont très présentes : Emile a peur que tout se casse, s'interroge sur les traces que nous garderons d'elle. Sur quoi pourraient bien s'inscrire ses expériences. Sur quelle peau ? Quelle surface d'inscription ?

#### 4-3-3 b) Le regard, le face-à-face du trauma

Au sujet du travail thérapeutique avec le sujet exhibitionniste, C. Balier rappelle que le trouble essentiel de ce dernier se situe dans

*« (...) L'incapacité à porter un regard sur soi. Et c'est ce qu'il recherche désespérément à travers l'acte : quelqu'un qui le regarde, quelqu'un dont l'anonymat protège la véritable identité de la personne recherchée. Ce quelqu'un est n'importe qui, mais il faut tout de même qu'il soit touché, voire effrayé, c'est une question d'existence pour l'acteur. L'indifférence le tuerait. »<sup>869</sup>*

La clinique que j'ai précédemment exposée montre bien à quel point le regard est important dans le traitement des expériences traumatiques, particulièrement dans leur déploiement au sein des entretiens en double écoute.

La vision est d'évidence investie par ce dispositif (on se souvient d'Astrid appelant les cothérapeutes « quatre z'yeux »). Il est important d'essayer d'en approcher la complexité. Il serait en effet trop simple de rabattre totalement le dispositif sur l'opposition regardé/être regardé.

---

<sup>869</sup> Balier (C.), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, p.131.

Si l'on en restait là, le « miroir » offert par les deux psychologues serait potentiellement sans tain, avec le risque d'une utilisation perverse (activant le voyeurisme et l'exhibitionnisme) ou sans fond, patient et thérapeutes pouvant s'y noyer dans une séduction narcissique mutuelle.

On sait bien, J. Lacan et D. Winnicott l'ont particulièrement mis en évidence, que le regard peut aussi offrir une profondeur, une perspective, un « relief » de la relation :

*« Un bébé qui regarde sa mère voit ses yeux et sa mère le regarder en train de le regarder : et ce processus permet de faire de sa mère une mère (processus de la regarder, processus de fantasmatisation, parentalisation), tandis que sa mère regarde le bébé réel et imaginaire la regarder en train de le regarder à l'intérieur de la représentation. »<sup>870</sup>*

Dès que cette « réflexion » intervient, il ne s'agit donc plus de se fondre les yeux dans les yeux, de se perdre dans le regard de l'autre ni d'exercer une emprise. Le partage des regards peut alors être lu comme le partage d'une scène où la tiercéité peut s'exercer.

Lors d'un séminaire, D. Mellier<sup>871</sup> m'avait fait remarquer que le dispositif en question (la cothérapie) était peut-être plutôt à « double détente » qu'à double écoute. Je dirai à « triple écoute » tant le superviseur y assure, encore une fois ici plus qu'ailleurs, une « profondeur de champ ».

Pour reprendre le titre du livre de C. Balier, il s'agit bien d'un regard « en abyme » où le superviseur ajoute encore une dimension à la scène : il regarde le patient regardé par les psychologues le regardant. L'effet de distanciation et de *réflexion* est essentiel, permettant de mieux cerner les limites de chaque sujet. J'ajoute que les deux thérapeutes sont toujours présents lors de la présentation d'un cas clinique, le superviseur est donc un *arrière-plan* assurant la profondeur des regards du couple des cliniciens.

Nous sommes en effet très attachés à cette supervision dont j'ai déjà montré, notamment à travers le cas d'Astrid, à quel point elle était essentielle. Elle permet je pense de décoller les regards.

---

<sup>870</sup> Lebovici (S.), *L'arbre de vie. Eléments de psychopathologie du bébé* (1997), Toulouse, Erès, 1998, p.150., *cit in* balier (C.), *La violence en abyme*, p.50.

<sup>871</sup> Psychologue, Maître de conférence à l'Université Lumière Lyon 2.

Il se joue dans la supervision quelque chose d'assez proche de ce qui peut en partie se jouer pendant les entretiens thérapeutiques, une sorte d' « unification », comme un « éprouvé global » qui sortirait de la séance. Cet éprouvé n'est pas sans rapport avec une mise en commun des regards (mais aussi des sensations plus globales transmises corporellement) :

*« Ces éprouvés, garants de l'unité psychosomatique, reflets du phénomène empathique, qui viennent à manquer lorsqu'il y a réveil de la trace du traumatisme. »<sup>872</sup>*

Les regards (y compris celui du superviseur assurant le regard d'arrière-fond) participeraient ainsi à l'entreprise de délimitation et de qualification des éléments de l'expérience traumatique avec deux axes essentiels : la profondeur et le relief d'un côté, la délimitation de figures sur un fond de l'autre. Cela n'est pas sans rapport avec la théorisation de l'enveloppe visuelle du Moi comme G. Lavallée a pu la penser, montrant comment des boucles de retour fondées sur un continuum perception/hallucination peuvent se développer.

Ce n'est pas le regard en lui-même qui permet cela. Un regard seulement fondé sur ses qualités sensorielles ou associé à trop d'inquisition (dans la façon d'interroger le sujet sur le traumatisme par exemple) pourrait bien flirter avec la perversion. C'est la qualité du regard et surtout le fait qu'il se réfère à la pensée qui en fait sa valeur thérapeutique :

*« L'Abyme, ce serait un peu cela, en quelque sorte, la possibilité de vivre les mêmes choses en même temps à deux niveaux : celui du corps organisé autour des perceptions immédiates, celui d'un autre corps qui se percevrait comme partie existante d'un cadre contenant d'autres existants. »<sup>873</sup>*

En abordant les ruptures rythmiques dans la relation thérapeutique, Florence Guignard<sup>874</sup> propose d'être attentif aux résistances plus ou moins conscientes du thérapeute devant les changements de son patient :

*« En examinant la nature de cette résistance, j'ai découvert que, dans ces moments-là, nous sommes « victimes » d'une identification inconsciente à l'un des objets internes du patient. C'est ce que j'ai appelé une tache aveugle. »<sup>875</sup>*

---

<sup>872</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.340.

<sup>873</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.330.

<sup>874</sup> Guignard (F.), « Le concept d'infantile dans la clinique psychanalytique », in Marty (F.) et al., *Les grands concepts de la psychologie clinique*.

<sup>875</sup> *Ibid.*, p.154-155.

J'ai souvent fait l'expérience de ces taches aveugles dans la clinique du traumatisme sexuel, aucun thérapeute ni aucune clinique ne peut d'ailleurs s'en préserver. On trouvera plus loin, notamment dans l'analyse des clivages fonctionnels, comment ces derniers en rendent compte. Mais ici peut-être plus qu'ailleurs le travail de supervision permet de les éclairer, à condition évidemment qu'il puisse se faire dans la plus grande confiance. Croire éviter ces points aveugles serait selon F. Guignard construire une « relation pseudo » défendue à coup de théorisations.

Se sentir pris dans une tache aveugle, penser en supervision tel ou tel point douloureux de son contre-transfert ne doit pas renvoyer à une faute. Cela donne seulement la possibilité d'une reprise dynamique car

*« La tache aveugle signe toujours une rupture de communication, et elle se présente comme un manque à représenter. [...] Elle survient toujours en réaction à un sentiment de perte d'objet. »<sup>876</sup>*

S'identifier à un objet interne d'un patient est parfois douloureux et nécessite l'intervention d'un tiers permettant de mieux penser et rêver le patient, facilitant la reprise d'un travail élaboratif. F. Guignard souligne que ce travail, qui s'apparente au travail du deuil, ne peut évidemment s'effectuer qu'après-coup.

C'est parce que les thérapeutes acceptent de voir quelque chose du patient et de son expérience, acceptent aussi d'être vus par lui tout en ne lâchant pas la question du sens de ce qui est montré et dit que l'ensemble est thérapeutique. On aboutit sans doute ainsi à se positionner en *autre semblable* (A. Green). Les processus d'identification projective sont alors utilisés non pas de façon pathologique pour seulement squatter l'univers mental de l'autre, le pénétrer et le manipuler de l'intérieur, ils servent alors à communiquer, percevoir l'autre en même temps que soi-même : « Un regard « d'écoute », transmettant l'intérêt pour l'autre en même temps qu'une réflexion sur soi, sur ce que l'on perçoit, contribue largement à mon sens, à indiquer la voie de l'identification : être l'autre, sans cesser d'être soi. On retrouve ce parcours dans l'analyse de l'« enveloppe visuelle du Moi » analysée par G. Lavallée (1999). »<sup>877</sup>

---

<sup>876</sup> *Ibid.*, p.156.

<sup>877</sup> *Ibid.*, p.314.

G. Lavallée a en effet théorisé une *Enveloppe visuelle du Moi* bien utile à la compréhension de ce type d'échanges en insistant sur le champ perceptif et ses modalités de l'hallucinoire. Pour lui, perception et hallucination sont irrémédiablement liées. L'« hallucinoire de transfert » qu'il découvre est particulièrement utile à la lecture des échanges thérapeutiques se produisant dans les échanges non tempérés que j'ai observés avec les sujets traumatisés.

Lorsqu'il est en face à face, le patient voit le clinicien et, dans le même temps, exerce une activité d'*endoperception visuelle* pour « voir-dedans ») : « Ces deux activités relèvent du modèle de l'enveloppe visuelle du moi généralisé. »<sup>878</sup> Evidemment, lorsque le patient est allongé, c'est l'endoperception qui prime, le fait d'être privé de la perception visuelle « active » projection et hallucinoire se développant massivement dans le transfert. L'« hallucinoire de transfert » articule selon G. Lavallée l'intrapsychique et l'intersubjectif. Ce modèle pourrait d'ailleurs être lu sur mon schéma topique sur une zone de pli faisant joindre, dans le transfert, intrapsychique et intersubjectif dans un « nœud hallucinoire ».

Cette théorisation est tout a fait intéressante en ce qu'elle permet de lier perception et hallucination (cette oscillation pouvant également se lire sur mon schéma) et surtout de concevoir des phénomènes hallucinatoires perceptifs non pathologiques.

G. Lavallée rejoint ici les travaux de C. et S. Botella sur l'hallucinoire et la figurabilité.<sup>879</sup> Dans cet esprit, il parle d'un *continuum hallucinoire* assurant la continuité perception-représentation, cette continuité étant évidemment valable pour le patient comme pour ses thérapeutes.<sup>880</sup> Cet hallucinoire est organisé comme l'Enveloppe visuelle du moi.

Prolongeant la pensée d'A. Green et allant au-delà des propositions de C. et S. Botella (ne concevant qu'un hallucinoire positif), G. Lavallée écrit :

« Selon moi, l'hallucinoire positif se situe du côté des contenus, il donne de l'intensité à la présence des figurations perceptives ou endoperceptives, alors que l'hallucinoire négatif sert de contenant : il diminue la présence de ce qui est pourtant là. Et je décris comment l'hallucinoire négatif découle de l'hallucinoire positif, et de quelle façon ils se contiennent mutuellement dans une relation

---

<sup>878</sup> Lavallée (G.), *L'enveloppe visuelle du moi, perception et hallucinoire*, p.58.

<sup>879</sup> C. et S. Botella parlent d'un hallucinoire comme d'une qualité psychique permanente.

<sup>880</sup> G. Lavallée rappelle d'ailleurs que la neurophysiologie expérimentale prouve que les mêmes zones cérébrales sont activées par les perceptions, les représentations ou les hallucinations.

*homéostatique contenant-contenu : le destin de l'hallucinoire positif en excès est de se négativer pour former un contenant. »<sup>881</sup>*

Pour cet auteur, c'est l'hallucinoire qui fait fonction d'interface dans le modèle de l'Enveloppe visuelle du moi (comme la peau dans la modélisation d'Anzieu), cet hallucinoire qui peut faire écran (dans sa valeur négative) ou produire une liaison libidinale perception-représentation (dans sa fonction positive). Il y a toujours un *potentiel hallucinoire* pouvant être actualisé et mobilisé dans « *l'hallucinoire positif de transfert* » : « Tout patient aspire à trouver un objet de continuum hallucinoire pour élaborer ses traumas. »<sup>882</sup>

Pour avoir discuté de cette question avec G. Lavallée<sup>883</sup>, je crois cependant qu'il ne retient que l'aspect quantitatif pour qualifier ce continuum et n'envisage jamais la question de sa forme ou de sa nature. Il me semble pourtant intéressant, et c'est un des objets de cette thèse, de tenir compte de la forme prise par un tel travail. Cette forme renseigne sur l'atteinte traumatique.

Cette modélisation est intéressante et rejoint ma proposition soulignant l'intérêt de considérer, pour le traitement des expériences traumatiques, l'importance des aspects négatifs, d'une problématique des contenants, d'un dialogue perception/hallucination et du visuel. La schématisation de G. Lavallée décrit un système de boucles se renversant (on retombe sur un modèle proche de celui du ruban de Möbius) :

*« Ces échanges [entre pôles perceptif et représentatif] suivent un trajet pulsionnel réflexif long, qui véhicule un « quantum hallucinoire » de satisfaction. Ce trajet pulsionnel en forme de « S » se retourne deux fois sur lui-même. Il produit ainsi deux boucles contenant en « s'appuyant » sur un écran interface hallucinoire et négatif qui sert de pare excitation et de surface d'inscription. »<sup>884</sup>*

Ce modèle de l'enveloppe visuelle se fonde donc sur une relation contenant-contenu dans laquelle peut se transformer le quantum hallucinoire. G. Lavallée trouve dans l'analyse des états autistiques ou des psychoses infantiles des exemples d'éprouvés d'indifférenciation ou de continuité dedans/dehors, sujet/objet permettant d'étayer sa modélisation. L'un de ses

---

<sup>881</sup> Lavallée (G.), *Ibid.*, p.60.

<sup>882</sup> *Ibid.*, p.81.

<sup>883</sup> Communication personnelle et intervention lors d'un colloque organisé par le S.N.P., « Cliniques du regard », Saint-Etienne, 6 novembre 2009.

<sup>884</sup> *Ibid.*

exemples m'intéresse tout particulièrement. Je reprends ici une synthèse de l'exposé et des commentaires de G. Lavallée<sup>885</sup> :

Crevette est un garçon autiste surnommé ainsi par ses camarades et qui a fabriqué un dispositif *analogon* du modèle d'enveloppe visuelle du moi : terrorisé par le monde objectal, il parvient cependant à le regarder en l'investissant avec un matériel permettant de s'en protéger. Le matériel est le suivant :

*« Il met devant son œil droit et une partie de son œil gauche un papier rigide, grand comme sa main, sur lequel figure un dessin de personnages qu'il a inventés et qui ont une valeur de fétiche sécurisant. Avec ce qui lui reste du champ de vision de son œil gauche, il regarde le monde avec attention, mais en biais, sur le bord flou de son champ de vision. »<sup>886</sup>*

Crevette ne peut ainsi réduire psychiquement la perception visuelle trop brutale et intense pour lui, il le fait donc physiquement avec une grande créativité ; il démantèle (D. Meltzer, 1975) sa vision et donne à chaque œil une fonction différente. L'ensemble ainsi « tenu », presque « bricolé » reste supportable et investi de façon objectale et narcissique à la fois (dans la mesure de la pathologie de Crevette évidemment) :

*« L'œil droit de Crevette regarde un cache qu'il a créé : il se voit ainsi lui-même dans sa propre production graphique et produit un sentiment de continuité narcissique. Pendant ce temps là, l'œil gauche « démantelé » affronte seul l'impitoyable non-moi : le monde objectal. Pour affronter le monde avec cet œil gauche, dont il a déjà rétréci le champ, Crevette utilise la vision monoculaire, réductrice de la profondeur et la vision en biais, réductrice de netteté ! L'ensemble lui permet de tenir le non-moi à distance et de « faire écran » au pouvoir excitant traumatique de la perception. »<sup>887</sup>*

**Je fais l'hypothèse que ce même « bricolage inspiré », cette même créativité peut être développée au sein des entretiens en double écoute par les patients et ceci afin qu'ils puissent se confronter à leurs expériences traumatiques. Faute de pouvoir le faire de façon « totalement » psychique (bien que cette création ait une valeur psychique) ils fabriqueraient en se servant des deux psychologues cliniciens l'équivalent du cache de Crevette.**

---

<sup>885</sup> On trouvera le récit de ce cas dans *L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire*, p. 65-67.

<sup>886</sup> *Ibid.*, p.65.

<sup>887</sup> *Ibid.*

Si l'on relit avec attention les cas cliniques exposés, on y trouve nombre de procédés de ce type permettant de flouter l'un ou l'autre des psychologues (voire les deux), de les faire disparaître du champ visuel (comme Astrid qui ne voit plus Judith dans la plante verte ou comme Emilie qui ne parle qu'à l'un ou l'autre des cliniciens en tournant la tête pour, de fait, faire disparaître l'autre de son champ de vision), de les regarder de biais (comme Betty)... Ces patients réduisent les psychologues, les cadrent, les réfléchissent ou se laissent réfléchir différemment comme pourrait le faire un appareil photographique. Ils le font parce que tout percevoir visuellement des psychologues reviendrait à tout percevoir de leur expérience traumatique mais que celle-ci, justement parce qu'elle est traumatique, ne peut pas être appréhendée dans sa totalité.

Les patients le font alors fragment par fragment en cadrant, zoomant, floutant ou occultant ce qui, des psychologues et de l'espace thérapeutique, les renvoie à leur expérience, tout au moins à ce qui, de leur expérience traumatique, n'est pas encore articulé à l'ensemble de leur psyché, leur infirmité en fait.

D'une certaine façon, le dispositif en double écoute permet au patient traumatisé de diffracter, démanteler, voir d'un œil le monde interne, de l'autre le monde externe (en introduisant ce que G. Lavallée appellent des « perceptions-écran »). En faisant ceci, ces patients nous montrent « en creux » ce qu'ils ne peuvent encore percevoir psychiquement. Il revient au transfert de traiter le déploiement de cette infirmité et en quelque sorte d'articuler les enveloppes perceptive et endopsychique des patients.

La vision est un sens particulier et le dispositif en double écoute est très adapté à son déploiement. Comme le remarque G. Lavallée, elle est un sens non réflexif du point de vue physiologique (contrairement au toucher). Cet auteur nous parle ainsi de Marius, souffrant d'une grave psychose infantile, et qui réclame un frère jumeau pour se voir : « Effectivement, nous disposons tous d'un double jumeau interne pour nous autopercevoir, sans pour autant avoir besoin d'un frère jumeau devant nos yeux ! Il existe en effet, normalement, au sein du moi, une structure de son dédoublement au-dedans, et de son redoublement au dehors, incluant des liaisons réflexives. Nous disposons ainsi de deux espaces de réflexivité interne et



externe différenciés et reliés. Ce double espace, dédoublé et redoublé est « décorporé » mais pulsionnalisé, il permet de se penser-pensant, au-dedans, et de se voir-voyant au dehors. »<sup>888</sup>

Selon moi, le traumatisme empêche la création de ce double espace, les patients traumatisés ont, comme Marius, besoin d'un jumeau externe. Dans le dispositif, le jumeau est incarné par le couple de cliniciens qui lui-même diffracte potentiellement l'interne et l'externe.

Le traumatisme rend le sujet démuni, dépourvu de cette *structure dédoublée du moi*, ils ont besoin des psychologues pour se voir-voyant au dehors et se penser-pensant au-dedans. Le couple thérapeutique permet d'engager cette réflexivité. Ces patients peuvent envoyer au dehors des pans de leurs expériences traumatiques, mais ils n'arrivent que rarement à se les réapproprier, ils ne les voient pas et ont besoin des psychologues pour ce retour réflexif visuel.

Ces derniers constituent donc une sorte d'enveloppe pouvant les contenir puisque leur mouvement pulsionnel ne peut se retourner sur lui-même, s'appuyer sur un écran hallucinatoire négatif afin de constituer le dehors et le dedans. Au fur et à mesure que le patient parviendra à construire son expérience traumatique, à l'articuler à sa psyché, les deux thérapeutes s'effaceront au-dehors et seront introjectés au-dedans. Une fois le traumatisme symbolisé là où il peut l'être, le patient partira avec son expérience introjectée.

Ces moments de symbolisation commune sont nombreux (j'en ai souligné quelques uns dans l'exposé de mes cas cliniques) et, lorsqu'ils se produisent, permettent sans doute d'effacer le psychologue, de l'halluciner négativement. Je crois avoir décrit un tel mouvement avec Jody lorsque nous découvrons ensemble le Dormeur du Val dans son dessin et son père mourant par la même occasion. A ce moment s'efface je pense le psychologue que je suis (mais parce qu'il a été très présent authentiquement, dans un moment intense de partage) pour laisser place à une représentation, autrement dit afin que Jody introjecte cette expérience. L'écran ferme psychiquement le pôle perceptif et produit une figuration, une représentation interne : « un écran psychique hallucinatoire négatif pare-excitation et surface d'inscription » (G. Lavallée) s'est en partie créé.

---

<sup>888</sup> *Ibid.*, p.68.

On aura bien compris mon insistance sur la question du partage affectif dans le traitement des expériences traumatiques. C. Balier évoque aussi, concernant la prise en compte de recours à l'acte non directement accessibles au transfert, cette nécessité d'un partage affectif pour « reconsidérer l'acte », lui donner sens.

Le partage du regard a peut-être été quelque peu déconsidéré en psychanalyse (par la présentation du dispositif divan/fauteuil comme paradigme, excluant de fait ce partage durant l'essentiel de la séance). On y a souvent associé l'idée d'une emprise ou d'une séduction. Mais les regards sont aussi fondateurs du développement de la psyché et, dans certains cas, des thérapies. Le regard habille, humanise et ne dévêt pas forcément ; il ne fait pas qu'intruser ou pénétrer, il contient et réfléchit. Il n'y a pas que les victimes qui refusent de voir le regard de leurs agresseurs, ces derniers ont parfois aussi beaucoup de mal à supporter les yeux de leurs victimes, simplement parce que leur regard rappelle « en abyme » l'humanité.

L'expressivité du regard du clinicien doit être rétablie, notamment dans ce type de problématique, C. Parat ou S. Ferenczi en ont donné de beaux exemples. J'ai je crois également montré à quel point ces patients peuvent souvent traquer l'expressivité de nos visages. La longue thérapie d'Astrid en a donné de nombreux exemples.

La cothérapie donne l'occasion au sujet d'user du dispositif pour créer une continuité, le patient gardant un contact visuel avec les psychologues et donc avec son expérience traumatique en s'appuyant sur la souplesse de la cothérapie. Un psychologue et le pan de l'expérience qui va avec peuvent bien être floutés, vus de biais, déformés ou même rejetés visuellement puisqu'il en reste un second assurant la continuité du contact perceptif et donc du contact avec le traumatisme, en attendant qu'une introjection ait lieu.

Comme je l'ai déjà souligné dans l'étude de la « solution hallucinatoire » au traumatisme, les procédés d'hallucination négative sont facilités parce que la présence des psychologues est double. Cette particularité est remarquable dans ce dispositif :

« (...) l'hallucination négative de la mère et transférentiellement de l'analyste, s'effectue en sa présence, pas en son absence, et c'est tout le problème du dispositif divan/fauteuil. Dans le dispositif classique l'analyste n'est présent perceptivement que quand il parle, il est donc très difficile au patient de reconstituer l'écran si le processus de l'hallucination négative de la mère n'est pas structurellement bien intégré.

*En vis-à-vis l'analyste redevient un miroir hallucinatoire positif. A lui de créer de la continuité hallucinatoire perceptive si nécessaire et quand c'est nécessaire, pour permettre son hallucination négative par le patient.*

En vis-à-vis, c'est donc spécifiquement le « sentir-avec » empathique, dans la mimésis primaire et son accordage affectif et rythmique, qui mobilise le potentiel originel hallucinatoire fourvoyé du patient, pour permettre sa transformation. »<sup>889</sup>

Les cliniciens comme d'ailleurs le cadre et le dispositif proposés auraient donc une fonction spéculaire en assurant une réflexion du patient et de son expérience. Le miroir proposé par les deux thérapeutes serait ainsi articulable en son milieu, orientable différemment par le patient, ce qui faciliterait son accès à une réflexivité. Le sujet traumatisé pourrait voir telle ou telle partie de lui-même et de son expérience, non pas déformée mais relativement indépendamment du reste bien qu'articulée à l'ensemble.

La scène visuelle des entretiens en double écoute se présenterait donc en partie sous la forme d'un miroir réflexif et articulable, un peu comme un tryptique réflexif dont le patient pourrait déplacer ou refermer l'un ou l'autre des volets. Il pourrait même rabattre l'un des volets pour voir dans celui-ci le reflet de l'autre partie de la scène. C'est ce qui se passe lorsqu'un patient parle par exemple à Judith en me regardant du coin de l'œil ou me parle en me demandant de faire « la traduction » de ce que dit l'autre thérapeute (comme Astrid).

On se demande souvent ce que le sujet autiste voit, on pourrait aussi se demander ce que le patient traumatisé voit. On trouverait sans doute que sa vision manque de profondeur, qu'il a du mal à focaliser, cherche son image spéculaire... Sa façon de regarder et de se voir n'est peut-être pas sans rapport avec ce que l'on peut observer dans les problématiques autistiques.

Il est certain en tout cas que le sujet voit mal son expérience traumatique, se voit mal avec son expérience traumatique. Ce manque de réflexivité sur son expérience (on définit souvent le traumatisme comme dépassant les capacités de symbolisation du sujet, on pourrait aussi dire que tout traumatisme déborde ses capacités de réflexivité) fait qu'il « se voit » très mal.

---

<sup>889</sup> *Ibid.*, p.79.

R. Roussillon décrit la réflexivité comme un processus se déroulant sur plusieurs niveaux et modalités : le sujet doit d'abord se « sentir » (« s'auto-affecter des motions pulsionnelles et des affects qui le parcourent (...) »<sup>890</sup>) avant de « se voir » lui-même :

« (...) c'est-à-dire être capable d'être à la fois là où il est, donc centré, et en même temps se considérer du point de vue de l'autre, donc à distance et en saisissant le lien et la forme qui le réunissent et le séparent de l'autre. »<sup>891</sup>

Il me semble que le dispositif en double écoute que je devrais plutôt appeler *en double regard* facilite l'accès à cette réflexivité.

Dans le jeu peu souple qu'impose le traumatisme entre les objets internes et externes, entre la représentation et l'objet, le couple thérapeutique et son face à face offrirait une proposition de relations évitant la destruction ou l'engloutissement. La zone traumatique, peu habituée aux échanges tempérés (et donc à l'ambivalence et à la conflictualité) trouverait alors dans l'espace thérapeutique à trois et en face à face un déploiement plus symbolisant :

« A l'état modéré, de tels processus restent « contenables » dans le dispositif divan-fauteuil, ils peuvent même être le signe qu'une zone traumatique est appelée dans le transfert, mais parfois leur intensité est telle qu'ils débordent le champ de la cure (...) C'est dans ces cas-là que le face-à-face psychanalytique me paraît être particulièrement pertinent, dans la mesure où il offre un surcroît d'appui perceptif à la secondarité grâce à la protection duquel une certaine reprise d'activité psychique va être rendue possible. »<sup>892</sup>

Si l'on suit la pensée de R. Roussillon, on pourrait penser que la présentation massive de deux psychologues comme objets très externes, très présents perceptivement, permet au patient de vérifier « objectivement » que ces mêmes objets peuvent s'absenter. L'« épreuve d'actualité » (une variante de l'épreuve de réalité selon Freud, 1915) se développe ainsi, fondée sur ces aspects perceptifs ; le sujet peut assouplir le jeu entre la représentation d'objet et l'objet.

---

<sup>890</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.8.

<sup>891</sup> *Ibid.*

<sup>892</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.63.

Cet auteur parle d'une véritable *relance de la fonction réflexive* grâce à l'étayage perceptif du face-à-face :

« Le face-à-face, si l'on prend soin de conserver une attitude contre-transférentielle *ad hoc*, offre alors la possibilité d'intensifier la fonction « miroir » de la relation, fût-elle miroir en négatif. [...] dans le face-à-face s'ajoute, de manière plus directe, la perception concrète de la manière dont on est vu ou senti par l'autre, et celle de l'histoire de la manière dont on n'a pas été entendu, vu ou senti par les objets de référence, ou mal entendu, vu, senti par ceux-ci. »<sup>893</sup>

R. Roussillon rappelle très judicieusement que le dispositif divan-fauteuil « économise » cette question alors que le face-à-face permet aux sujets ayant besoin de ces aspects intersubjectifs de « lire » les mouvements contre-transférentiels plus facilement puisque ceux-ci sont en partie « trahis » par ce que les psychologues offrent à leur vue. C'est ainsi qu'il remarque que le face-à-face engage la question de l'« épreuve de contre-transfert », le corps pouvant difficilement mentir et montrant quelque chose des affects du thérapeute.

J'ai vraiment beaucoup montré je pense la façon dont tous les patients dont j'ai parlé dans cette thèse percevaient avec finesse et attention les réactions des psychologues, les percevaient pour s'en servir, en parler et se percevoir eux-mêmes. Cela rejoint évidemment également tout ce que j'ai pu dire de l'insuffisance du traitement uniquement verbal de ce type d'expériences.

Freud explicitait la règle fondamentale en invitant le patient à décrire la vision d'un « paysage intérieur » et ceci est particulièrement utile dans la clinique du traumatisme où les patients s'appuient beaucoup sur la perception visuelle. On peut d'ailleurs voir un indice clinique de la présence d'une expérience traumatique dans cette observation :

« Le passage à une pensée qui a trop basculé dans la sphère visuelle signale d'ailleurs l'existence d'une zone traumatique dans la capacité d'être seule en présence de l'autre. La situation tend à basculer du côté de l'hypnose. »<sup>894</sup>

Comme dans le rêve, l'appareil psychique tend alors à devenir un appareil optique.

---

<sup>893</sup> *Ibid.*

<sup>894</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.179.

L'insistance sur la perception visuelle et son impact, l'idée d'un face à face avec l'expérience traumatique ne renvoient en rien à l'abandon de la méthodologie psychanalytique. Les entretiens en double écoute s'inscrivent dans le cadre d'un dispositif psychothérapeutique que je pense adapté au traitement des expériences traumatiques, notamment de nature sexuelle.

C. Janin, situant « la ligne de partage des eaux » entre cure psychothérapeutique et cure psychanalytique au niveau de *la potentialité d'expérimentation des virtualités de modification de l'objet*, cite judicieusement B. Brusset :

« La question est de savoir si le mode de communication avec l'autre, qui facilite la communication avec soi-même et l'inconnu en soi-même, passe ou non par la perception de l'interlocuteur en face à face, la fonction sur soi de la perception de l'autre et son regard sur soi, et pas seulement de ses oreilles. »<sup>895</sup>

Il s'agit bien en effet d'une question qu'il faut constamment se poser, en sachant que le clinicien peut se laisser toucher par le regard, permettant ainsi ensuite au patient de se laisser « toucher » de l'intérieur. Le face à face permet probablement de faire une expérience qui fait souvent défaut aux patients traumatisés, expérience où ils sont tenus (holding).

La situation parfois très inconfortable et risquée acceptée par les cliniciens, celle d'être vus voyant le patient, implique une vigilance importante ; elle complique considérablement le site analytique en y ajoutant des paramètres obligeant à être attentif notamment à tous les phénomènes d'influence. Il est des situations où cela est cependant la meilleure indication. Le patient traumatisé porte difficilement un regard sur lui et ne pas le voir entrerait en collusion avec sa problématique.

Accorder autant d'importance au regard ajoute une complexité au contre-transfert. Les psychologues sont en effet dans l'obligation d'être plus vigilants quant à ce qu'ils montrent et perçoivent d'eux-mêmes ; ils peuvent également user de leurs attitudes corporelles pour aider aux interprétations ou aux constructions auprès de leurs patients, sans que ces dernières deviennent cependant des systèmes ou codes corporels systématiques.

---

<sup>895</sup> Brusset (B.), Revue Française de Psychanalyse, n°3, 1991, cit. in Janin (C.), « Tout analyser » : quel cadre ? », p.1053.

## 4-3-4 La scène primitive, les parents combinés, le couple mixte/gémellaire

Le couple des thérapeutes est donc appréhendé de façon complexe par le patient. Il est impossible ici d'en retracer toutes les représentations possibles, j'ai fait de nombreuses fois allusion à la façon dont les sujets voyaient les cliniciens.

Astrid par exemple ne verra pendant des années qu'un « bloc » allant dans le décor de la séance avant de nous différencier peu à peu : les « quatre z'yeux » ou les deux paires d'yeux clignotants et seulement visibles sur le fond du mur blanc sur lequel nous sommes adossés laisseront peu à peu place à la perception de psychologues différenciés.

Comme les bouleversements topiques (consécutifs aux effondrements de contenants) provoqués par le traumatisme sont importants, le dispositif plus « étendu et souple » des entretiens en double écoute va permettre d'attirer toutes les propriétés *indécidables* de l'expérience.

Comme le remarque R. Roussillon<sup>896</sup>, même le fantasme de scène primitive, pourtant forme majeure de l'organisation de l'inconscient secondaire, comporte une part d'indécidabilité, celle de l'origine. Dans ce fantasme, le sujet assiste à sa propre conception : « L'origine du sujet est ainsi mise en position paradoxale, il est déjà là au moment de sa conception. »<sup>897</sup> Le sujet est à la fois au milieu des parents et en « observateur tiers », comme dans tout fantasme, le sujet peut y occuper toutes les places :

*« Le fantasme originaire de la scène primitive conjoint en une même figure engendrement par le couple et auto-engendrement (...) »<sup>898</sup>*

Ce fantasme est fréquemment à l'œuvre dans le dispositif de cothérapie (l'imago parentale réactivée par le couple dans une situation traumatique d'agression sexuelle ayant

---

<sup>896</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*.

<sup>897</sup> *Ibid.*, p.170.

<sup>898</sup> *Ibid.*

elle-même entraîné la consultation thérapeutique l'explique évidemment en partie) mais il ne faut pas toujours y lire une « version » oedipienne très avancée. Au contraire, il est souvent une façon de déployer la question de l'indécidabilité de l'origine –du sujet et de son expérience traumatique- mais aussi la destructivité mise en branle par son expérience.

Considérant le comportement de l'exhibitionniste jouant un rôle d'homme en se montrant mais aussi un rôle de femme en retournant la passivité (ces deux positions découlant de celle du voyeur, comme l'avait proposé Freud), C. Balier remarque :

« Autrement dit il met en scène la scène primitive, en s'incluant dedans, ce qui est façon d'échapper au sentiment d'exclusion confinant à l'anéantissement que ressent l'enfant à l'écart des ébats parentaux. Mais en même temps son geste est destiné à figer la scène. Il semble donc que nous retrouvions là une constante inhérente au fondement même de l'acte pervers : figer la scène primitive, non seulement au niveau des contenus du scénario, mais également au niveau des processus qui permettraient des constructions fantasmatiques. »<sup>899</sup>

Si le dispositif en double écoute attracte autant les imagos parentales que le fantasme de scène primitive, il faut prendre garde à ne pas aller trop vite dans l'interprétation de ce qui est observé : le « plus » de réel et d'extériorité offert par la présence des deux psychologues peut aussi permettre au patient de rester accroché, figé à ce réel sans envisager un seul moment d'en fantasmer la scène de façon organisatrice.

Le « coït » parental dont il est question est souvent une scène chaotique, violente et destructrice ; la position de « tiers » occupée par le patient s'approche plutôt de celle d'un abandon terrible ou d'une excitation incompréhensible et immaîtrisable. Je crois qu'il faut souvent se méfier d'une lecture trop oedipienne ou trop organisatrice de ce fantasme (qui peut alors être ante-oedipien, voire anti-oedipien), qui peut parfois seulement (mais c'est déjà beaucoup !) être le déploiement d'un pan de l'expérience traumatique du sujet, sans réel possibilité créatrice.

---

<sup>899</sup> Balier (C.), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, p.136.



Les « parents combinés » évoqués par M. Klein (1932) évoquent une figure extrêmement persécutrice qui représente les parents unis dans une relation sexuelle désastreuse et aux potentialités destructrices. Dans cette configuration, les parents ne sont pas « harmonieusement combinés » (S. Resnik, 1986, 1994, 1999) pour articuler sainement fonctions paternelle (la verticalité, la fermeté...) et maternelle (l'horizontalité, la contenance...). Les parents combinés ne sont pas organisateurs des éléments de la psyché, ne proposent ni enveloppe ni verticalisation, ils ont un rapport trop étroit avec l'informité pour pouvoir l'organiser. Cette figure est néanmoins très souvent activée par le dispositif, dans un premier temps le plus souvent.

A. Brun fait des observations similaires en ce qui concerne les groupes thérapeutiques avec des enfants qui peuvent aller jusqu'à provoquer d'importants conflits entre les thérapeutes, conflits révélés dans l'analyse de l'intertransfert pendant la supervision. Selon elle, un fantasme archaïque de parents combinés, fantasme sadique, vient alors traiter un fantasme de scène primitive très destructive et anxiogène.

Bien entendu, les progrès thérapeutiques peuvent contribuer à l'apparition de « parents harmonieusement combinés » ou « parents combinés structurants » (S. Resnik, 1994) qui renvoient alors à une contenance, une fonction parentale plus organisatrice :

*« J'appelle l'ensemble maison-contenant et colonne centrale, « les parents combinés structurants » en opposition à l'image des parents « combinés persécuteurs » décrite par Mélanie Klein. (...) La bonne internalisation des fonctions paternelle et maternelle est très importante, si ces fonctions arrivent à se conjuguer dans le monde intérieur : l'une apporte une fonction de contenant, l'autre une fonction organisatrice. »<sup>900</sup>*

Lorsque le patient en arrive à ce point, il peut s'adresser au clinicien et interagir avec lui d'une façon particulière, différente de ce qu'il fait avec l'autre psychologue. Il est alors également possible que le patient arrive à mettre en lien les deux thérapeutes (comme lorsque Astrid me demande de traduire les paroles de Daphnée). Comme le remarque A. Brun à propos des groupes d'enfants, il est aussi nécessaire, pour que le patient fasse cette expérience, que les deux psychologues se parlent entre eux. Il ne s'agit pas d'avoir des secrets entre

---

<sup>900</sup> Resnik (S.), 1994, Espace mental. Sept leçons à l'université, Ramonville Saint-Agne, Erès. Cit. in Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, p.81.

psychologues mais plutôt de parler à voix haute devant le patient, comme des parents impliqués pouvant construire une « parentalité thérapeutique » (Rosenfeld, 1987).

Dans notre dispositif, cette pratique est fréquente et n'est d'ailleurs pas toujours possible ni souhaitable dans les premiers temps thérapeutiques (pouvant être vécue comme une trop grande connivence par le patient, un déinvestissement). Lorsqu'elle se fait, j'observe fréquemment que le patient est extrêmement attentif à nos échanges, comme s'il regardait une parentalité en œuvre pour pouvoir ensuite l'introjecter.

Ainsi, très fréquemment, nos patients nous perçoivent bien comme un couple, s'interrogent sur ce que nous faisons ensemble avant, pendant et après la séance, sur le « genre » d'activités entretenues avec ou sans eux. Mais cela est souvent l'occasion de traiter des parties clivées de l'expérience : le « couple thérapeutique » et le patient ne sont pas toujours sur la même scène... Dans les expériences traumatiques, le couple de thérapeutes est rarement très différencié mais représente souvent un couple primitif condensant père et mère

A l'inverse, d'autres patients sont « trop » dans la scène pour qu'elle puisse être fantasmée. Trop excités par le couple des thérapeutes, comme s'ils observaient de trop près le coït parental. De façon traumatique et dans une violente séduction, la situation :

*« (...) confirmera paradoxalement à l'enfant soit sa radicale exclusion, soit son inclusion totale, dans les deux cas, la topique interne se désorganisera, plaçant hallucination et perception en position d'indifférenciation. »<sup>901</sup>*

Il est très clair que les progrès de ce type de thérapie se lisent aussi dans la façon dont les patients parviennent à « la capacité d'être seul en présence du couple » (R. Roussillon, 1987) :

*« Cette capacité me paraît être la « matrice interactionnelle » -interaction paradoxale dans la mesure où précisément, la présence en face de l'autre n'implique pas une interaction effective mais une rêverie ou une activité parallèle conjointe/disjointe- de l'organisation du fantasme originaire de scène primitive, expérience étayante de sa construction « transitionnelle ». »<sup>902</sup>*

---

<sup>901</sup> *Ibid.*, p.171.

<sup>902</sup> *Ibid.*, p.172.

C'est lorsque cette expérience est possible, lorsque par exemple Astrid arrive apaisée à supporter que Judith et moi nous regardions ou nous parlions « en l'oubliant un peu » mais sans ni l'exciter ni la délaisser que des progrès se font sentir. En fait, dans ce dispositif, un indice clinique majeur de l'appropriation de l'expérience traumatique se relève lorsque le patient peut supporter de laisser chacun avec lui-même (R. Roussillon) et, c'est là l'originalité du dispositif, les deux autres ensembles, sans lui mais pas contre lui.

La perception du couple thérapeutique prête donc souvent à la projection d'éléments plus confus. On a bien vu dans toutes les thérapies dont j'ai parlé à quel point l'organisation oedipienne n'était pas toujours à l'œuvre. Les fantasmes d'auto-engendrement sont ainsi fréquemment développés (D. Anzieu, P.C. Racamier) où chacun devient la mère de l'autre, comme des perceptions « gémellaires » des sujets : les deux thérapeutes peuvent ainsi être appréhendés comme des jumeaux imaginaires, unisexes ou asexués.

Lorsqu'une des nos patientes par exemple nous regarde en souriant (sans ironie mais avec une certaine naïveté) pour observer : « *Comme vous êtes mignons, on dirait deux petits oiseaux dans leur nid, comme si vous vous étiez toujours connus, vous vous connaissez depuis longtemps, on dirait que vous vous comprenez sans parler ?* », on peut y lire ce type de fantasmes. Ils sont aussi visibles lorsque, très fréquemment en début de thérapie, le patient n'opère quasiment aucune différenciation entre chaque thérapeute : Astrid qui nous voit « en bloc » ou encore Geoffrey, cet enfant de dix ans qui pendant de longs mois appellera Judith avec mon patronyme et moi avec le sien, mélangeant même parfois « Monsieur » et « Madame » (cette confusion évoluera peu à peu vers un « jeu » qui permettra une réelle différenciation avant d'être définitivement abandonné).

On peut je pense assez souvent interpréter ces réactions comme l'expression de l'illusion fondatrice gémellaire, un couple de *thérapeutes-parents-jumeaux imaginaires asexués* présentant suffisamment d'intimité psychique pour le patient pour qu'il le considère comme unifié (les patients se mettent alors à parler indifféremment à l'un ou l'autre des thérapeutes, pensant que nous avons les mêmes goûts, que nous communiquons en pensée...).

Cette illusion gémellaire (teintée d'incestuel) a d'évidence un intérêt pour mettre le sujet à l'abri des conflits (comme les « petits oiseaux dans leur nid »). La différence des sexes n'est évidemment pas chose acquise et constitue toujours un indice clinique important dans ce dispositif (comme dans tout autre) lorsqu'elle est perceptible.

D'autres imagos sont évidemment à l'œuvre dans ce dispositif, il n'est pas possible d'en faire ici l'inventaire. Je retiens cependant la fréquente mise en évidence d'une imago maternelle archaïque plaquée sur le couple des thérapeutes, avec des aspects plutôt familiaux ou même gémellaires, et qui fonctionne en biface : l'une des faces assume la fonction de procréation continue (comme si les thérapeutes engendraient constamment le patient), l'autre fonctionne en avortement perpétuel (comme s'ils le tuaient « dans l'œuf »). L'advenue de l'expérience traumatique (ou la naissance du sujet) peut alors être fantasmée comme un avortement, c'est pour cela que cette mère archaïque constituée par le couple thérapeutique doit constamment reconstituer, recréer le patient. En attaquant ou disqualifiant « en bloc » et de façon indifférenciée les cliniciens, le patient affronte quelquefois une imago maternelle incestuelle et tyrannique ; Judith et moi, Daphnée et moi sommes alors transformés en despotes.

D'autres conceptions des thérapeutes avec un *corps commun* sont souvent mises en œuvre dans le dispositif, dans des variantes laissant plus ou moins place à la destructivité du patient (l'hydre à deux têtes, la mère archaïque...). D. Anzieu a bien étudié la variété des fantasmes d'une partie de peau commune dans les couples ou les groupes thérapeutiques. Il rappelle également que l'organe fantasmé commun ne se limite pas à la peau ou encore à la tête mais que d'autres organes (le poumon, une jambe...) peuvent entrer en résonance, avoir une similitude de rythmes. Cette impression est assez fréquente et l'on peut en trouver plusieurs exemples dans les thérapies ; D. Anzieu cite S. Beckett et son récit *Le dépeupleur* (comme je l'ai fait longuement en début du chapitre 4 de cette thèse) pour donner l'exemple de la résonance d'un corps commun (composé de dizaines d'habitants d'un cylindre dans cette œuvre magistrale).

Il est en tout cas indispensable de rappeler, aussi évident que cela paraisse, que le fait d'être trois n'attire évidemment pas uniquement l'organisation d'une problématique oedipienne. La mégalomanie, l'omnipotence, les aspects ante- ou anti-oedipiens, anti-originaires se distribuent aussi sur le dispositif. L'incestualité peut y être à l'œuvre et l'équivalent d'une scène primitive non symboligène s'y développer.

J.P. Caillot<sup>903</sup> décrit ainsi de nombreux processus défensifs mettant en œuvre ce qu'il nomme de façon un peu complexe « fantasmes-non-fantasmes d'auto-désengendrement » du type « le dinosaure n'a pas de parents ». Dans ce type de fantasmes, le sujet se désengendre (il n'a pas de parents) et s'auto-engendre (il est à l'origine de lui-même) ; ces organisations ante-oedipienne sont évidemment à l'œuvre dans le déploiement des expériences traumatiques et luttent contre toute tentative de différenciation ; La séduction narcissique est alors de mise dans une position narcissique paradoxale (J.P. Caillot, P.C. Racamier, B. Grunberger) devant un couple thérapeutique dont la visée reste cependant d'offrir (avec le plaisir de travailler ensemble) l'expérience d'un couple investissable par un tiers.

P. Fédida soutient aussi que l'analyste est souvent fantasmé comme un *mur derrière lequel on ignore ce qui se passe*, notamment lors du début de la thérapie,

« (...) comme si l'installation de la cure était congruente à un scénario ancien de scène primitive dont l'essentiel tiendrait au mur. »<sup>904</sup>

S'il fait ici plutôt référence à la cure analytique, il me semble que l'on peut retrouver cette observation dans la clinique que j'ai recueillie : l'exemple d'Astrid nous confondant avec le mur de la salle d'entretien, ne distinguant pas Judith de la plante verte, nous hallucinant négativement fréquemment ou ne voyant que nos « quatre z'yeux » clignotant sur un fond blanc est assez significatif, d'autant que cette période s'accompagne de questionnements incessants et d'allure intrusive sur la vie personnelle des thérapeutes et du couple thérapeutique. Comme s'il s'instaurait à cette occasion un arrière-plan de la scène primitive non encore élaborée :

« La sensation aux mouvements dans le silence, la sensibilité à la voix dans la parole, l'attention vigilante aux moindres bruits donnent toute la signification acoustique de l'arrière en relation aux excitations corporelles diffuses. [...] Je me suis aperçu que cette organisation de la situation analytique conformément au scénario fantasmatique auto-érotique de la scène primitive se maintenait tout au cours de l'analyse et que ses modifications et transformations progressives éclairaient singulièrement la dimension auto-érotique du transfert. »<sup>905</sup>

---

<sup>903</sup> Je reprends ici certaines des propositions évoquées dans ses interventions autour d'une table ronde lors d'un Congrès National de Psychanalyse Groupale et Familiale : « Reconnaître et traiter la souffrance du bébé dans la famille », les 15 et 16 octobre 2005 au Centre Chaillot-Galliéra, Paris.

<sup>904</sup> Fédida (P.), *L'absence*, p.301.

<sup>905</sup> *Ibid.*, p.302.

## 4-4 Intérêts du dispositif

S. Ferenczi avait bien compris que l'expérience traumatique devait être partagée pour pouvoir être élaborée, la solution est donc aussi intersubjective. La présence de deux psychologues dans le dispositif comme élément constitutif du cadre thérapeutique offre une étendue d'objets, d'appuis et de liens permettant au patient de déployer son expérience.

Ce setting particulier souligne aussi le confort d'être deux face à de telles expériences, deux à supporter et élaborer le trauma. Je rappelle d'ailleurs que ce dispositif a d'abord été pensé pour cela.

Cette psychodramatisation de la position du double est de plus en plus souvent utilisée dans le traitement des pathologies où les possibilités de subjectivation sont gravement atteintes. Dans le traitement des enfants ou adolescents hyper-violents par exemple les enveloppements très serrés (pack) sont le plus souvent faits par deux personnes, les thérapeutes s'allongeant parfois à côté du patient enveloppé, ce travail en côte à côte permettant aussi une formulation des éprouvés. Comme s'il fallait reconstituer à un niveau quasi corporel des accordages primitifs manqués.

L'inconscient est l'hypothèse constitutive de la psychanalyse, sa connaissance par l'intermédiaire d'un dispositif également. Le développement de dispositifs psychanalytiques autres que ceux directement issus du modèle de la cure-type participe régulièrement à changer la représentation de la psyché. Parfois soupçonnés de fourvoyer les apports de la psychanalyse, ces dispositifs ont cependant l'intérêt de complexifier la conception du sujet et des processus de subjectivation.

Les propos de J. Lacan sur l'obscénité des effets de groupe, ajoutés à une certaine idée d'une supposée dilution du transfert dans tout dispositif comprenant plus d'un thérapeute et un patient ont largement contribué à semer le doute sur ces propositions thérapeutiques. Il revient à la clinique d'en démontrer le contraire, cette thèse en porte en partie l'ambition.

R. Kaës a bien rappelé que toute innovation renouvelle les conceptions métapsychologiques. Le dispositif que je propose concernant le traitement des expériences

traumatiques n'est évidemment qu'une proposition souhaitant souligner certains intérêts dans l'approche thérapeutique du traumatisme et, du même coup, permettant de mettre en évidence certaines particularités de cette clinique. Ce dispositif est fondé sur une hypothèse au moins, qui revient à penser que la solution à l'élaboration de l'expérience traumatique n'est pas seulement intrapsychique mais aussi intersubjective. Cette hypothèse est bien entendu très clairement exposée dans tous les travaux de R. Kaës.

Cet auteur souligne ainsi que le dispositif est un artefact, une construction, un arrangement qui semble le plus approprié au but thérapeutique, il est ordonné aux exigences de la méthode psychanalytique. La méthode est l'invariant mais le dispositif qui en procède accepte des variations ajustées aux particularités de la clinique.

Je pourrais ici reprendre les caractéristiques morphologiques du dispositif psychanalytique de groupe exposées par R. Kaës<sup>906</sup> pour décrire la cothérapie :

- *Les deux thérapeutes sont imaginativement placés en position de fondateurs du groupe* ; cette précession des cliniciens permet de travailler la question des origines et influe sur la question transférentielle.
- *La pluralité* (deux psychologues et un patient), la présence simultanée de plusieurs personnes induit une *combinatoire relationnelle complexe* où chacun est pour chacun un objet d'investissements pulsionnels, de représentations, d'affects pouvant entrer en résonance ou dissonance.

Cette pluralité provoque des effets d'angoisse, de co-excitation mutuelle, de débordements ou de faillites pouvant être traumatogènes si le dispositif en double écoute est insuffisant dans ses capacités de pare-excitation.

Mais il existe un rapport constant entre les composantes intra-psychiques du pare-excitation et les composantes intersubjectives des liens dans ce groupe à trois. Il existe des contenus inconscients communs partagés. Certains mécanismes de défenses sont

---

<sup>906</sup> Recherches en psychanalyse, cycle de quatre conférences organisées par le Groupe Lyonnais de Psychanalyse, « Devenir sujet dans le groupe ». « Sujet du groupe, sujet de l'inconscient. Emergences d'une question », 14-04-2005, Salle Molière, Lyon. Je reprends ici les propositions de R. Kaës mais en les transposant de la situation de groupe à celle de la psychothérapie en double écoute.

mis en place dès les premiers moments de la thérapie, également constitutifs du lien du groupe.<sup>907</sup> Le lien est aussi possible à ce prix, le refoulé pouvant faire retour dans les modalités des transferts ou des associations par exemple.

Contenir ces angoisses permet de soutenir de nouvelles liaisons intrapsychiques afin de contenir la réalité psychique décomposée dans le dispositif en double écoute.

La *polyphonie des discours*, l'interdiscursivité créent la possibilité que les trois agents de la scène thérapeutique développent des *points de nouage* (R. Kaës), une chaîne associative groupale et une chaîne associative individuelle, des axes synchronique (la parole et la gestuelle par exemple) et diachronique (le discours se développant au fil des entretiens).

J'ai beaucoup insisté sur ce point, les zones de plis de mon modèle servent aussi à rendre compte de ces points de nouage. Le processus associatif est donc plus complexe que celui proposé par la cure, il offre un mode d'écoute particulièrement intéressant.

- *Le face à face* induit une sensorialité particulière. Je crois avoir montré que la vision était surinvestie, le regard sur le traumatisme ouvre ces possibilités de déploiement. R. Kaës a proposé des groupes dos à dos ou une autre sensorialité pouvait être investie (l'odorat, le son...). Un des intérêts de ce dispositif est de mettre en avant les enjeux spéculaires dans le traitement des expériences traumatiques.

Le couple des deux psychés est une structure d'appel : il existe ainsi des emplacements prédisposés dans cet espace où peuvent venir se traiter les éprouvés du sujet et en particulier les éléments de son expérience traumatique. De la même façon que dans un groupe certains sujets peuvent incarner certains objets ou instances (le héros, l'enfant-roi, la victime émissaire, le *porte-rêves*...), chacun des deux psychologues peut être un support particulier à une figure. Dans le cas du traitement des expériences traumatiques, il me semble clairement que le dispositif en double écoute présente une réelle pertinence sur ce sujet.

---

<sup>907</sup> Ce sont toutes les « Alliances inconscientes » décrites par R. Kaës. Le « Dénier en commun » (M. Fain), les « pactes dénégatifs » (R. Kaës) ou les « contrats d'exportation » dans la psyché de l'un ou de l'autre des thérapeutes en font partie.



Freud avait abordé la double identité individuelle et groupale du sujet. Les dispositifs utilisant l'idée d'une groupalité n'ont plus seulement pour objectif de renforcer les assises narcissiques du sujet, la question des enveloppes psychiques comme de la relation contenant/contenu y est maintenant posée. Dans les théories du traumatisme que j'ai choisi de classer comme privilégiant la question du contenant, il est presque toujours question de proposer une sorte de réparation d'un holding défaillant.

Evidemment, de nombreuses propositions cliniques visant à prendre en charge les pathologies archaïques ont pensé cette question en ces termes. G. Haag par exemple a beaucoup travaillé à l'instauration/restauration d'un contenant ou d'une peau psychique permettant de mieux saisir les expériences des enfants autistes.

Ces recherches, comme l'approche des expériences traumatiques que j'ai étudiées, font de l'approche intersubjective un dispositif de dernier recours pour symboliser ces expériences archaïques. L'expérience traumatique signe un défaut du contenant et est donc particulièrement concernée par cette approche.

En plus de cette proposition « contenante », le dispositif en double écoute offre un choix d'objet par étayage (j'ai indiqué comment les imagos parentales pouvaient être attractées) plutôt que narcissique (les thérapeutes ne se présentent pas comme « corps commun » mais leurs différences sont perceptibles, ils n'encouragent donc pas un choix d'objet par l'identique).

## 4-4-1 Le trouvé-créé de la doublure face à l'objet trauma

Le dispositif en double écoute est un dispositif créé/trouv  , ayant été découvert dans les aléas des rencontres avec ces patients. La relation des patients à ce site analytique est également trouvée-créée, les entretiens thérapeutiques impliquent une sorte d' « appropriation fonctionnelle » dans le jeu avec les deux psychologues.

Le cadre assure, comme Freud l'avait remarqu  , une fonction de pare-excitation, de régulation, de limitation pouvant être envisagée comme anti-traumatique. Comme le rappelle J. L. Donnet, cette protection externe est le corrélat de l'exigence de (se) découvrir :

*« On peut reconnaître ici la paroi extérieure, autoconservatrice du baquet décrit par J. Laplanche. Le cadre se donnerait ainsi, de prime abord, comme matérialisation des conditions « extrinsèques », pour que l'interprétation ne soit pas (trop) sauvage, ce qui la vouerait   être traumatique et/ou inefficace : en somme, ce qui assurerait le micro-climat tempéré –avec, certes, ses perturbations transféro-contre-transférentielles- « recommandé » pour la cure(...). »<sup>908</sup>*

Dans le dispositif en double écoute, cette paroi externe serait doublée, dans une sorte de matérialisation incarnée par les deux cliniciens. Elle constituerait une sorte de paroi doublement amortissante, isolante permettant d'atténuer et d'amortir les éléments traumatiques. Pour rester dans une métaphore climatique, le climat traumatique de la séance serait ainsi régulé, tempéré par la présence signifiée dans le dispositif d'une double barrière anti-traumatique. Il ne s'agirait pas d'un *Divan bien tempéré* (J.L. Donnet) mais d'un espace thérapeutique tempérant les échanges traumatiques.

Ce dispositif faciliterait peut-être plus que d'autres l'approche et la transformation des aspects négatifs ou très effractants de l'expérience traumatique, cette double barrière constituant un système de vannes (incarnées par chaque psychologue) pouvant plus ou moins s'ouvrir ou se fermer, d'un côté ou de l'autre de l'expérience du sujet, pour tempérer et contenir l'expérience. En accord avec les propositions de C. et S. Botella, la présence de deux

---

<sup>908</sup> Donnet (J.L.), *Le divan bien tempéré*, p. 31-32.

cliniciens permettrait plus facilement d'investir la perception, sa répétition hallucinatoire mais aussi, je pense, l'hallucination négative aux fins d'une réintégration de l'expérience dans la psyché. Le jeu se déployant avec les psychologues pourrait bien alors faciliter ainsi les premières liaisons antitraumatiques.

La clinique contemporaine, à partir des premiers travaux freudiens, a permis de comprendre que le caractère traumatique de l'expérience ne peut être seulement compris à partir du modèle de la névrose traumatique ou de l'après-coup, l'intensité et le contenu de la représentation sont insuffisants à rendre compte de la totalité du traumatisme.

Ce sont les processus de contenance, de liaison, de symbolisation qui sont révélateurs de l'impact traumatique. Et ces processus sont particulièrement déployables dans les entretiens en double écoute qui favorisent le développement de l'expérience traumatique comme l'histoire de ses achoppements.

Le dispositif propose alors un *double* antitraumatique plutôt qu'un miroir, permettant de travailler la question de l'autre et du semblable (R. Roussillon). En plaçant face au sujet des éléments suffisamment semblables pour que les différences ne réactivent pas trop les clivages mais aussi suffisamment de différences pour que cela ne soit pas identique (j'ai beaucoup insisté sur l'appui que prend le patient sur les différences des psychologues), la double écoute incarne une proposition thérapeutique « particulièrement » antitraumatique.

Evidemment, en référence aux travaux de R. Roussillon comme à ceux de nombreux chercheurs contemporains, les difficultés du sujet traumatisé se déploient d'abord dans la relation avec l'objet primaire et les étapes sont nombreuses pour élaborer cette complexité.

C'est dans le dialogue entre perception et hallucination, qui ne sont plus antagonistes, que le jeu antitraumatique se développe, où les cliniciens pourraient être vécus comme un double pouvant ensuite être représenté. Cette « relation homosexuelle primaire » (E. Kestemberg, concept repris par R. Roussillon) permet

« (...) de s'engager dans une relation jusqu'à être le double du patient, dont il faut en même temps se dégager grâce à l'appartenance, toujours active, à un cadre, dans lequel on retrouve une référence paternelle. »<sup>909</sup>

R. Roussillon, faisant référence à Evelyne Kestemberg avec ce concept, y ajoute le « double », la relation homosexuelle primaire devient donc relation homosexuelle primaire en double avec un objet à la fois narcissique et objectal, relation au sein de laquelle arriveront progressivement à se différencier représentation et activité auto-érotique, sexualité et représentation ; le sujet arrivera peu à peu à représenter et représenter qu'il représente.

J'ai souligné quelques aspects du dispositif en double écoute montrant comment l'un ou l'autre des thérapeutes pouvait être attaqué ou halluciné négativement sans pour autant que le dispositif perde de ses capacités de contenance. Dans le double proposé, l'expérience traumatique peut mieux qu'ailleurs se déployer, notamment grâce aux possibilités de diffraction, de contenance et de psychodramatisation.

C'est à ce prix que se figure l'expérience du patient, son informité étant vécue dans l'espace de jeu à trois avant d'être introjectée. Le double proposé par ce dispositif n'est en rien une véritable création, il ne fait que souligner et amplifier, voire attirer en partie un processus à l'œuvre dans toute thérapie.

---

<sup>909</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.192.

## 4-4-2 Limite du risque de séduction et de soumission à l'objet

La question de la séduction du dispositif et du traitement de la séduction dans et par le dispositif doit être posée. Les entretiens en double écoute ont le projet de limiter cette séduction dans l'espace thérapeutique, ou plutôt les risques d'une séduction qui se serait fourvoyée dans l'expérience traumatique.

L'idée géniale de Freud de négativer la perception pour aborder la psyché, de retirer l'analyste de la vue du patient pour le rendre plus présent et réactiver les traumatismes de l'enfance et dynamiser la névrose de transfert est ici interrogée. En effet, c'est d'apparence l'inverse qui se produit ici : on propose de voir le psychologue et même de le voir deux fois plus qu'ailleurs. J'ai expliqué précédemment en quoi ces propositions du dispositif pouvaient aussi tout à fait être au service de l'hallucination négative.

R. Roussillon rappelle bien<sup>910</sup> que c'est à partir des propositions de Ferenczi que le dispositif commence à poser problème, non seulement en ce qui le lie transférentiellement et « résiduellement » à Freud mais aussi en lien avec la clinique à laquelle se confronte le psychanalyste hongrois :

*« D'une certaine manière, émergeait alors l'idée que, comme dans l'hypnose, la situation psychanalytique ne pouvait plus être considérée comme « neutre », simple convention, entourage d'un processus relativement autonome et simplement ainsi révélé, elle induisait certaines répétitions, voire certains traumatismes, certaines « séductions ». Pour dire vite, le dispositif dans certaines de ses particularités commençait à apparaître comme inducteur, séducteur, par là même coupable, ou plutôt S. Ferenczi se sentait coupable de le maintenir tel quel. »<sup>911</sup>*

J'ai déjà décrit les aménagements techniques de Ferenczi et leurs incidences. On doit à Ferenczi, malgré certaines dérives, d'avoir interrogé l'apparente neutralité du cadre et du

---

<sup>910</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.20.

<sup>911</sup> *Ibid.*, p.21.

dispositif, d'avoir remis en question l'idée selon laquelle le transfert pouvait s'analyser indépendamment des conditions dans lesquelles il se développait.

Le dispositif comme les thérapeutes ont évidemment à se confronter à une séduction toujours présente, et pas seulement du côté du patient. La double écoute souhaite limiter le risque de séduction et de soumission à l'objet en proposant des modalités un peu différentes d'accueil du patient et des aspects transféro-contre-transférentiels. Le divan séduit, la double-écoute également.

Comme le pense R. Roussillon, le dispositif doit rendre compte de son rapport à la séduction :

« (...) soit celle, inévitable, qui s'exerce dans la situation psychanalytique du fait de l'attraction du dispositif, soit celle, retournée activement, que l'analysant essaye d'opérer sur la situation présente. Séduction inévitable dans la mesure même du transfert qui signifie alors la nécessité reconnue d'un travail de liaison libidinale des éprouvés activés dans le processus psychanalytique. [...] On soulignera cependant que le caractère inévitable de l'attraction séductrice opérée par le dispositif va devoir se signifier dans les termes d'un fantasme de séduction qui témoigne de la manière optimum dont l'abus, dont la situation est porteuse intrinsèquement, va être réduit et lié libidinalement grâce à la remobilisation des coordonnées de la sexualité infantile et de la réactivation des séductions historiquement vécues, au plan tant libidinal que narcissique. Si je souligne qu'il s'agit de la conjoncture optimum pour le processus analytique, c'est dans la mesure où, la séduction étant inévitable, la question de son analyse doit être superposée à celle de la manière dont elle doit arriver à s'organiser pour que s'ouvre la possibilité de son propre dépassement interne, c'est-à-dire de sa subjectivation efficace. »<sup>912</sup>

Freud a souvent montré sa volonté de rechercher dans le passé de ses patients la scène de séduction traumatique, il distingue cependant assez clairement les deux termes. Si la séduction tente de susciter l'excitation chez l'autre, il y a traumatisme lorsque la quantité d'excitations est alors trop importante (lorsqu'elle dépasse les capacités de symbolisation du sujet dirait-on aujourd'hui).

Mais il faut faire attention à ne pas envisager la séduction uniquement du côté d'un excès d'excitations, d'un trop de présence. Rapportée au thérapeute, cette remarque me fait

---

<sup>912</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.187.

dire que certains cliniciens trop épris de silence peuvent jouer de beaucoup de séduction face à leurs patients. Ce ne sont pas seulement les thérapeutes jugés trop bavards, trop interprétatifs ou trop interventionnistes qui séduisent au-delà du nécessaire.

Le dispositif de cothérapie se veut en partie une réponse à ce risque de séduction excessive, séduction qui entrerait en collusion avec les causes de l'expérience traumatique résultant soit d'une terrible absence, soit d'un débordement excessif. Je rappelle en effet que la présence des deux thérapeutes vient signifier au patient la présence effective de deux personnes secourables et attentives à toutes ses expressions. Cette double présence, dans le même temps, vient tempérer les excès potentiels d'une relation duelle qui se laisserait prendre dans les rêts d'une séduction mutuelle.

Par une possible répartition des deux pôles absence-abandon/présence-persécution, le dispositif permet de limiter les risques de séduction et de soumission. Si la séduction ou la soumission se joue un peu trop dans la relation entre le sujet et l'un des thérapeutes, l'autre tempèrera cette relation. « Ici on peut rejouer la brûlure de l'excitation ou le froid de l'absence ; un psychologue peut refroidir ou réchauffer la relation en cours entre son collègue et le patient. », tel serait le message implicite adressé au patient.

D'évidence, devant le fait que la plupart des patients victimes d'agressions sexuelles le sont dans des situations où le sujet se trouve seul face à son bourreau, l'intervention d'une troisième personne dans cette scène transférée dans l'espace thérapeutique permet de créer un écart, dans la réalité, entre la situation traumatique initiale et son éventuelle répétition dans la dynamique transféro-contre-transférentielle.

Evidemment, ce n'est pas le seul fait d'être trois qui permet d'éviter toute collusion, tout collage avec la scène traumatique première, cela facilite seulement le déploiement d'une autre scène, potentiellement fantasmée comme comprenant la présence d'un tiers, ou au moins d'un autre, susceptible d'intervenir, de décoller la scène, d'arracher le sujet à l'emprise première jouée dans l'expérience traumatique.

Je parle bien ici de signifier dans la réalité du dispositif, par la présence de deux psychologues, qu'il ne s'agit pas d'une expérience « à deux », qu'un autre pourra intervenir. On pourra juger un peu naïve cette idée que la présence de deux psychologues suffirait à « faire entendre » au sujet que l'espace thérapeutique est un espace où aucune agression n'aura lieu, a fortiori une agression similaire à celle que le patient a vécue et qui l'a amené ici.

Exprimé ainsi, c'est-à-dire sous la forme « ici, pas de relation à deux donc pas de viol ni d'inceste possible », on aura certainement raison de penser cela.

Mais la clinique que j'ai relevée dans les premiers entretiens permet de penser les choses avec un peu plus de nuances. Je suis en effet à chaque fois étonné d'observer que ce dispositif est généralement très bien et très rapidement toléré par les patients. Nombre d'entre eux expriment même quelquefois un certain soulagement « à la vue des deux cliniciens ».

Il faut dire aussi qu'il existe, dans le dispositif, une procédure d'amortissement de l'impact de cette présence plus massive : les patients sont prévenus lors de la prise de rendez-vous au secrétariat qu'il y aura deux psychologues, que c'est comme cela pour chaque patient. Lors de la présentation du premier entretien, les règles concernant cette double écoute sont à nouveau expliquées.

On peut penser cet apaisement en référence à une économie d'équations symboliques ou de collapsus topiques : pour le sujet victime d'un traumatisme sexuel, la scène c'est parfois la chose. Présenter au sujet, dans la réalité, une scène en décalage avec la scène traumatique qui l'a amené en consultation permet de signifier l'écart d'emblée pris avec la scène initiale.

Point de dupes dans cette proposition : le patient est bien libre d'en penser ou fantasmer ce qu'il veut (y compris que les cliniciens font corps, forment un seul corps, voire d'halluciner négativement l'un des psychologues) et les psychologues ne sont pas naïfs au point de croire que la proposition d'une scène avec deux thérapeutes éloigne autant que cela la scène d'agression sexuelle, le plus souvent duelle. Mais la chose est dite et incarnée : un écart peut être pris, un jeu est possible.

D'une certaine façon, parce que l'économie traumatique est aussi une économie où tout se répète, le dispositif signifie au patient qu'il peut évidemment répéter mais avec nuances, en mettant du jeu dans les scènes décrites. Qu'il peut répéter, se remémorer, construire et même symboliser. La double écoute est d'emblée une proposition faite au sujet, proposition ni nécessaire ni suffisante mais facilitante pour décoller les éléments de son expérience.

Cette « facilitation » proposée par le dispositif est en fait une solution proposée au sujet face à son expérience traumatique, une sorte de compromis entre le Moi et l'objet, des possibilités de diffractions et d'identifications supplémentaires, un moyen pour lui d'être



actif. Ce moyen est tempéré et ne force pas trop narcissiquement le sujet : entre risque de fusion et angoisse de séparation, le patient ne se soumet pas d'emblée à l'objet mais le dispositif lui propose comme une « illusion » de choix, illusion sincère et la plus authentique possible.

Le message est ainsi passé : la solution à la symbolisation de l'expérience traumatique passe par l'intersubjectivité mais le sujet n'est pas obligé pour cela de se laisser capter ou de vampiriser. Ce n'est pas tout ou rien, la double écoute offre au sujet une proposition de compromis.

Tout dispositif suppose une séduction, le tout est qu'elle soit supportable, dépassable et au service du sujet. On sait bien que le traumatisme sexuel a souvent mis nos patients dans des relations de séduction narcissique toujours à vif ; la double écoute proposée vise aussi à suggérer l'idée d'entrer dans un fonctionnement groupal et même triangulé, elle propose en fait au sujet de négocier son entrée dans le groupe.

Freud (1912) avait bien souligné que les tentatives de répression, d'encouragements excessifs ou même de conseils pouvait gêner le processus analytique. Comme le rappelle A. Alvarez<sup>913</sup>, de nombreux analystes ont ensuite souligné les dangers de toute attitude séductrice même beaucoup plus nuancée. Elle rappelle également que le modèle de la « contenance » avancé par Bion, proche de celui de la neutralité freudienne, insiste plus sur les aspects positifs de la relation avec le thérapeute (plutôt que sur les interdits) et repose sur un autre concept, celui de relation d'objet :

*« Alors que la neutralité implique plutôt quelque chose de statique, la notion du contenant-contenu est bien plus dynamique ; elle renvoie à la possibilité de contenir et de maintenir en équilibre un jeu de forces, ainsi qu'aux méthodes grâce auxquelles celui-ci est obtenu. »<sup>914</sup>*

Pour Bion, le travail opéré par le thérapeute est comparable au travail de rêverie chez la mère, travail de « transformation » face aux perturbations projetées par le bébé ou le patient, que ces perturbations sont peu importantes ou catastrophiques. Face au désespoir, aux

---

<sup>913</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p.67.

<sup>914</sup> *Ibid.*, p.68.

situations catastrophiques, il est du devoir du thérapeute d'envisager des solutions thérapeutiques à la hauteur de la désorganisation de l'expérience du sujet.

Même la rêverie, qui permet parfois de se mettre en contact avec des éprouvés intenses est quelquefois insuffisante (on pense à ma réaction face à Jody, à ce qui m'a permis d'être en contact avec son « père-Dormeur du val » ou encore à la façon dont je pouvais rêver en séance avec l'air du manège pendant que Judith maintenait le lien avec Allison, cette rêverie me permettant de « revenir » avec des éléments inaccessibles autrement). Il existe autant de procédés de « récupération » (A. Alvarez, 1992) des expériences du patient que le clinicien peut en inventer pour retrouver avec son patient les éléments de l'expérience perdus ou même jamais éprouvés. Ces inventions thérapeutiques usent sans doute d'une certaine séduction mais d'une séduction tempérée, contenante et au service de la symbolisation de l'expérience du sujet. J'ai décrit par exemple comment l'Analyse institutionnelle proposée par D. Anzieu pouvait en faire partie.

### **4-4-3 L'alternative au groupe et au face-à-face**

La psychanalyse contemporaine s'est attachée à aménager le site afin qu'il soit à la portée de certains patients. Dans cet esprit, l'importance du visuel, de la motricité ou des postures a été reconsidérée.

L'importance du groupe a également été soulignée. Comme l'ont montré de nombreux chercheurs (D. Anzieu, R. Kaës ou encore B. Duez), les fantasmes originaires ont ainsi une importance toute particulière dans une situation groupale :

*« Dans les groupes, les fantasmes originaires ont une fonction d'organisateur de la figurabilité qui donne au destin traumatique un mode figurabilité que le dispositif de la cure ne permet pas. »<sup>915</sup>*

---

<sup>915</sup> Duez (B.), « L'indécidabilité : un modèle générique du traumatisme. », p.115.

B. Duez rappelle que W.R. Bion a montré que l'hypothèse couplage était très en lien avec le dispositif psychanalytique, hypothèse vectorisée selon le primat de la séduction, la scène primitive en étant l'implicite. Selon lui

*« La dimension scénique du traumatisme se constituera essentiellement sous la prévalence de la figure de l'autre comme objet (séducteur). L'image du séducteur, à travers la présence bienveillante de l'analyste y est massivement présente. »<sup>916</sup>*

Dans le cadre des prises en charge psychanalytiques de groupe

*« (...) la structure scénique du dispositif actualise une autre forme de rencontre avec l'autre : celle de la manifestation de l'autre à l'intérieur même de la scène psychique. Ce n'est pas sous la forme de l'autre que les autres se manifestent mais sous la forme de l'intrus. »<sup>917</sup>*

Cette manifestation de l'autre complexifie encore les choses : les adresses pulsionnelles vers l'autre sont vécues

*« (...) sous la double dimension du lien libidinal à l'autre, mais aussi du lien d'autoconservation de soi-même grâce à l'autre, du lien narcissique à soi-même à travers l'autre et de la trans-figuration de soi-même par l'autre. »<sup>918</sup>*

C'est l'interdit d'intrusion qui structure ces liens.

En quelque sorte, l'intrus (l'un des deux psychologues) pourrait déstabiliser, troubler la relation équilibrée entre éléments extérieurs et intérieurs, figurant le collapsus topique (C. Janin).

La cothérapie pourrait ainsi être une excellente indication pour des patients vivant dans une économie traumatique. Ni le seul clinicien ni le seul patient ne peuvent être porteurs ou destinataires de liens extrêmement difficiles et perturbateurs, ces liens ne concernent alors plus un seul destinataire mais leur diffraction transférentielle permet de rendre leur charge et leur élaboration supportable. Selon B. Duez, le groupe facilite la figuration traumatique : « En offrant une multitude de destins, il fournit une figurabilité à l'indécidabilité du destin

---

<sup>916</sup> *Ibid.*, p.116.

<sup>917</sup> *Ibid.*

<sup>918</sup> *Ibid.*, p.116.

pulsionnel et il réduit les quanta énergétiques à des niveaux suffisamment faibles pour qu'ils deviennent liables dans des figurations, représentations et symbolisations. »<sup>919</sup>

D'une certaine façon, l'indécidabilité qui caractérise l'expérience traumatique, comme la massivité de l'énergie et les confusions engagées (topiques notamment) peuvent mieux se répartir et se distribuer dans un dispositif à deux psychologues. On pourrait dire la même chose des places et rôles tenus par les différentes instances ou « personnages » de la scène traumatique. Si « Toute situation est potentiellement traumatique pour autant qu'elle confronte un des sujets à une impossibilité à destiner ses pulsions (...) »<sup>920</sup>, alors l'ouverture du dispositif psychanalytique à un « autre psychologue » offre au patient une possibilité supplémentaire d'y déployer et adresser son expérience, d'y destiner ses pulsions.

L'intrus étant selon B. Duez une des figurations majeures du traumatisme, ce dispositif en double écoute permettrait plus que d'autres de reconstituer l'autre. *L'obscénalite* ( B. Duez) du dispositif permettrait une actualisation, dans le transfert, d'éléments de l'expérience traumatique plus difficilement apparents et traitables dans la cure.

La cothérapie est une alternative au groupe et au face-à-face simple. Certains patients, trop inscrits dans des expériences traumatiques, ne peuvent supporter ni le dispositif de la cure ne leur offrant pas un appui suffisant et ne permettant pas au thérapeute d'avoir aussi facilement accès au matériel infra-verbal, ni le face-à-face « simple » qui réactive souvent des angoisses claustrophobiques ou paranoïdes (C. Garland, 1997).

Ce dispositif satisfait aux exigences du développement du transfert et d'une réelle contenance en offrant une autre compréhension dans un cadre permettant une nouvelle expérience.

Contenir l'expérience traumatique n'est pas chose aisée, être deux n'est pas de trop mais permet de garder l'épaisseur humaine du thérapeute, un appui plus sûr et adressé au seul patient, pas à un groupe : « Nous sommes là à deux, bien présents, attentifs et différents, mais uniquement pour vous », telle est en fait la proposition thérapeutique.

---

<sup>919</sup> *Ibid.*, p.117.

<sup>920</sup> *Ibid.*

De façon plus archaïque, l'alternative au groupe et au face-à-face simple que constitue la cothérapie me semble avoir quelque rapport avec une étape de l'intégration psychique décrite par Grotstein qui dépendrait de l'introjection d'un « objet d'arrière-plan » ou, selon sa seconde formulation qui a ma préférence quant à la clinique une « présence d'arrière-plan » déclinée par exemple par l'« appui du dos » (1981). Je crois avoir décrit par exemple dans l'expérience d'Astrid à quel point le couple des thérapeutes a été essentiel dans la constitution de cet appui. Cette « présence d'arrière-plan d'identification primaire » (James Grotstein, 1981) concerne une intériorisation des bras maternels soutenant le dos du bébé, cet objet interne ayant évidemment un rapport avec le holding. Cette présence est aussi constituée en grande partie en appui sur le regard (G. Haag, 1991, 1997), les échanges de regards facilitant l'introjection d'une certaine sécurité. Ce modèle des échanges de regards liés à des échanges de paroles dans un holding contenant et attracteur permettant d'organiser et de former l'expérience traumatique du sujet est très utile pour la compréhension du dispositif en double écoute.

M. Despinoy et M. Pinol-Douriez<sup>921</sup> rappellent les étapes de ce modèle de développement qui comprendrait trois processus d'identification primaire. Je retiendrai la première qui me semble particulièrement impliquée et activée dans le jeu des entretiens en double écoute.

La première étape correspond à l'internalisation de la peau psychique selon E. Bick qui résulte selon J. Grotstein de l'identification à cet objet d'arrière-plan comme soutien et protection. L'objet d'arrière-plan constitue alors une sorte de « ciment » assurant l'identité du sujet. Cliniquement, cette étape est assez repérable dans la première période des entretiens en double écoute et peut d'ailleurs durer assez longtemps. Selon moi, cette étape est certes première mais perdure tout au long de la thérapie comme de l'existence du sujet. C'est l'arrière-plan de présence et de sécurité nécessaire au développement des relations intersubjectives, la présence qui fait que le sujet ne « tombe pas en morceaux » (Grotstein, 1981).

Il s'agit de processus d'appropriation du corps mais aussi de l'expérience du sujet. Les travaux de G. Haag, notamment autour des « identifications intracorporelles » (1990) lient les perceptions du corps propre et de l'objet maternel, les expériences du corps et les

---

<sup>921</sup> Despinoy (M.) et Pinol-Douriez (M.), « Sensations et perceptions dans la clinique psychanalytique », in Boubli (M.), Konicheckis (A.) *et al.*, *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, p.21 à 23.

représentations de soi, conduisent à une unification de l'expérience tenant à la tridimensionnalité et à un ensemble comprenant la tenue du dos, l'enveloppement tactile, les sensations orales et le regard. Dans cette constitution, il est intéressant de noter que l'objet d'arrière-plan est en partie recouvert par la « présence latérale d'identification primaire » que G. Haag compare à l'ange gardien (1997).

Je trouve assez étonnant qu'à partir d'une clinique fort différente, G. Haag retrouve ici la notion férenczienne avec une certaine proximité conceptuelle ; il me semble que Ferenczi avait, avec cette notion, déjà abordé la question de la présence d'arrière-plan à propos du traumatisme. La présence des psychologues comme premier fond contenant, « anges gardiens » de la sécurité du sujet, présence d'arrière-plan permettant le déploiement de l'informité traumatique me paraît essentielle pour assurer et l'identité du sujet et la possibilité pour lui de symboliser son expérience.

## **4-4-4 Copensée et cothérapie, l'influence des pensées**

La névrose de transfert comporte une fonction de communication entre le patient et son thérapeute. Freud avait parlé de « transmission de pensées » (*Gedankenübertragung*) comme une sorte de forme idéative du transfert, dite aussi « induction » ou « télépathie ». Déjà apparaissait l'idée que cette voie supposait que

*« (...) des processus psychiques dans une personne, des représentations, des états d'excitation, des impulsions de volonté peuvent se transférer (übertragen) par l'espace libre (durch den freien Raum) sur une autre personne, sans employer les chemins connus de l'information par des mots et des signes. »<sup>922</sup>*

---

<sup>922</sup> Freud (S.), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, XXX<sup>ème</sup>*, « Rêve et occultisme », G.W.XV, 42, Cit. in Assoun (P.-L.), *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, p.42.

J'ai plusieurs fois souligné dans les cas cliniques exposés des moments surprenants de communication dans ce libre espace. Je remarque d'ailleurs que ces communications se font avec le patient comme entre les psychologues.

On dispose aujourd'hui, avec les concepts d'identification projective (et l'une de ses fonctions, la communication) mais aussi de symbolisation primaire (R. Roussillon) de théorisations nous permettant de beaucoup mieux saisir cette communication primitive et diablement efficace. Nul besoin donc de recourir à un quelconque mysticisme pour comprendre ces moments où le transfert porte le discours télépathique à valeur de communication.

On connaît le célèbre exemple donné par Freud de son patient devant être remplacé auprès de son analyste par le Dr Forsythe et faisant d'étranges allusions (réurrence du terme *vorsicht* signifiant prudence et paraphrasant *Forsythe* par exemple).

S. Ferenczi avait lui aussi remarqué, sous un tout autre angle toutefois, que l'attention à certains détails infimes (couleur précise des cheveux, gestes particuliers...) suffisait à provoquer dans le transfert un sentiment de « déjà connu » assez troublant. J'ai rappelé dans la première partie de cette thèse que les patients ayant connu de véritables traumatismes se situent dans une économie où l'impact non verbal, où la communication non verbale est importante.

A. Ciccone<sup>923</sup> reprend la question de la télépathie en lien avec celle de la transmission et de l'identification projective. Communication *transpsychique* (R. Kaës, 1985, 1993), elle a selon lui été traitée avec une certaine réserve par Freud comme un « autre matériel » pouvant être interprété psychanalytiquement. Ce « transfert direct » (Freud) d'une pensée inconsciente est lu dans un contenu oedipien ou transférentiel mais n'est pas réellement étudié dans ses modalités. Il est en tout cas certain que la relecture de nombre de phénomènes du type « inquiétante étrangeté » ou « déjà vu » pourrait s'enrichir des travaux sur l'identification projective, notamment grâce aux apports de M. Klein ou W. R. Bion.

Je reviendrai dans un prochain chapitre sur une « identification projective comme paradigme de l'échange traumatique ». Il est vrai que Freud a peut-être eu une conception un peu positiviste d'une écoute objective (mais l'« attention flottante » en constitue tout de même une variante de taille) afin de se préserver d'être un praticien de suggestion.

---

<sup>923</sup> Ciccone (A.), *La transmission psychique inconsciente*, p.41 à 43.

Les travaux psychanalytiques marqueront un tournant dans les années 1950-1960 pour envisager le contre-transfert comme outil plus que comme obstacle (on pense aux recherches de Paula Heimann notamment). L'« induction » avancée par Freud est devenue ainsi potentiellement un objet commun entre patient et clinicien, une sorte d'induction réciproque dans l'écoute, une influence des pensées.

D. Widlöcher<sup>924</sup> parle de co-pensée pour décrire l'induction de pensée d'un sujet sur la pensée de l'autre, ce terme renvoyant à une des formes de l'intersubjectivité et des effets sur notre pensée associative de la pensée associative de l'autre. Je souhaite reprendre ce terme dans sa valeur positive, intersubjective et communicationnelle, soit comme le définit D. Widlöcher :

*« La capacité que se développe en nous des associations de pensée en écho induites par des associations de pensée de l'autre ou négativement produites et qui permettent d'accompagner l'inconscient du patient »<sup>925</sup>.*

Il s'agit en fait d'une sorte de capacité très dynamique de rêver avec le patient et de rêver dans son rêve tout en sachant que nous rêvons que nous rêvons. D. Widlöcher parle de co-pensée entre un patient et son thérapeute, j'en parle en ce qui concerne le dispositif que j'étudie pour évoquer un processus de communication entre chaque clinicien et le patient mais aussi entre les deux psychologues.

J'ai donné un exemple de la mise en œuvre de ce processus de co-pensée avec Judith concernant Monsieur P., lorsque nous pensons ensemble (mais sans nous le dire) et lorsque nous pensons que nous pensons ensemble (jusqu'à le dire en fin de séance, tellement cette pensée est tenace) que Monsieur P. nous parle des fellations imposées par son abuseur pédophile quand il était enfant, mais qu'il en parle en relatant une dispute actuelle avec son père. C'est parce que Judith pense que je crains qu'elle ne fasse cette interprétation au patient qu'elle ne le fait pas, il s'agit bien d'influence des pensées à partir des associations de chacun mais d'une influence qui relève plus d'une tempérance que d'une manœuvre cherchant à obtenir ce que l'on souhaite de l'autre.

---

<sup>924</sup> Je fais référence ici à son exposé « Co-pensée et psychothérapie » lors du deuxième colloque de la Société Psychanalytique de Paris, Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes : « *Les nouvelles données pour la pratique psychanalytique* », 21 Avril 2007, Salle Molière, Lyon.

<sup>925</sup> *Ibid.*



Cette capacité de co-pensée n'est rien d'autre qu'une composante du transfert, sur un autre plan. Comme on le comprend bien dans l'exemple précédent, il s'agit du reflet de phénomènes transféro-contre-transférentiels, d'une induction associative, d'une déclinaison particulière de l'écoute qui fait ressortir les chaînes associatives, les liens entre les pensées. En fait, il est évidemment question de l'émergence de l'inconscient dont le processus, comme le remarque D. Widlöcher, tient moins à l'assemblage d'un puzzle qu'à une chaîne de signifiants (y compris des signifiants non verbaux en ce qui concerne l'expérience traumatique), l'importance étant plus accordée à la chaîne qui assure la liaison qu'aux signifiants eux-mêmes.

Le travail de co-pensée facilite l'écoute des liens et des chaînes, il s'apparente à une co-rêverie. Ce travail liant les rêveries intra-psychiques à l'intersubjectivité va aider le patient à se mettre en contact avec les éprouvés de son expérience traumatique, à voir, entendre et sentir son infirmité. Il me semble essentiel dans le dispositif des entretiens en double écoute.

## **4-4-5 Diffraction des pôles défecteurs et symbolisants, évacuation et symbolisation**

Dans son analyse de la contrainte de répétition et des expériences n'ayant pas entraîné de satisfaction, expériences non subjectives aussi facilement, R. Roussillon parle du rôle actif de l'objet, de sa capacité à faciliter la symbolisation. Pour que l'objet puisse assurer ce rôle, il doit remplir une double fonction<sup>926</sup>. Je souhaiterais ici reprendre ce double rôle (qui correspond aussi à deux temps du principe de plaisir) en le ramenant aux expériences traumatiques et en le mettant en parallèle avec le dispositif en double écoute :

- Un rôle *défecteur* :

---

<sup>926</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.193-194.

« (...) l'objet doit étayer la déflexion de l'expérience non satisfaisante vers le dehors, il doit étayer le principe du plaisir-déplaisir, c'est-à-dire qu'il doit tendre à rendre évacuable l'expérience non satisfaisante, à lui permettre de devenir une expérience de déplaisir évacuable. »<sup>927</sup>

Il faut donc transformer le déplaisir en déplaisir évacuable, étayer l'évacuation. Ce moment est un début d'inscription de l'expérience.

La nuance est importante : il ne s'agit pas d'évacuer l'expérience mais d'étayer son évacuation. Cette proposition suppose un modèle de l'évacuation fondée sur une contenance, contrairement à toutes les modélisations que j'ai décrites comme « pratiques » du traumatisme (débriefting, E.M.D.R....).

- Un rôle *réflexif* :

« (...) l'objet doit permettre que cette expérience « mauvaise à évacuer » puisse devenir une expérience « bonne à symboliser ». »<sup>928</sup>

Il s'agit en fait de transformer l'expérience pour l'inscrire dans la subjectivité. Cette fonction est réflexive puisqu'elle rend au sujet « une expérience maintenant appropriable » (R. Roussillon).

Ce modèle de qualification, d'inscription et de traitement de l'expérience traumatique<sup>929</sup> est intéressant car il replace l'expérience dans l'intersubjectivité, la symbolisation se faisant forcément dans l'intersubjectivité et dépendant de la « réponse » des objets.

Dans les exposés cliniques que j'ai rapportés comme dans les propositions de cette thèse, il est clair que la double présence des psychologues insiste sur cet aspect. On pourrait également penser qu'elle facilite les rôles défecteur et réflexif du processus.

En effet, les objets-psychologues interviennent dans la répétition de l'expérience traumatique, dans la répétition de l'infirmité du sujet. Dans cette répétition visant à étayer l'évacuation de l'expérience comme dans le fait de la transformer « bonne à symboliser », être

---

<sup>927</sup> *Ibid.*, p.193.

<sup>928</sup> *Ibid.*

<sup>929</sup> R. Roussillon fait référence au principe de plaisir/déplaisir et non à l'expérience traumatique.

deux peut être utile. D'abord parce que la tâche est difficile mais aussi et surtout parce que le sujet peut répartir sur l'un et l'autre des thérapeutes les pôles « réflexif » et « défecteur ».

Je pense ainsi à Astrid qui pendant sa première année de thérapie disqualifiait beaucoup Daphnée, ma cothérapeute tout en m'instituant son « traducteur ». Me demandant fréquemment de reformuler les interventions de ma collègue, elle comprenait alors très rapidement cette pensée reformulée. Comme si une partie du travail d'évacuation et d'étayage de l'évacuation de l'infirmité traumatique (transformée en déplaisir évacuable) avait été faite avec Daphnée et qu'il fallait ensuite, une fois cette infirmité devenue matière symbolisable, que ce deuxième temps passe par moi sur un pôle plus défecteur.

Il me semble que la raison essentielle à cette répartition des charges et des pôles (qui n'est pas systématique : les deux psychologues peuvent présenter à eux deux telle ou telle fonction simultanément) tient à deux facteurs :

- En diffractant ces fonctions, le sujet peut mieux supporter le processus : Daphnée serait ainsi seule « contaminée » par le déplaisir, l'infirmité et l'expérience traumatique en partie détoxiquée pourraient alors plus tranquillement être mises en contact avec l'autre psychologue, le patient se créant l'illusion que le deuxième thérapeute n'a pas été touché par le mauvais de l'expérience.
- Diffracter ce processus permettrait aussi d'apaiser le sujet quant à la dépendance qu'il induit. Si l'infirmité doit passer par l'autre pour être rendue évacuable et symbolisable, l'enjeu est d'importance et le risque de dépendance ou de soumission à l'objet considérable. En répartissant chaque rôle sur chaque psychologue, le patient pourrait vivre une expérience de dépendance partielle, ne remettant pas tout l'avenir du traitement de son expérience entre les mains du même thérapeute.

Dans l'économie traumatique, il me semble que ce que l'on pourrait parfois prendre en surface pour une identification plus importante à tel ou tel psychologue en fonction par exemple de l'imgo engagée dans le transfert tient le plus souvent à quelque chose de plus archaïque encore concernant le jeu de ces pôles défecteur et réflexif de l'expérience.

Dans cette transformation, l'objet intervient massivement et il ne doit pas être trop intrusif ni trop séducteur, le patient ne doit pas en être trop dépendant. Dans cet esprit, le fait d'être deux permet d'introduire l'*entrejeu* (R. Roussillon) nécessaire et même de le matérialiser et le favoriser. Par les écarts visibles et à chaque minute constatables par le patient entre les différences des cliniciens (qui n'ont pas la même histoire, la même gestuelle, les mêmes expressions d'affects, la même façon d'intervenir, la même présentation), l'expérience traumatique est ainsi plus facilement intégrée et articulée à l'ensemble de la vie psychique.

J'ai montré à quel point l'économie traumatique met le sujet dans une grande difficulté à destiner ses pulsions. L'excitation traumatique est ainsi souvent reçue de façon généralisée par l'environnement comme une décharge qui d'ailleurs est parfois le premier signal de détresse.

L'importance de la charge pulsionnelle est telle que le sujet est contraint à la diffracter faute d'adresse possible. D'une certaine façon, il n'y a pas de personnage central dans la scène traumatique. La façon de répondre à cette diffraction est d'offrir au patient un dispositif permettant de l'accueillir (j'ai montré tout l'intérêt de la double écoute pour ce faire) mais aussi pouvant faire retour de l'infirmité traumatique ainsi que de la façon dont cette infirmité nous a touchés.

B. Duez<sup>930</sup> reconnaît ainsi à un certain moment de la thérapie une indécidabilité entre les vécus propres du patient et ceux du psychologue, indécidabilité provoquant une situation de trouble.

La présence de deux psychologues permet ainsi de faire face à ce trouble, l'indécidabilité pouvant se situer pour le patient entre les deux psychologues et non plus seulement sur un psychologue. Certaines propriétés de l'expérience restent indécidables, si cela est plus supportable pour le sujet, dans l'espace entre les deux psychologues plutôt que dans l'espace entre le psychologue et le patient.

Dans la psychose blanche la mère et le père sont bien représentés dans la structure oedipienne mais seulement différenciés selon les critères bon/mauvais et inexistence (ou

---

<sup>930</sup> Duez (B.), Séminaire du C.R.P.P.C. : « Agir le traumatisme », 01-12-2005.

perte)/présence dominatrice d'autre part.<sup>931</sup> Du bon inaccessible ou instable, du mauvais intrusif et omniprésent en quelque sorte :

*« On comprend alors qu'il s'agit d'une triangulation fondée sur une relation entre le sujet et deux objets symétriquement opposés qui ne font qu'un. D'où l'expression de la bitriangulation. »<sup>932</sup>*

Ce type d'économie est dominé par des relations d'amour-haine, l'absence ne peut se constituer.

Quelque chose de cet ordre se joue dans l'économie traumatique et, comme le remarque A. Green :

*« Si, par l'interprétation, on remplit trop précocement le vide, on répète l'intrusion du mauvais objet ; si, par contre, on laisse ce vide tel quel, on répète l'inaccessibilité du bon objet. »<sup>933</sup>*

On rejoint ici tous les paradoxes que j'ai abordés, mais aussi l'idée longuement développée de repenser l'interprétation et, d'une façon plus globale, les modalités d'interventions du clinicien.

Retenons de ces exemples que l'expérience traumatique a souvent besoin de deux pôles pour s'organiser. Entre pôle déflecteur et réflexif, entre perte et envahissement, amour et haine, dedans et dehors ou passivité et activité<sup>934</sup> circule, erre ou se symbolise l'informité. Les deux psychologues offrent alors un espace plus ample, à la fois plus indécidable et plus attracteur à ce déploiement.

Peut-être pourrais-je dire que cet espace se situe bien autour de la possibilité de constituer une informité bonne à évacuer et symboliser :

**« La seule solution est d'offrir au patient l'image de l'élaboration, en situant ce qu'il nous offre dans un espace qui ne sera ni celui du vide ni celui du trop-plein, un espace aéré. Un tel espace n'est ni celui du « ça ne veut rien dire », ni celui du « ça veut dire cela » [...] Le but à atteindre est de travailler avec le patient à une double opération : donner un contenant à ses contenus et**

---

<sup>931</sup> Green (A.), *La folie privée*, p. 90-91.

<sup>932</sup> *Ibid.*, p.91.

<sup>933</sup> *Ibid.*, p.93.

<sup>934</sup> Je rappelle que ma proposition topique est construite sur la confusion possible d'éléments de couples opposés.

**donner un contenu à son contenant, mais en ayant toujours à l'esprit la mobilité des limites et la polyvalence des significations, au moins dans l'esprit de l'analyste. »<sup>935</sup>**

C'est cet espace que j'ai tenté de représenter dans ma proposition topique et dans cette thèse de façon générale, en insistant justement sur une mobilité qui tend parfois à confondre les éléments de l'expérience. Le couple des thérapeutes vise en partie à permettre au patient de déployer et décondenser cette informité traumatique.

Pour ce faire, le patient a besoin de la « présence bien vivante » (A. Alvarez) des psychologues, du fond contenant offert pour décoller les éléments de son expérience.

#### **4-4-6 Reprise de l'hypothèse sur les fonctions du dispositif, les principales fonctions du dispositif.**

Il existe plusieurs façons de concevoir le traitement des expériences traumatiques. J'ai insisté sur les processus de symbolisation, de contenance mais aussi, grâce au dispositif notamment, sur la possibilité pour le sujet d'extérioriser ses relations d'objet interne désorganisées dans l'espace thérapeutique de la double écoute afin de pouvoir ensuite réintrojecter ou devrais-je dire introjecter le retour contenant des objets externes que sont les psychologues. Cette conception du soin est celle exposée notamment dans les travaux de C. Garland.

J'ai distingué les aspects attracteurs du dispositif comme de son potentiel sémaphorisant (R. Roussillon). Le face-à-face et la double écoute produisent des effets particuliers qui peuvent être utiles au déploiement de l'informité traumatique, notamment en assurant un espace de jeu de l'expérience plus important.

---

<sup>935</sup> Green (A.), *Ibid.*, p.93-94. C'est moi qui mets en caractères gras.

Dans cet espace, le comportement du sujet (et non plus seulement ses pensées) a son importance, la thérapie veut aussi tenir compte des interactions, l'intersubjectivité est centrale.

Ce dispositif anti-sédution qui en comporte cependant forcément une, attire l'expérience et son informité pour mieux la traiter. Je souhaiterais maintenant revenir synthétiquement sur certains points de cette attraction.

#### 4-4-6 a) Renforcement de la résistance et contenance.

Je ne pense pas utile de revenir de façon beaucoup plus approfondie sur les aspects de résistance et de contenance de ce dispositif, déjà longuement exposés.

A. Ciccone insiste sur l'idée que l'enveloppe psychique est d'abord une *fonction* qui résulte de l'intériorisation d'un objet contenant ou de sa fonction contenante. La clinique que j'ai relatée évoque bien je l'espère toute la fonction contenante engagée dans le travail thérapeutique et la façon dont le sujet peut l'intérioriser progressivement jusqu'à constituer une enveloppe psychique pouvant supporter son expérience traumatique.

J'insiste fortement sur le fait que ce n'est pas le dispositif qui crée la fonction, il en permet seulement les conditions d'existence et plus encore, attire cette fonction. Il me semble indispensable toutefois de rappeler le lien étroit existant, dans le traitement des expériences traumatiques, entre résistance et contenance. Pour contenir l'informité traumatique, encore faut-il résister à l'impact de son déploiement. Je crois avoir montré que le dispositif en double écoute était particulièrement adapté à cette fin.

La contenance n'est cependant pas seulement affaire de résistance, elle consiste à être présent activement, à refléter les éprouvés du patient. Contenir l'autre ce n'est pas seulement faire qu'il reste en séance sans trop d'éclats, c'est aussi se laisser affecter par lui. C'est encore également, notamment en ce qui concerne les expériences traumatiques, contenir le travail du négatif : contenir revient quelquefois à signifier au sujet que rien ne s'est passé et qu'on en a

été témoin ou encore témoigner que tout est désespéré, tout s'échappe. Contenir pour seulement contenir n'a aucun sens.

Il est clair que l'intérêt de la psychanalyse contemporaine pour une contenance active s'est développé avec les nombreux travaux sur les pathologies les plus difficiles, mais également avec l'attention portée aux bébés. Les traumatismes originaires, les traumatismes en creux, l'approche des pathologies limites ou encore la clinique de l'autisme ont permis de penser la contenance comme un paradigme thérapeutique. Assez globalement, c'est lorsque la pratique des psychanalystes s'est un peu éloignée du cadre particulier de la cure et de la pure élaboration théorique que ces derniers ont pu approcher un type de souffrance (qui évidemment s'expose aussi dans le dispositif divan-fauteuil) hors cadre ou hors séance nécessitant de penser autrement le sujet, c'est-à-dire par une approche plus seulement ni même principalement fondée sur les contenus psychiques.

Dans les neuf fonctions du Moi-peau dégagée par D. Anzieu (1974, 1985), la fonction de contenance intéresse particulièrement la clinique exposée dans cette thèse. En établissant un parallèle entre les fonctions de la peau et celles du Moi, sorte de correspondance entre psychique et organique, D. Anzieu distingue donc cette fonction *contenante* essentiellement exercée par le *handling* maternel.

Et D. Anzieu fait référence au fait que R. Kaës (1979) a lui-même différencié deux aspects de cette fonction : le « contenant » conçu comme réceptacle stable et passif permettant aux bébés d'y déposer leurs sensations, images et affects (qui y seront conservés) et le « conteneur » présentant une fonction beaucoup plus active (proche de la rêverie maternelle décrite par Bion, qui transforme et restitue au sujet ses éléments psychiques devenus supportables et symbolisables ; c'est bien entendu toute la théorisation de la fonction alpha par Bion).

Très clairement, le dispositif auquel je m'intéresse dans cette thèse met l'accent sur la fonction conteneur. En ce sens peut-être serait-il plus judicieux de parler de dispositif-conteneur.

Comme pour les autres fonctions du Moi-peau, D. Anzieu en perçoit le pendant pathologique, les carences possibles. Il en décèle deux que je reprends ici en les liant à la question de l'expérience traumatique :



- « L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable, traduit une topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce. »<sup>936</sup>

Cela correspond à ce qui, dans les pathologies du traumatisme, les rapproche des pathologies limites aussi bien en ce qui concerne l'angoisse que dans l'incapacité à circonscrire l'expérience.

- Dans un second cas, il y a bien une enveloppe mais elle reste poreuse, le Moi-peau est « passoire ». On touche ici à toute la question du négatif en ce qui concerne le traumatisme, à celle de l'« en-creux » traumatique, aux craintes d'effondrement (Winnicott) maintes fois observées dans la clinique, aux blancs de pensée d'Astrid, à la présence d'hallucinations négatives dans le traitement de l'expérience traumatique. Bref, on s'approche de tout ce qui, dans l'expérience traumatique crée de la discontinuité et des trous et non pas de l'absence

Nul besoin de rappeler que la contenance est à la base même de la lecture clinique des expériences traumatiques que j'ai pu rencontrer dans la clinique, comme des modélisations possibles des effets et causes du traumatisme (il est effondrement du contenant et vice et versa dit C. Garland), de sa topique (la topique que j'ai représentée a des possibilités d'extension justement pour contenir l'informité traumatique) et de son traitement (les entretiens en double écoute sont particulièrement sollicités dans ce domaine).

Le moyen par lequel le clinicien arrive à son but n'est certainement pas la seule interprétation. H. Rosenfeld (1987), s'il a souligné la nécessité du travail d'interprétation, a cependant beaucoup insisté sur le travail préparatoire en tant que contenant. D'une certaine façon, contenir est déjà interpréter et W.R. Bion (1962) a bouleversé la conception du cadre analytique en intégrant la rêverie dans le cadre interne du thérapeute.

Toutes les approches essayant de comprendre le contre-transfert comme un outil (P. Heimann), et non pas une résistance, ont également participé à cette idée d'une thérapie contenante avant d'être interprétative. Etre touché dans son corps, le ressentir et s'en servir comme mode de compréhension de l'expérience d'un patient confronté à de graves

---

<sup>936</sup> Anzieu (D.), *Le Moi-peau*, p.101.

déséquilibres est essentiel. Le patient traumatisé, comme le psychotique, porte parfois loin le besoin de faire ressentir quelque chose à son thérapeute, de susciter une émotion. Un clinicien peut averti de cela, insuffisamment formé ou peu au fait de ses rapports personnels avec ses propres conflits ne pourra que proposer un contenant plutôt défectueux au patient.

On pourrait même, en suivant A. Alvarez<sup>937</sup>, aller jusqu'à penser que les attitudes de « récupération » de patients dans une grande détresse (se manifestant par l'empathie, l'inquiétude, l'urgence par exemple) ont à voir avec la contenance et même avec une contenance maternelle normale, celle qu'exercent les mères avec leurs bébés.

C'est en effet ainsi que Bion (1962) décrit le concept de contenant maternel : la mère qui, par sa rêverie, digère psychiquement (parce qu'elle est mieux « équipée » que son bébé) la détresse de son enfant. A. Alvarez choisit le terme de « récupération » pour décrire un élément de sauvetage d'un de ces patients mais tente de l'élargir à toutes les sollicitations poussant à l'échange, suscitant activement et avec délicatesse l'attention, tous ces comportements renvoyant aux interactions d'une mère avec un très jeune bébé. L'incitation et la sollicitation (A. Alvarez) sont ainsi reconsidérées, non pas comme procédés d'influence ou manœuvres perverses hors-cadre, mais comme processus très déontologiques permettant d'« aller chercher » le patient (il s'agit ici de ma formulation) là où il pourrait rester abandonné toute une vie durant. Aller le chercher non pas pour le conditionner ou le conseiller mais pour lui permettre d'entrer dans l'intersubjectivité, reconnaître l'humanité de son expérience.

La clinique regorge d'exemples assurant de la validité de cette option. A. Alvarez présente ainsi le cas de Robbie dont elle montre qu'il faut aller très loin pour le trouver, par exemple en plaçant systématiquement sa tête dans son champ visuel en début de thérapie, l'appelant par son nom. M. Little<sup>938</sup> a montré, à partir de sa propre expérience, à quel point il fallait quelquefois aller loin pour contenir le patient, mais elle ne faisait là que suivre son thérapeute et maître, D. Winnicott.

Dans l'exposé des cas cliniques, j'ai plusieurs fois décrit l'attitude de Judith penchant la tête et regardant avec insistance le patient, allant le chercher par un mouvement de tête incliné en cherchant à accrocher son regard pour le ramener « à la séance » dans son mouvement. Cette attitude, qui lui est propre, est assez surprenante mais en général très

---

<sup>937</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p. 74 à 93.

<sup>938</sup> Little (M.), *Des états-limites*.

intéressante et vécue de façon authentique par le patient qui est ainsi réanimé, réintégré à l'intersubjectivité.

Pour ma part je garde un souvenir très ému d'un moment précieux de thérapie en cabinet libéral :

Madame R. , âgée de quarante ans et mère de trois enfants vient en thérapie chaque semaine depuis deux ans. Dès le début de l'entretien, elle raconte une scène conflictuelle avec une de ses collègues de travail qui n'aurait pas perçu la dépression de sa secrétaire et continuerait même à la harceler pour qu'elle soit plus efficace.

Elle associe ensuite sur ce que l'on voit ou ce qu'on ne voit pas chez les autres pour arriver à une scène très ancienne et d'une rare intensité. Son fils avait alors quelques mois et Madame R. l'avait senti fragile dès sa naissance (elle-même était dans une situation complexe à ce moment et n'avait pas bénéficié de l'attention nécessaire de son entourage).

Pour passer une soirée avec son mari, elle confie pour la première fois son bébé à une nourrice. Lorsqu'elle revient, elle retrouve son enfant apathique, le regard perdu et présentant un comportement inhabituel. Ressentant la détresse de son fils avec une grande sensibilité, me décrivant ses symptômes et les effets contre-transférentiels avec une subtilité incroyable, elle se met alors à me raconter en détails et avec une grande intensité le véritable combat qu'elle dut livrer pour réanimer son fils, le ramener à la vie, rétablir un contact. Cette lutte ne dura que quelques minutes, mais je reste persuadé que ce temps, véritable travail thérapeutique (et avant tout maternel), permit à son fils de rester psychiquement vivant.

Elle fit alors un travail de « récupération » épuisant mais efficace, qui lui permettra d'ailleurs de supporter ensuite certaines attitudes (d'allure autistique) de son fils remarquées par son entourage, symptômes qui s'atténueront progressivement jusqu'à quasiment disparaître à l'adolescence.

L'échange entre cette mère et son bébé (vécu dans le contre-transfert par une identification massive de ma part et au désespoir du bébé et à la contenance active de sa mère) est selon moi paradigmatique d'une contenance active. Il n'est bien sûr valable que parce qu'il a pu se faire dans une réelle authenticité.

Je reprends pour terminer la description que fait D. Anzieu du moi et du penser : tous deux tendent à contenir les processus et productions psychiques pour le premier (affects,

symptômes, sensations...), les actes logiques pour le second (les jugements par exemple). Ils n'y arrivent cependant pas toujours, ni totalement :

- si le contenant n'est pas assez souple, il peut paralyser les contenus (D. Anzieu donne l'exemple d'un affect de haine étouffé donnant une crise d'asthme)
- s'il l'est trop, on risque l'hémorragie narcissique, l'angoisse de vidage, le déversement des contenus.
- 

On retrouve tout à fait ce modèle de contenance face à l'expérience traumatique et aux dispositifs mis en place pour la traiter. Les thérapies risquent souvent soit de figer, rigidifier, empêcher ou paralyser le déploiement des contenus de l'expérience, soit, en laissant tout faire et tout dire, de laisser le sujet abandonné à sa propre expérience, racontant de façon hémorragique les détails de son traumatisme, se vidant de sa propre expérience.

#### 4-4-6 b) Effet de dramatisation

Le regard dans le groupe met en jeu les fantasmes comme celui que tout est à la vue de tout le monde. Le dispositif peut ainsi favoriser une dramatisation face aux thérapeutes, ce qui serait moins possible dans une foule par exemple. L'aspect psychodramatique de la scène de cet espace à trois s'accorderait avec l'idée qu'il s'agirait (dans un premier temps au moins) de ne pas trop interpréter mais plutôt de souligner, révéler, accentuer les moments où la symbolisation de l'expérience s'est interrompue, les moments traumatiques en fait.

Le dispositif viendrait mettre en scène avec insistance, c'est-à-dire dramatiser l'expérience traumatique du sujet. Sa forme, congruente au montage du fantasme, permettrait un jeu suffisamment souple pour que le sujet puisse y explorer, en prenant différentes places, les différents aspects de son expérience.

Comme l'a montré Bion avec ses *présupposés de base*, on pourrait même y reconnaître non pas différents groupes mais différents types d'organisation, des possibilités pour le patient de « se combiner » librement avec tel ou tel thérapeute, aucun, ou encore les deux simultanément : dépendance, couplage et attaque/fuite pourraient s'y déployer. Une *sociabilité syncrétique* (J. Bleger) pourrait même s'y déposer, contenant les parts indifférenciées de la psyché. Cette sociabilité par interaction, chargée de communication préverbale et immobilisant des strates archaïques assurerait en quelque sorte la base, l'arrière-plan des identités de rôles, l'appartenance au psychodrame d'une certaine façon, la reconnaissance qu'il s'agit bien de la même scène.

J. Bleger a en effet insisté sur l'idée que le sujet est d'abord un groupe, non pas parce qu'il appartient à un groupe mais parce que sa personnalité est un groupe. Dans cet esprit, les trois protagonistes du psychodrame joueraient sur cet arrière-fond d'indifférenciation ou de syncrétisme où l'expérience traumatique naviguerait en permanence. Une fois déposée dans le dispositif la part non discriminée de chacun, et surtout du patient, le jeu traumatique pourrait commencer.

Le dispositif à trois fonctionnerait alors comme une sorte de matrice psychique dans l'ici et maintenant des entretiens permettant une psychodramatisation des expériences antérieures. Bion avait été frappé par une certaine homogénéité des petits groupes, j'ai déjà parlé de cette résonance commune. On peut souvent y lire une mise en scène d'un fantasme dans l'ici et maintenant : le fantasme est d'emblée individuel mais le dispositif, en le dramatisant, le traiterait comme si c'était le fantasme de l'ensemble des trois protagonistes, le rendant ainsi plus supportable pour le sujet. Les deux psychologues joueraient en fait la scène traumatique avec le patient, ou plutôt ils prendraient les rôles que ce dernier leur aurait attribués.

La question du transfert dans cette psychodramatisation de l'expérience traumatique au sein de ce dispositif ressemble à celle que l'on pose à propos du psychodrame. Cet espace thérapeutique serait-il le lieu du développement d'un transfert central en direction du « bloc » des psychologues et de transferts latéraux vers chacun des thérapeutes ? Il me semble plutôt que, puisque le traumatisme atomise l'expérience, la diffraction du transfert attirée par le dispositif serait au service d'une unification ultérieure de l'expérience dans un transfert plus « central ».

Les espaces pulvérisés et fragmentés de l'expérience seront ainsi symbolisables parce que leur traitement sera supportable dans une diffraction réduisant leur impact traumatique. Cette diffraction est possible dans une psychodramatisation de l'expérience.

La scène des entretiens en double écoute pourrait ainsi être une scène proche de celle du psychodrame ; le patient utiliserait le dispositif pour cliver, distribuer plus souplesment les éléments de son expérience, les répartir sur tel ou tel acteur de la scène... Seule l'analyse intertransférentielle (R. Kaës) permettrait alors de mieux saisir cette *distribution*.

Evidemment, ce qui est souhaitable c'est que la scène émerge d'elle-même lentement autour de l'informaté de l'expérience. Une précipitation trop grande du patient ou des thérapeutes, apportant d'emblée la scène ferait fonctionner cela comme un clivage, un dépôt. D'une certaine façon, ne pourrait-on alors imaginer que toute la stratégie psychodramatique reviendrait à « parler d'autre chose » ? L'insistance des cliniciens à rappeler au patient qu'on ne lui demande pas de faire le récit de la scène traumatique (mais qu'il peut le faire) irait dans ce sens.

La psychodramatisation du trauma faciliterait son articulation à l'ensemble de la vie psychique bout à bout, fragment par fragment, bien au-delà d'une catharsis. Le dispositif viendrait signifier que dire l'expérience ne suffit pas.

La psychodramatisation faciliterait une répétition mais une répétition symbolisante et en acte d'un traumatisme subi (comme dans l'exemple du jeu de *fort-da* décrit par Freud pour symboliser la disparition et le retour de la mère). Répétition et pas pleine reviviscence donc. Dans cette répétition, le double est fondamental :

« Ce qui permet l'introduction du symbole dans la situation traumatique, et par conséquent la dramatisation, c'est le fait que le sujet y figure comme dédoublé : il est à la fois lui-même et se voyant de l'extérieur. Autrement dit, la dramatisation implique un tiers observateur du traumatisme, et auquel, pour partie, le sujet s'identifie. Le symbolisme est inventé au nom de ce tiers. »<sup>939</sup>

Dramatiser ce n'est pas forcément exagérer, c'est aussi symboliser. Dans cette répétition dramatisée (et non dramatique), chacun joue bien entendu le rôle de substitut des objets perdus, séduits ou encore celui de témoin de la scène. Chacun peut jouer ces rôles à

---

<sup>939</sup> Abraham (N.) et Torok (M.), *L'écorce et le noyau*, p.358.

tour de rôle. La psychodramatisation des scènes traumatiques permet leur symbolisation dans l'éternel paradoxe de la répétition mais d'une répétition où le sujet peut occuper différents rôles et même celui d'observateur, une répétition qui permet dans le même temps le détachement de ces mêmes scènes.

Abraham et Torok situent cette dramatisation entre cramponnement et détachement dans une sorte de *symbolisation exorcisante* :

« Ici, la dramatisation en commun du traumatisme subi serait à même d'apporter à la fois la différenciation des individus et la synergie fonctionnelle de l'ensemble du groupe. [...] L'incorporation du traumatisme, généralement létale, est dépassée vers la symbolisation exorcisante, grâce à la restitution, latérale en quelque sorte, de l'unité d'elle perturbée, au moyen de la communication sociale. »<sup>940</sup>

En donnant au sujet la possibilité de distribuer, de déployer les éléments et rôles de son expérience traumatique, le dispositif en double écoute donne aussi la possibilité d'un jeu indéfinissable, permettant de mettre sur la même scène à la fois le personnage de l'expérience et son monde interne. Cette psychodramatisation, comme le rêve ou le fantasme, permet une circulation des éléments de l'informité et leur fixation sur tel ou tel personnage de la scène. Elle permet aussi dès ce moment de circonscrire et qualifier l'éprouvé en question.

#### 4-4-6 c) De l'attraction des imagos au relief de l'expérience

Le couple thérapeutique attire aussi quelquefois pour les patients des imagos plus désorganisatrices comme une imago maternelle incestuelle, despote exerçant son pouvoir et son emprise sur ses enfants. Pour s'en protéger, par crainte de sacrifier son identité, le sujet va

---

<sup>940</sup> *Ibid.*, p.376-377. Ces auteurs font ici plutôt référence à une communion dans le socius, au caractère rituel de l'acte dans la communion des membres du groupe ou de l'institution. Je reprends leur propos en le transférant sur la scène des entretiens en double écoute. En faisant ceci je considère la scène des entretiens comme une scène sociale.

attaquer cette imago en général de deux façons : soit il attaque le dispositif lui-même (avec le contrat thérapeutique) soit il s'en prend à l'un des psychologues pour détruire le couple de l'intérieur.

La question « à quoi pense ou rêve la mère ? » est très présente dans ce type de thérapie. Le patient s'interroge en effet sur ce qui peut bien occuper les pensées de la « mère-couple-thérapeutes » : les psychologues pensent-ils à lui ou à quelqu'un d'autre ? Ce quelqu'un d'autre auquel le couple-mère des cliniciens peut rêver, c'est aussi le père :

« Qu'est-ce que rêver au père ? C'est rêver *au lien* existant entre les parents et entre le bébé et le père dont la mère est, si j'ose dire, le lieu commun. Le *MutterKomplex*, tel que je l'entends, c'est celui qui voit dans la mère l'espace corporel doublement habité par l'enfant et par le père. Rêver au père, c'est donc rêver à la réunion triangulaire (ou plus) de ce que les soins maternels ont tendance à séparer dans la relation close mère-enfant. C'est donc déjà rêver l'ouverture de la relation au tiers, suivie de la mise à l'écart temporaire du bébé par la reconstitution de l'unité duelle de la relation pleinement sexuelle. Toutes les mères ne parviennent pas toujours aisément à ce passage d'un objet à l'autre.

Rêver au père c'est pour la mère se souvenir –déjà– que ce bonheur de la relation mère-enfant n'a qu'un temps, qu'il doit être vécu pleinement mais que son enfant ne lui appartient pas. Il s'appartient autant que le couple parental s'appartient. Le bonheur du couple exige périodiquement « l'oubli » de l'enfant. Si l'enfant est aimé et se sent aimé, il acceptera sans trop de dommage cette inévitable dépossession de la mère. »<sup>941</sup>

Je crois que la vignette clinique où je décris ma « rêverie du manège » pendant que Judith « s'occupe » de Jody est un bel exemple de ce jeu du lien au père. Ce moment thérapeutique est un moment précieux où le lien au père peut être pensé et rêvé par l'imago maternelle en amortissant l'abandon de l'enfant-patient Jody : c'est parce que Judith reste en contact avec elle, que la mère-thérapeute ne l'abandonne pas totalement (la diffraction permet que je peux seul rêver ailleurs « au père » pendant que Judith reste en lien avec Jody), qu'une scène réconciliant père et mère est possible, scène transitant par ma rêverie (ou devrais-je dire la rêverie commune au couple thérapeutique) transitant par le carrousel, Jonny Hallyday et finalement le père de Jody. La distance que je prends dans cette rêverie donne aussi

---

<sup>941</sup> Green (A.), *La folie privée*, p.407-408.



inévitablement, de fait, aussi une image paternelle dans la thérapie. Sans cette distance, Jody pourrait rester agrippée à l'imago, donc pas en lien.

L'attraction des imagos exercée s'accompagne de potentialités de différenciation au sein même de la contenance offerte par le couple thérapeutique, qui fait référence à une certaine bisexualité :

« La bisexualité est une des *images* –peut-être la plus vivante et, en tout cas, la plus originale- de la figure corporelle de symétrie. *Elle est une image du corps*. Comme telle, elle confie à un thème la représentation des oppositions en miroir (le plein et le creux, la droite et la gauche... le masculin et le féminin) et elle *illustre*, de la sorte, le paradigme de la complémentarité des contraires. L'absent se trouve corporellement inscrit comme un stigmate (anatomique ou psychique) du sexe opposé. *Nous sommes bien là devant un mythe de la réparation* (l'unité divisée en opposés symétriques) et on ne saurait méconnaître sa force d'insistance pour certaines pratiques psychothérapeutiques et *pour leur théorisation*. Lorsque la symétrie devient ainsi figure de l'image du corps (sorte de rétroprojection), elle en spatialise la forme biologique. »<sup>942</sup>

Le modèle d'attraction des imagos proposé par ce dispositif est spéculaire et fait en effet référence à une symétrie et une spatialisation. Les différences de chaque thérapeute sont complémentaires, la double écoute assure une représentation des différences pouvant prétendre à une unité, notamment sous la forme de la représentation imagoïque.

Evidemment, l'évolution dans la dynamique de la thérapie de la présence univoque d'une imago vers un couple puis vers certaines différenciations et même une triangulation révèle certaines avancées psychiques. Ce sont par exemple ces moments où le patient va s'allier à un clinicien pour se protéger de l'autre ou du lien incestuel avec une imago menaçante.

Il convient d'être particulièrement attentif à ces moments de différenciation, lorsqu'on passe d'une imago très envahissante et massive à celle projetée sur un des cliniciens portant par exemple plutôt l'imago paternelle interdiciatrice et protectrice, son collègue plutôt une imago contenante et réceptrice.

---

<sup>942</sup> Fédida (P.), *L'absence*, p.351-352.

Deux observations doivent être faites :

- Chaque thérapeute peut occuper telle ou telle position imagoïque successivement, les deux peuvent ensemble porter la même imago
- Le choix de cette position n'est pas très dépendant de l'identité sexuée des cliniciens :  
« (...) il semble que les processus transférentiels vis-à-vis du couple thérapeutique soient analogues, l'un ou l'autre des thérapeutes, quel que soit son sexe, pouvant porter l'imago paternelle interdictrice et protectrice, l'autre l'imago maternelle réceptrice et contenante. »<sup>943</sup>

L'attraction des imagos par le dispositif est un potentiel intéressant dans le traitement de l'expérience traumatique. Cette attraction n'est cependant utile pour le sujet que dans la mesure où elle permet le déploiement des éléments de son expérience. Elle le facilite en fait parce qu'elle attire l'expérience dans des conditions de plus grande sécurité : la contenance est accrue par la présence de deux psychologues. D'une certaine façon, le couple thérapeutique attire à la manière d'un aimant l'informité du sujet et il le fait notamment en encourageant un nouveau déploiement des imagos, déploiement dynamique et souple.

En fait, je propose l'idée du développement d'un relief au sein des entretiens en double écoute, le troisième protagoniste (si l'on juge par rapport à une thérapie classique ou à la cure) permettant l'instauration d'une profondeur, d'une troisième dimension, la tridimensionnalité tiendrait aussi à la présence de trois personnes sur la scène du transfert et en l'occurrence sur la scène du dispositif.

Je reprends ici volontiers le travail de S. Le Poulichet sur l'informe et son étude sur le déploiement de nouveaux espaces dans la thérapie. Tout se passe en effet comme si le sujet pouvait gagner peu à peu une épaisseur, d'un corps plat parfois uniquement tenu par la nécessité de la verticalisation (la lecture de ma clinique à l'aide des signifiants formels montre que tel n'est même pas toujours le cas) il passe ainsi à un corps présentant un relief. Cela est d'ailleurs parfaitement concordant avec ce que j'ai pu dire du regard porté par les deux psychologues sur l'expérience du patient, ce champ visuel donnant du relief au sujet.

---

<sup>943</sup> Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, p.81. A. Brun fait ici référence à des groupes thérapeutiques d'enfants, j'élargis son propos. Elle remarque aussi que de telles observations ont été vérifiées par G. Haag. Je dois cependant nuancer mon propre propos et le parallèle tissé avec le travail de A. Brun ou G. Haag : si l'économie traumatique est certes une économie d'expériences catastrophiques, les sujets ne sont pas aussi désorganisés que les enfants autistes ou psychotiques aidés par ces auteurs. Leur accès à l'influence d'une différence sexuée chez les cliniciens est donc très certainement plus important.

S. Le Poulichet insiste sur la mise en perspective de la voix, je la suis tout à fait mais j'associe la polyphonie des regards à celle des voix, cet auteur fait d'ailleurs aussi ce lien : « *La mise en perspective de la voix a ce pouvoir de soutenir l'investissement narcissique d'un contenant qui transforme le rapport au visuel et rend érotisables les contours du corps, tout autant que le corps en creux (oral, anal, vocal et génital). Grâce à la mise en jeu d'une réversibilité entre contours et creux, l'image du corps n'est plus réduite à un objet soumis à la demande de l'autre, mais elle donne lieu à un corps-cavité source de désirs vers l'autre.* »<sup>944</sup>

L'espace thérapeutique permet alors un certain détachement des espaces internes, des cavités deviennent explorables grâce aussi au déploiement des imagos parentales dans ce relief :

*« C'est d'abord l'élaboration de la figure des corps-cavités des parents qui rend possible l'investissement narcissique du corps propre comme cavité et contenant. Auparavant, les corps pouvaient demeurer dans le vide de la confusion : figure dépressive de corps plats non séparés, ou bien sous la menace d'insolites déformations ».*<sup>945</sup>

Cette clinique de l'informe est bien celle que j'ai explorée dans les expériences traumatiques à travers la notion d'informité. Face à cette informité, l'attraction par le dispositif des imagos parentales assurent une possibilité de profondeur et de mise en forme. Il ne s'agit pas ici d'un simple miroir renvoyant l'image d'un corps plat mais du renvoi d'une image spéculaire de profondeur, ceci grâce notamment à la présence de deux psychologues.

Mais pour faire face à la « terreur de l'informe » (S. Le Poulichet), il faut du temps avant que le sujet accepte de se faire réfléchir en relief. L'arrière-plan constitué par les psychologues n'est pas psychiquement d'emblée constitué, le dispositif ne fournit que l'occasion de le faire plus efficacement.

Je crois avoir montré avec l'analyse du cas d'Astrid comment fond et forme avaient pu s'articuler dans cette thérapie. La terreur d'Astrid était bien visible lorsqu'elle ne nous distinguait pas du fond du mur, lorsque Judith disparaissait dans la plante verte, lorsque seul le clignement de nos yeux était visible.

---

<sup>944</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes.*, p.53.

<sup>945</sup> *Ibid.*, p.54.

Le couple des thérapeutes donne un point de vue, permet une focalisation et donc une possibilité de profondeur devant les vacillements incessants du sujet traumatisé, le regard sur l'expérience traumatique surgit à ce moment.

#### 4-5-6 d) Spatialisation

Très en lien avec la notion de relief donné à l'expérience du sujet, celle de spatialisation s'ouvre maintenant. Le lecteur aura compris mon insistance à ce sujet, tant par la lecture faite de la clinique (à l'aide des signifiants formels notamment) que dans ma proposition de topique de l'expérience traumatique (dont j'ai souligné les références à la topologie et au déploiement spatial).

L'évolution de la psychanalyse dans sa façon de considérer les aspects transféro-contre-transférentiels a fait qu'elle se soucie peut-être un peu moins, comme le remarque A. Alvarez, de donner la « bonne » interprétation que de contenir l'expérience du sujet, d'en percevoir les nuances et de les lui restituer :

*« L'analyste tentera de percevoir si le patient s'est en effet senti compris à travers l'interprétation donnée, comment il l'a reçue, s'il l'a entendue ou non, et ce qu'il en a fait. Ainsi, l'exactitude de l'interprétation est tout autant fonction de son audibilité que de sa véracité au sens plus général ou plus psychodynamique. Le patient l'a-t-il accueillie, s'en est-il emparé ou débarrassé aussitôt, ou s'est-il senti si blessé par l'interprétation qu'il n'a pu la recevoir du tout ? Ou tout simplement l'a-t-il comprise ? »<sup>946</sup>*

Poursuivant en ce sens, A. Alvarez s'interroge sur les modèles pouvant rendre compte de la façon dont l'expérience a été assimilée par le patient. Les métaphores visuelles et spatiales apparaissent alors comme pertinentes pour en rendre compte. Je retrouve ici une proximité intéressante avec ma proposition topique qui soutient qu'une des particularités de l'expérience traumatique est de ne pas être localisable (les zones de plis du ruban de mon

---

<sup>946</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p.95.

schéma tentant de montrer comment le sujet peut essayer de circonscrire et fixer les éléments de son expérience).

A. Alvarez s'interroge ainsi sur le fait que l'expérience pourrait être assimilée à condition d'être localisée chez l'autre, ceci renvoyant

« (...) *d'avantage à des questions de perspective plutôt que de projection*. La localiser ainsi pourrait même être *un début de processus introjectif plutôt que projectif*. »<sup>947</sup>

L'idée d'une perspective donnée à l'expérience renvoie bien entendu à la notion de profondeur, de relief que le dispositif en double écoute peut lui donner, notion que j'ai proposée précédemment. Les cas cliniques que j'ai longuement décrits regorgent d'exemples allant dans ce sens : on a vu à de nombreuses reprises à quel point l'orientation spatiale du sujet, de son expérience mais aussi de ses adresses aux psychologues est significative. Lorsque Astrid oriente son fauteuil vers moi, lorsqu'elle associe systématiquement un geste de la main en direction de tel ou tel clinicien selon à qui elle parle, quand Denis dit « *à vous je ne peux que dire ça, à vous je parle d'autre chose* » en montrant Judith et moi successivement, lorsqu'enfin Elodie nous regarde longuement alternativement avant de décider à qui parler, alors chacun de ces patients spatialise les éléments de son expérience.

On pourrait faire une lecture un peu trop rapide de ces descriptions cliniques en termes d'identification ou de projection, peut-être convient-il de les penser en termes de spatialisation. Le patient spatialise son expérience d'abord dans le dispositif, notamment en l'extériorisant dans les psychologues, pour ensuite se la réapproprier en ayant eu cette perspective. Il faudrait en quelque sorte la localiser d'abord dans le dispositif et chez les cliniciens, en prendre la mesure spatiale, la perspective, afin que le sujet puisse l'intégrer dans son propre espace psychique.

Je préfère laisser ici la place à une longue citation de A. Alvarez qui retrace très bien tout l'intérêt de penser le traitement de l'expérience aussi en termes de spatialisation :

« Ces considérations sur l'importance de la perspective me sont venues après avoir observé qu'un patient, très replié sur lui-même, peut être amené à s'intéresser à une nouvelle expérience pour la première fois, non quand celle-ci se déroule à l'intérieur de lui-même mais plutôt quand elle se produit

---

<sup>947</sup> *Ibid.*, p.95.

chez quelqu'un d'autre. Alors qu'auparavant j'aurais considéré cela comme la conséquence d'un mécanisme projectif, actuellement je pense que cette formulation est erronée. La raison en est qu'à l'origine le concept de projection, même dans sa version kleinienne plus subtile d'identification projective, impliquait que la *source d'une expérience donnée se situait nécessairement à l'intérieur du self*, même si l'expérience se déroulait en-dehors du self. L'expérience projetée provient initialement du self du patient et est désavouée par la suite. Cependant, Spillius et Joseph attirent l'attention sur le fait que le terme identification projective est souvent employée à propos de situations dans lesquelles ce n'est pas une partie du self du patient qui est projetée, mais un aspect ou une partie de son objet interne qui a besoin d'être exploré. Ainsi, une partie du monde intérieur peut être projetée au-dehors, sans qu'il s'agisse nécessairement d'une partie du self (Spillius 1988 ; Joseph 1978). Grotstein (1981) et Sandler (1988) préfèrent le terme d'extériorisation ; quant à moi, je ne sais pas s'il est utile d'étendre la signification de l'identification projective pour couvrir ce genre de situation, sauf quand le patient est vraiment en train d'obliger son analyste à jouer le rôle d'un objet du passé. Joseph décrit la pression exercée sur l'analyste afin qu'il se sente désespéré et/ou qu'il offre un réconfort illusoire, à la manière d'autres figures, réelles ou imaginaires, appartenant au passé de son patient (Joseph 1982). Mais lorsque le patient s'attend à ce que les objets externes soient identiques à son objet interne puis remarque *quelque chose de différent et de nouveau, ou même de renouvelé mais inattendu*, et que ce quelque chose réussit vraiment à capter son attention, je crois que l'utilisation du concept de projection peut conduire à des interrogations prématurées. On pourrait se dire, par exemple, que le patient devrait vivre l'expérience lui-même, c'est-à-dire ré-introjecter la partie perdue ; alors que ce qu'il lui faut avant tout, selon Joseph, c'est une occasion d'explorer et d'examiner l'expérience en question à partir d'une perspective ou d'un lieu qui la rende apte à être visualisée et examinée. Avec cette marge de sécurité suffisante et une perspective adéquate au plan cognitif, il pourra peut-être réussir à faire ce que les américains appellent « se mettre une idée en tête » et à trouver la pensée pensable. »<sup>948</sup>

Se mettre une idée en tête ou penser les choses pensables passe aussi, on l'aura compris, par le fait de repenser les modes et possibilités d'interprétation. J'ai longuement commenté en quoi la construction par exemple était souvent un modèle pouvant mieux rendre compte du retour fait au patient dans ce type de rencontres cliniques. Certains aménagements du dispositif ou certaines propositions thérapeutiques (l'Analyse transitionnelle de D. Anzieu par exemple) proposent également des alternatives.

Mais sur la question précise de la spatialisation de l'expérience, l'interprétation aussi peut être repensée. Il est parfois nécessaire de travailler sans passer obligatoirement par l'interlocution. L'interprétation comme tout « retour » au patient comporte une dimension

---

<sup>948</sup> *Ibid.*, p.97.

spatiale particulièrement appuyée dans la rencontre avec le traumatisme : les gestes du thérapeute sont importants, ils signifient vers quoi ou qui se dirige ce qui est dit.

Quelquefois, comme le remarque judicieusement S. Le Poulichet, ce sont les contours du corps lui-même, et non plus seulement de l'expérience, qui sont flous. Je remarque que cela s'accompagne souvent d'une vision floue ou déformée des contours des cliniciens ou du cadre même de la pièce où se déroule l'entretien. Il est à ce moment intéressant de ne pas refuser d'entrer dans des considérations spatiales avec le patient : certains trouvent que nous avons changé quelque chose dans la pièce, qu'elle semble plus étroite ou plus volumineuse, que la lumière y entre moins, que les meubles ne sont pas disposés de la même façon... Il n'est pas rare que ces observations tentent d'élaborer d'autres sensations de vertige, d'informaté de l'expérience, de trous ou de transformations offrant d'ailleurs l'occasion d'une lecture à l'aide des signifiants formels. Ces éléments spatiaux visent aussi à localiser, spatialiser (verticaliser, ordonner, situer dans une relation de proximité...) l'expérience traumatique du sujet. Le clinicien peut y répondre par une proposition comportant également une tonalité spatiale.

Lorsque J. Lacan étudie le processus (ou stade) du miroir, il rappelle que ce n'est pas uniquement le corps de l'enfant qui y est reflété et investi libidinalement comme image complète, c'est aussi tout l'espace autour, la réalité extérieure (de la pièce, des objets...) qui participent à l'unification spéculaire. Tout l'espace est concerné, celui du corps du sujet comme celui du monde extérieur :

*« La superposition et l'articulation du tissu de la réalité et du corps propre constituent même un aspect essentiel de l'expérience qui fait tenir ensemble le monde et le corps dans le champ visuel, en tant qu'images réfléchies sur une même surface depuis un même point donné de la vision. »<sup>949</sup>*

On retrouve ici mes propositions sur l'importance du visuel et de l'espace dans le champ thérapeutique du traumatisme, importance que j'ai pu précédemment relier à la valeur de la perspective prise par le sujet sur son expérience. La saisie de l'espace du sujet se fait avec celle de l'espace du monde dans un mouvement d'unification réciproque, « l'un ne va pas sans l'autre » oserais-je dire.

D. Anzieu l'a bien rappelé, c'est le fait que le sujet puisse projeter sa topique interne sur le dispositif et le cadre qui garantit le soin. Les traumatismes sexuels mettant tout

---

<sup>949</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes.*, p.33.

particulièrement en œuvre cette dimension spatiale, il me semble important d'en tenir compte dans le dispositif et les modes d'intervention des thérapeutes.

Lorsque R. Roussillon (1991) reprend le concept de médium malléable exposé par M. Milner pour décrire des objets matériels pouvant servir à la symbolisation primaire par leurs propriétés propres répondant à des caractéristiques (indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et animation propre), il insiste bien alors sur les dimensions dynamiques et spatiales de ces objets. Ces objets représentent en chose la symbolisation elle-même et ne peuvent se définir sans leurs propriétés spatiales, pas plus qu'on ne peut les penser sans le lien transférentiel les reliant au thérapeute.

Evidemment, on ne peut trop faire coller cette modélisation à l'action des cliniciens eux-mêmes, trop exporter le modèle du médium malléable aux thérapeutes. Il peut cependant servir de base à une approche thérapeutique où les psychologues seraient eux-mêmes pensables comme médium malléable, les cinq propriétés exposées ci-dessus pouvant en grande partie leur être attribuées (et peut-être plus particulièrement dans le dispositif en double écoute).

De nombreux auteurs se sont donc intéressés à cette dimension spatiale dans le soin. Il me semble fondamental de pouvoir en effet considérer que l'expérience traumatique du sujet doit aussi, pour être représentable, et peut-être même avant cela pour être évacuable, être spatialisée. Il ne s'agit pas ici de la situer sur une carte, fut-elle psychique ; il est plutôt question de la situer dans l'espace inter- puis intra-subjectif afin que le patient puisse saisir ce qu'il y a devant, derrière ou à côté de son expérience, comment se situent les éléments qui la composent les uns par rapport aux autres ou encore de quel endroit il peut la saisir et la montrer aux autres.



## **4-5 Implications techniques**

J'ai déjà assez longuement décrit dans cette thèse certaines implications de ma façon de penser l'expérience traumatique comme son déploiement dynamique et son traitement. La topique mais aussi le type d'interventions du clinicien ou encore la façon dont le cadre et le dispositif pouvaient être réinterrogés ont été abordés.

Je souhaiterais maintenant rendre compte d'implications techniques tout particulièrement soulevées par le dispositif en double écoute, notamment en ce qui concerne la mise en avant des accordages thérapeutiques, les potentialités d'attraction de l'expérience traumatique, les particularités transférentielles et l'importance des clivages fonctionnels.

### **4-5-1 Les accordages thérapeutiques**

Le miroir maternel est transmodal, il renvoie bien l'image de l'enfant mais sous une forme différente ; il y a toujours un décalage dans le mode de renvoi ou dans la différence signifiée. Les cliniciens de la double écoute ont aussi cette fonction en encourageant la qualification des expériences par le sujet mais aussi en introduisant un écart évitant toute confusion, une sorte de miroir à représentations.

L'accordage signifie toujours un rapport à la différence, à l'écart. D'après D. Stern, le bébé est avec un autre de telle façon que tous deux unissent leurs comportements pour que quelque chose survienne qui n'aurait pas existé autrement sans cette combinaison (j'envisage les entretiens en double écoute sur le même modèle). Cela reviendrait à traduire un état affectif par un comportement dont la forme reproduirait la forme exposée par le patient : plus

les accordages patient/psychologues seraient nombreux, plus le patient aurait l'impression que sa vie subjective est partageable.

Il est clair en effet que l'imitation ne suffit pas. Il faut d'abord pouvoir lire l'état émotionnel du nourrisson dans son comportement, présenter ensuite des comportements lui correspondant sans l'imiter parfaitement pour qu'enfin le nourrisson comprenne que « (...) la réaction parentale a un rapport avec sa propre expérience émotionnelle initiale et pas seulement avec l'imitation de son comportement. »<sup>950</sup>

D. Stern note que le bébé a des aptitudes à trouver des correspondances transmodales dès la troisième semaine. Cette perception amodale du nourrisson (aptitude innée qui le conduit à traiter des informations reçues d'une modalité sensorielle à une autre) pourrait être utilisée dans le cadre des entretiens en double écoute et massivement sollicitée. Il y aurait ainsi une action « supramodale » qui ne serait pas une traduction directe d'une modalité à une autre mais un codage dans une représentation amodale qui serait ensuite reconnue dans n'importe quel mode sensoriel. Cette correspondance transmodale, non-verbale, relierait l'expérience présente (ce qui se passe durant les entretiens) à l'expérience antérieure (le ou les traumatismes antérieurs) : « Cette forme primitive de déjà vu est bien différente du processus de liaisons par associations [...] ».<sup>951</sup>

Ainsi, certaines propriétés du traumatisme sexuel comme la forme, le rythme, l'intensité, seraient mises en évidence comme des qualités de l'expérience, amodales. Comme le bébé qui, entre sept et neuf mois découvre qu'il a un esprit et que les autres aussi, que le contenu peut être partagé, que l'autre peut avoir un état mental semblable au sien, le patient découvrirait aussi l'intersubjectivité de son expérience traumatique.

L'insistance sur l'échange intersubjectif comme sur les aspects formels de l'expérience me semble tout à fait correspondre à l'« esprit » de ma recherche. On trouve d'ailleurs dans l'étude des enveloppes proto-narratives décrites par D. Stern ces mêmes propriétés (définissant notamment les « contours » de l'échange comme je peux parler de contours de l'expérience traumatique).

L'accordage affectif dans le cadre des entretiens en double écoute supposerait peut-être de déterminer la zone traumatisée (sa forme, son rythme), pouvoir lire l'état émotionnel dans le comportement manifeste de la personne traumatisée et présenter un comportement qui, bien que ne se réduisant pas à une imitation stricte, corresponde sous certains aspects au

---

<sup>950</sup> Stern (D.), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, p.182.

<sup>951</sup> *Ibid.*, p.76.

comportement manifeste du sujet. Le patient pourrait alors rapprocher cette correspondance de la forme de son expérience traumatique.

J'ai souligné à de nombreuses reprises l'intérêt d'un jeu dans les entretiens thérapeutiques, non pas seulement dans son sens ludique mais aussi mécanique, les psychés des protagonistes pouvant s'accorder, « s'arranger » ou s'ajuster parce qu'elles disposent d'un espace suffisant pour le faire. L'assemblage créé par la double écoute doit permettre au patient de pouvoir déplacer, dilater, rétrécir ou regarder les éléments de son expérience d'un autre point de vue.

Reprenant les recherches sur les interactions précoces, R. Roussillon considère que le premier jeu se fait certainement avec la sensorialité, les ajustements « esthésiques » permettant le partage de la même sensation. Ces ajustements relèvent de mimes et non de copies, ils ne sont pas exacts mais garantissent des interactions d'ajustement. Ces ajustements, très nombreux et mêmes essentiels dans la communication infra-verbale, dépassent très largement l'idée d'un processus détoxiquant les productions psychiques du bébé.

Il ne semble pas incongru de considérer que ces ajustements perdurent même à l'âge adulte et je les pense également très nombreux et essentiels dans le processus thérapeutique. D. Stern précise d'ailleurs que la perception amodale, très précoce, ne cesse de s'améliorer. On retrouve aussi l'importance de ces accordages dans l'usage des métaphores, de la poésie et de l'art en général. La clinique que j'ai exposée dans cette thèse en a souligné de nombreux exemples, bien qu'il soit très souvent difficile de les isoler tant ils sont intégrés à l'ensemble du comportement. D. Stern parle d'« accordages enchassés dans leur contexte » et qui contribuent à l'épaisseur de la relation.

Ainsi, dans la vignette clinique où je découvre avec Jody le Dormeur du Val en même temps qu'elle le dessine, l'« insight » ainsi produit est beaucoup plus qu'une association (mon association avec le père décédé de Jody n'est pas formulée) ou qu'une reformulation. Il exprime sur un mode langagier, avec la lenteur et la prudence prises par Jody dans l'approche de ce père trouble, un contact avec l'imgo paternelle. La nature et l'intensité de ce contact, comme sa similitude avec la façon dont Jody le « dessine », sont impossibles à traduire ici. La preuve de l'accordage est avant tout dans l'impression clinique. Je peux seulement affirmer que ce qui a fait lien fut sans aucun doute la qualité de l'affect partagé. On y distingue bien :

- L'impression qu'une sorte d'imitation est intervenue, une correspondance.
- Cette correspondance est transmodale : Jody dessine et je parle d'une façon particulière (douce, lente, prudente et un peu triste).
- Je « rends » à Jody non pas son comportement (je ne parle pas de la qualité du dessin ou de l'acte moteur) mais un certain aspect de son état émotionnel. L'accordage a déplacé l'attention vers ce qui sous-tendait le dessin, l'affect qui sera partagé.
- Le plaisir pris ensemble à cet accordage et à cette découverte est évident.

D'autres exemples pourraient être apportés, comme lorsque nous vivons au rythme de Betty (« Ca s'effondre, glisse et frappe »), quand Judith va la « chercher » de la tête dans le même mouvement spatial qui a signifié son affaissement. D. Stern distingue trois caractéristiques du comportement pouvant servir de base à l'accordage (intensité, rythme et forme, qu'il décline en intensité absolue, profil d'intensité, pulsation temporelle, rythme, durée et forme).

D. Stern reconnaît lui-même que la *perception amodale* du nourrisson lui permettant de passer d'une modalité sensorielle à une autre reste mystérieuse : « Nous ne savons pas comment il accomplit ce travail. [...] Elles [les informations] existent d'une façon supramodale inconnue. »<sup>952</sup> Cette *représentation amodale* mystérieuse<sup>953</sup> pouvant être reconnue sous n'importe quelle modalité sensorielle, renvoie à un niveau préverbal et à un « codage » par l'affect qui, lui, n'est pas attaché à un mode perceptif particulier. C'est ainsi que l'on peut voir, dessiner ou « parler » le père-mort-incestueux-Dormeur du Val avec le même affect, en tout cas un affect soutenant la tonalité et les nuances les plus proches de celles exprimées par Jody.

Soutenant l'hypothèse que la première relation à l'objet s'établit dans une dépendance primitive sur le mode de « l'homosexualité primaire en double »<sup>954</sup> (2002), R. Roussillon parle de la rencontre avec un objet double de soi, double même et autre simultanément, un semblable qui n'est ni dans la fusion, ni dans l'indifférenciation. L'objet primaire a donc alors

---

<sup>952</sup> *Ibid.*, p.74.

<sup>953</sup> Dire d'elle qu'elle est mystérieuse ne signifie pas que cela ne soit pas vérifiable. D. Stern rappelle lui-même de nombreuses observations la décrivant, comme il cite également des études développementales sur les aptitudes transmodales montrant que des propriétés des sujets et des objets (la forme, l'intensité ou le mouvement) sont perçues de façon globale et amodale. Le mystère est même expérimentalement vérifié.

<sup>954</sup> R. Roussillon se fonde sur le concept d'homosexualité primaire proposé par E. Kestemberg.

une fonction miroir permettant réflexion et partage des émotions, bébé et objet primaire se formant comme double de l'autre.

Pour composer l'affect, le partage esthétique<sup>955</sup>, l'ajustement et le partage de sensations corporelles précèdent l'accordage affectif. L'accordage esthétique est

*« [...] le niveau premier et le plus fondamental, celui qui conditionne l'investissement libidinal premier du corps. Il s'observe à partir du « ballet » de l'ajustement mimo-gesto-postural réciproque entre mère et bébé (Stern, 1985). [...] Recherche, rencontre et éloignement l'un de l'autre, « respiration » du mouvement réciproque forment une espèce de « chorégraphie » corporelle dans laquelle s'ajuste, se communique et se transmet un cortège de sensations, ainsi « partagées » mais aussi régulées. L'investissement du corps et des sensations corporelles du sujet passe par la rencontre avec l'investissement du reflet que l'objet lui en communique en retour par son ajustement lui-même. »<sup>956</sup>*

R. Roussillon décrit l'accordage esthétique comme un « (...) mode de relation qui rend possible ce rapport en miroir et « en double ». Il est à l'origine de l'investissement par le bébé de ses propres états internes (...)»<sup>957</sup>

Les accordages esthétiques (sensori-moteurs) puis affectifs sont des sortes de préalables à tous les accordages ultérieurs et préparent le plaisir pris à l'échange intersubjectif, à la découverte du sens, à l'expérience de continuité.

J'ai fait l'hypothèse que ce reflet était facilité par la présence de deux psychologues, la plasticité de l'ensemble permettant d'étendre les possibilités d'accordages notamment au sein des processus à l'œuvre dans la symbolisation primaire, processus déjà longuement décrits. La fonction messagère de la pulsion (R. Roussillon) en direction de l'objet s'ajoute alors à la seule décharge, l'ensemble étant parfaitement en accord avec ce que j'ai cru comprendre des expériences traumatiques et de leur dynamique.

Comme l'expose R. Roussillon, c'est en effet par le partage esthétique, représentatif et émotionnel que le développement psychique se fait. La question n'est pas seulement d'avoir des sensations, des émotions et des fantasmes, elle est surtout de les partager. Ce modèle intersubjectif faisant des ajustements un fondement du développement psychique (c'est-à-dire d'un processus dynamique plus que de contenus) est aussi un modèle thérapeutique. Le fait qu'il situe la construction de la psyché dans l'intersubjectivité mais aussi l'interaction est essentiel et très en rapport avec les propositions de cette thèse. L'intérêt d'un dispositif avec

---

<sup>955</sup> Terme utilisé par M. F. Dispaux.

<sup>956</sup> Roussillon (R.), « La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », p.421-439.

<sup>957</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.242.

deux psychologues est aussi d'accroître les possibilités de jeu comme l'amplitude et la nature des ajustements possibles. D'autre part, comme je l'ai souvent rappelé dans cette thèse, il est toujours intéressant de considérer les choses en termes de processus pouvant coexister ; ainsi, les accordages affectifs peuvent très bien servir de support à des interactions fantasmatiques, comme le signale B. Golse.<sup>958</sup>

Dans leur intérêt pour essayer de comprendre comment l'enfant intériorise ses objets d'amour et d'attachement (ils citent les objets parentaux et fraternels), A. Ciccone et A. Ferrant<sup>959</sup> étudient les façons de considérer les éprouvés, notamment dans les processus de consolation. Pour eux, les accordages confirment l'idée d'un partage de la vie affective et subjective est assurent également l'épaisseur narcissique du sujet :

*« Plus le bébé vit des moments d'accordage avec son objet et plus se confirme l'idée selon laquelle la vie subjective est partageable, et plus se développe, en outre, un sentiment d'harmonie interne avec l'objet. C'est ainsi que se fortifie le sentiment d'estime de soi. »<sup>960</sup>*

Cette remarque est d'importance si l'on étend ces considérations à la relation thérapeutique : les objets thérapeutiques que sont les psychologues peuvent également être intériorisés comme objets d'amour et d'attachement (à moindre mesure que les objets parentaux ou fraternels) et les accordages en jeu avec eux participent aussi à la fois au partage subjectif et à une réassurance narcissique du patient. Que signifierait en effet un partage affectif avec un patient qui ne serait pas en mesure de le soutenir faute de « consistance » ? Ce serait un partage inéquitable où la psyché des thérapeutes risquerait de trop s'infiltrer dans celle du patient et d'en perdre de vue la subjectivité. On trouverait alors un « mauvais accordage » que D. Stern compare à un « vol émotionnel », le thérapeute s'infiltrant dans la vie subjective du patient, s'accordant à son état émotionnel pour ne rien lui rendre de sa vie psychique. On s'approcherait ici je crois d'une fonction pathologique de l'identification projective visant non pas à communiquer mais à pénétrer la pensée de l'autre, la squatter et manipuler de l'intérieur. La « compréhension intime de l'expérience subjective » évoquée par A. Ciccone et A. Ferrant en ce qui concerne les accordages serait ainsi dévoyée.

---

<sup>958</sup> Golse (B.), *Du corps à la pensée*.

<sup>959</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.40 à 42.

<sup>960</sup> *Ibid.*, p.41.

Le patient, comme le nourrisson, est doué pour reconnaître les équivalences transmodales. La notion de « transfert transmodal » (D. Stern, 1985) pourrait alors prendre un double sens. Ce qui est essentiel c'est avant tout que patient et thérapeutes

« (...) unissent leurs activités pour faire survenir quelque chose qui ne pourrait pas advenir sans la combinaison des comportements de chacun. »<sup>961</sup>

Cet effort commun de partage intersubjectif de l'informité traumatique peut se faire avec deux *autres régulateurs-de-soi* (D. Stern, 1985) dans un relatif silence, passant presque inaperçu dans la communication infra-verbale entre les psychologues et leur patient. L'accordage se fait bien sûr dans les liens intersubjectifs, dans l'assemblage des parts de psychés mobilisées chez les trois sujets du dispositif (le patient et les deux psychologues). Peut-être pourrais-je faire l'hypothèse que le couple des thérapeutes serait une structure d'appel jouant un rôle important dans le déploiement de ces accordages.

Bien entendu, la nature et l'ampleur de ce qui est échangé sont difficiles à mesurer. Ce dont on peut être sûr, c'est que cela se rapporte aux fondements de l'humanité. Par quels processus peut-on avoir accès à ce que les autres ressentent et peut-on être certain que ce que l'on ressent est proche de leurs éprouvés? Qu'est ce qui assure ce lien intersubjectif? L'identification projective comme modalité de communication préverbale semble évidemment tout particulièrement sollicitée dans ce qui est « (...) un réaménagement, une reformulation d'un état subjectif. »<sup>962</sup>

---

<sup>961</sup> Stern (D.), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, p.137. D. Stern fait ici allusion au bébé et à un « autre », j'élargis son propos à la relation patient-thérapeute.

<sup>962</sup> *Ibid.*, p.208.

## 4-5-2 L'identification projective comme paradigme de l'échange traumatique

Le lecteur aura bien compris que l'identification projective est une modalité d'échanges massivement utilisée dans l'économie traumatique. La massivité<sup>963</sup> de son impact, la voie infraverbale utilisée, la possibilité qu'elle offre d'évacuer comme de communiquer et enfin l'archaïsme des processus pouvant y être engagés en font une voie précieuse pour des échanges souvent peu tempérés.

Le concept d'identification projective a été proposé en 1946 par M. Klein comme « mécanisme schizoïde » mais de nombreux auteurs comme W. Bion ont enrichi et épaissi ce concept en insistant notamment sur des valeurs plus « intersubjectives ». H. Rosenfeld (1965) a bien décrit l'importance de ce processus dans les liens intersubjectifs et les échanges thérapeutiques, processus où chacun explore ses affects dans la psyché de l'autre. D. Meltzer (1965)<sup>964</sup> a aussi montré comment ce processus pouvait être utilisé par rapport aux objets internes (déjà intériorisés) et plus seulement externes. Cette identification aux objets internes peut même se cristalliser jusqu'à devenir la structure d'états « pseudo-matures », voire psychotiques dans une organisation *intrusive* bloquant le self dans un « claustrum » (nommé ainsi pour les angoisses claustrophobiques qui l'habitent). D. Meltzer reprendra donc ce concept en tissant d'importants liens avec l'analité (ce premier rapprochement ayant été fait dès 1946 par M. Klein sans être poursuivi).

D. Meltzer a bien montré les effets d'une identification projective massive aux objets internes (en général au sein ou au pénis selon un niveau d'objet partiel) sur certains aspects « pseudo » de l'adaptation de sujets donnant parfois l'impression d'être « frauduleusement » adultes. On retrouve ces effets dans la nature de certains transferts avec des patients devenant « serviables » ou coopérants en surface avec l'analyste. Les descriptions de cet auteur sont précieuses et très repérables dans la clinique que j'ai recueillie, parfois en collusion avec le traumatisme sexuel :

---

<sup>963</sup> Bien que D. Meltzer propose de ne pas forcément beaucoup insister sur cet aspect, l'adjectif donnant une valeur trop quantitative au phénomène pouvant induire une confusion avec la « quantité des structures sous-jacentes de la personnalité ».

<sup>964</sup> Dans son célèbre article : « La relation de la masturbation anale avec l'identification projective ».



« Cette mise en acte [*acting out*] se manifeste par un comportement quelque peu soumis, le désir de convaincre, de démontrer, d'aider l'analyste ou de le soulager de sa tâche. Le matériel se présente par conséquent souvent comme prédigéré, donné parfois seulement dans ses grandes lignes ou sous forme d'interprétations superficielles des états d'esprit. Tout sentiment du désir du patient de saisir le sens de l'interprétation fait défaut, il est remplacé par un désir évident d'éloges, d'approbation, d'admiration voire de gratitude de la part de l'analyste. En l'absence de ceux-ci, les interventions de l'analyste sont souvent ressenties comme témoignant d'un manque de compréhension, comme des attaques envieuses contre les capacités du patient, comme pure malveillance ou sadisme délibéré. Cette dernière manière de recevoir l'interprétation peut mener rapidement à l'érotisation et rendre l'interprétation semblable à une agression sexuelle. »<sup>965</sup>

On retrouve ici des constats cliniques très proches des particularités de la clinique que j'ai dégagées dans le premier chapitre de cette thèse. On sent bien également à quel point l'insistance sur les contenus est quelquefois « stérile » si le comportement n'est pas démontré dans l'interaction. Comme le signale D. Meltzer, les rêves fournissent parfois la seule voie d'accès pour départager ces aspects archaïques de l'adaptation de surface.

Avec Astrid par exemple, les nombreux rêves comme celui où elle se retrouve entre les jambes de sa grand-mère, ceux où elle vomit des vers blancs ou encore celui où elle se retrouve aux toilettes seule, la porte ouverte devant la foule, rappellent ce fonctionnement. Sa façon de percevoir Daphnée puis Judith et moi comme des gens toujours habillés en noir irait également dans ce sens.

Les vécus claustro-agoraphobiques peuplent l'expérience traumatique. La sensation d'être enfermé dans ou avec l'objet ou bien encore d'en être totalement abandonné est fréquemment communiquée aux thérapeutes. Insistant sur l'obligation de partage dans l'échange thérapeutique, A. Ciccone et A. Ferrant<sup>966</sup> décrivent cependant deux issues possibles :

- L'autre accepte ce qui est projeté.
- Il refuse les projections de façon défensive et de façon « doctrinaire » en adoptant par exemple une position artificielle de fausse écoute. Dans ce cas de figure, l'expérience

---

<sup>965</sup> Meltzer (D.), *Le claustrium. Une exploration des phénomènes claustrophobiques.*, p.31.

<sup>966</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.116.

persécutrice ou traumatique d'être rejeté, incompris et abandonné est toutefois d'une certaine façon partagée, le clinicien répétant le traumatisme.

Ces auteurs rappellent les travaux de Racker (1968) différenciant dans le contre-transfert une « identification concordante » d'une « identification complémentaire », toutes deux étant des formes d'identification projective. Dans l'identification concordante, le patient projette un affect qu'il fait vivre au clinicien alors que l'identification complémentaire suit la projection d'un objet du monde interne du patient, l'analyste se sentant comme cet objet interne (c'est aussi souvent ce type d'identification qui est difficile à vivre dans la clinique des agressions sexuelles, comme lorsque je me sens être le père incestueux d'Astrid ou Judith sa mère abandonnante).

J'ai proposé, en accord avec la pensée d'A. Ciccone et A. Ferrant, le partage d'affect comme paradigmatique du soin. Si tel est le cas, il faut aussi considérer que les processus d'identification projectives sont paradigmatiques des échanges traumatiques. Le partage se fait avec des identifications projectives parce qu'il s'agit souvent de transferts par retournement donnant une impression de massivité du partage, d'actualisation, un passage brutal de l'expérience.

J'ai précédemment fait allusion aux procédés de « récupération » de patients traumatisés ou plutôt de récupérations de pans de leur psyché ou de leur expérience. Il me semble, comme le travail de A. Alvarez le laisse également supposer, que les identifications projectives sont massivement impliquées dans ces procédés de récupération. G. Bateson différencie deux types de communication (le signe et le signal), la communication progressant quand le sujet ne répond plus automatiquement aux signes traduisant l'humeur des autres mais traite ces signes comme signal, quand il devient capable :

*« (...) de reconnaître que les signaux émis par l'autre, tout comme les siens propres, ne sont que des signaux dans lesquels on peut ou non avoir confiance, qui sont susceptibles d'être falsifiés, niés, amplifiés, corrigés etc. »<sup>967</sup>*

A. Alvarez fait l'hypothèse que l'identification projective de Bion, forme primitive de communication non-verbale se place entre le signe traducteur d'humeur et le signal, parfois

---

<sup>967</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p.72.

même au niveau plus archaïque du signe traducteur d'humeur dans les pathologies les plus lourdes. En effet, je l'ai rappelé, les patients traumatisés ont une expérience tellement désorganisée qu'ils ont parfois renoncé à la communiquer, à « émettre des signaux », l'identification projective étant alors la seule ressource du sujet agonisant.

L'identification projective permet de tenter la récupération sans même être certain que cela soit possible. Elle est évidemment, inutile de le rappeler, très en deçà de la communication verbale et se vérifie dans le transfert, le contre-transfert et les contre-attitudes du clinicien ; son impact corporel est indéniable et quelquefois douloureusement vérifiable.

Les trois fonctions de l'identification projective décrites par H. Rosenfeld, fonctions reprises par A. Ciccone (1999), A. Ciccone et M. Lhopital, 2001) sont les suivantes :

- La communication de vécus archaïques, préverbaux
- Le déni de la réalité psychique grâce à l'évacuation des mauvaises parties du Moi
- La maîtrise du corps et de la psyché de l'autre.

Il convient d'insister, notamment dans les pathologies du traumatisme, non seulement sur la valeur de défense de l'identification projective (témoignant d'une certaine position narcissique omnipotente), mais aussi sur sa valeur de communication. La relation qu'elle implique n'est pas seulement parasitaire (A. Green, 1990), elle ne fait pas que cliver monde interne et externe. A. Green par exemple, trouve la conception de l'identification projective plus utile pour lire le travail de la projection dans la schizophrénie, moins féconde dans d'autres pathologies.

Je trouve en revanche que ce modèle est plutôt paradigmatique de tout échange traumatique, en fait de tout échange ne pouvant pleinement s'intégrer dans une économie de refoulement, de souvenir, de métaphorisation, de langage...(ce qui n'exclue pas sa pertinence lorsque cette secondarisation intervient). Il rend compte des efforts désespérés du sujet à la fois pour se débarrasser d'éléments traumatiques et de les explorer à l'aide de l'autre, dans l'autre. Bien entendu, il en existe une version plus pathologique, cherchant plus à contrôler qu'à explorer ou communiquer. Evidemment aussi, il y est souvent question de forçages, de résistances ou d'intrusions mais le sujet traumatisé ne peut faire qu'avec les « moyens du bord » et l'on ne peut attendre de lui qu'il tempère ce qui l'a anéanti en partie. L'identification

a quelque chose à voir avec l'informe, c'est par elle que tente très souvent de se déployer et s'organiser l'informité de l'expérience traumatique du sujet.

Le va-et-vient que supposent les processus d'identifications projectives fait à mon avis travailler la question des limites, au prix souvent d'une certaine confusion (le sujet ne sait plus ce qui appartient à l'un ou à l'autre), mais avec l'intérêt aussi de pouvoir circonscrire les expériences et leurs limites lorsque le renvoi des thérapeutes est pertinent. Les interprétations en termes d'identification projective ne changent évidemment pas le vécu du sujet mais participent aussi à faire comprendre au patient que certains mouvements partent de lui.

Il y a derrière l'usage de l'identification projective la tentative ultime du sujet pour essayer de faire reconnaître son expérience par d'autres : je crois l'avoir montré en étudiant « l'urgence à figurer » de ces patients, leurs efforts pour savoir ce que nous saisissons de leur expérience et de leurs rencontres (par exemple lorsque Emilie hurle « *Vous me comprenez, n'est-ce pas ?! C'est possible une mère aussi folle ?!* », cette question n'est qu'une version d'apparence secondarisée de ce qu'elle n'a eu de cesse d'interroger à « coups » d'identifications projectives pendant les premiers mois de sa thérapie). L'identification projective existe aussi dans tous les espaces de rêverie que j'ai décrits, espaces où psychés des thérapeutes et du sujet peuvent entrer en contact.

Elle permet aussi de rendre l'expérience traumatique partageable et non plus seulement « commémorable », thérapeutes et patient parviennent à une « communauté sensible » (C. Janin) en permettant de vivre une expérience commune où se travaillent des pans d'expériences non dicibles autrement.

Ces moments sont rares et précieux et font vivre des « flottements », des instants où les repères topiques sont suspendus. De M'Uzan a bien analysé ces instants d'aliénation momentanée de l'analyste où l'on ne sait plus à qui appartiennent les contenus psychiques. Le risque est celui d'une confusion qui perdurerait, l'intérêt celui du partage d'une expérience permettant d'être circonscrite, formée et ainsi subjectivée par le patient traumatisé. Dans cette « phénoménologie de l'empiètement psychique » (C. Janin, 1996), le clinicien s'approche des capacités de rêverie décrites par Bion.

## 4-5-3 La notion d'attracteur en thérapie

### 4-5-3 a) Les attracteurs étranges

Un détour par la notion d' « attracteur étrange » dans une autre épistémologie me permettra d'illustrer mon propos. Ce concept est utilisé pour la première fois en 1971 par Ruelle et Takens pour décrire une figure dans l'espace des phases représentant le comportement d'un système dynamique. J'y trouve de nombreuses similitudes avec l'attraction de l'infirmité traumatique par le dispositif comme avec l'attraction que l'expérience traumatique suscite envers d'autres expériences elles aussi traumatiques.

Les attracteurs étranges apparaissent dans la Théorie du Chaos. Leur principe est simple : **ils attirent le système vers une des solutions**, apparaissent dans une sorte de finalisme mais sans intervention d'une « volonté » extérieure. L'un des exemples les plus connus est l' « effet papillon ».

Pratiquement, ils sont des objets définis par une suite de points définis par récurrence avec un certain nombre de coefficients qui vont faire de l'objet un attracteur ou non. Ce sont des objets géométriques issus de l'évolution de systèmes chaotiques. Les attracteurs étranges tentent de définir des phénomènes comme les courbes dessinées par les volutes de fumée, les courants météorologiques.

Le problème posé aux mathématiciens est représentatif : on ne peut pas les retranscrire sous forme d'équations linéaires (représentées par des droites), pas plus que les expériences décrites sont lisibles par les lois de la mécanique classique. Cependant, il ne s'agit pas de prévisions aléatoires, on peut même tenter de les calculer de façon approximative en raison de l'ordre sous-jacent.

Les phénomènes chaotiques peuvent être géométriquement représentés dans un espace que l'on nomme *l'espace des phases*, espace dont les dimensions sont liées au nombre de

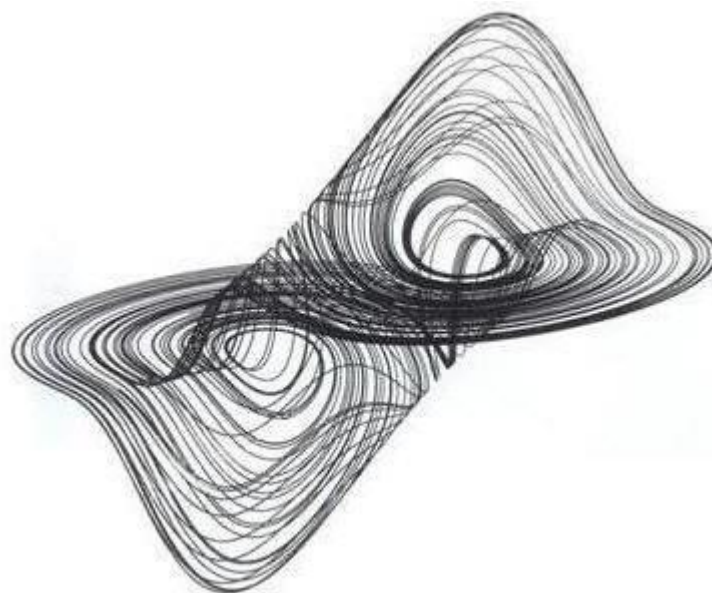
critères (la vitesse ou l'orientation par exemple). **Cet espace est abstrait mais contient une information concrète. Les variations à la base de sa construction sont des grandeurs réelles et à chaque point correspond une situation physique bien déterminée** (par exemple, l'espace des phases du balancier d'une horloge est fait d'après les variables vitesse et angle selon la verticale), le choix des variables n'étant pas arbitraire.

Ensuite, comme on suivrait une route sur une carte, on note par un point l'état du phénomène. En reliant tous les points, on obtient la trajectoire du point initial qui décrira l'évolution du système.

Lorsqu'il s'agit d'un système simple (par exemple celui d'une horloge à balancier), le point est attiré vers un point d'équilibre ou une « courbe limite » où il passe à intervalles réguliers puisque son état est stable : ces courbes limites sont des attracteurs.

Mais, dans les systèmes chaotiques, ces attracteurs sont forcément des courbes plus complexes ayant une symétrie interne : *les attracteurs étranges*. Les attracteurs étranges (leur étrangeté tenant à leur structure pointilliste et fractale) sont ces objets imaginaires multidimensionnels (l'espace des phases étant un espace imaginaire).

Puisqu'ils sont attracteurs, les trajectoires convergent vers eux, mais les trajectoires initialement proches de ces attracteurs divergeront rapidement, à cause de leur sensibilité aux changements des conditions initiales. C'est cela qui explique par exemple leur drôle de forme de papillon.



Dernier point enfin : **ces attracteurs se déplacent dans un espace infini alors qu’eux-mêmes sont de dimension finie. Ils gardent la même forme et la même structure** quelle que soit l’échelle d’observation : ce sont des courbes fractales. En fait, ils remettent un peu d’ordre fractal dans le désordre apparent du chaos.

Au fur et à mesure qu’augmente le nombre de points, une image se forme dans le plan pour devenir de plus en plus nette. Cette image n’est jamais une courbe ni une surface mais un objet intermédiaire fait de points avec entre eux des espaces inoccupés.

Avec cette notion, on se retrouve toujours vers l’attracteur, d’où qu’on parte (c’est le côté prévisible de l’évolution). A la suite de la découverte d’Edmond Lorenz en 1963<sup>968</sup> de son fameux attracteur à l’allure de papillon, de nombreuses recherches (surtout en physique) se sont développées. On citera l’attracteur étrange de Hénon (un des plus simples), du nom de son inventeur l’astronome français (observatoire de Nice) Michel Hénon, présenté en 1976 et basé sur les équations suivantes :

$x_{n+1} = 1 + y_n - Ax_n^2$	ou A et B sont des constantes
$y_{n+1} = Bx_n$	

Cet attracteur permet de visualiser le mouvement des étoiles (l’astronome fait appel à une méthode de Poincaré, précurseur de la théorie du chaos) et permet de découvrir que l’attracteur étrange des orbites stellaires est de la forme d’une banane, avec une structure feuilletée se dédoublant sans fin.

---

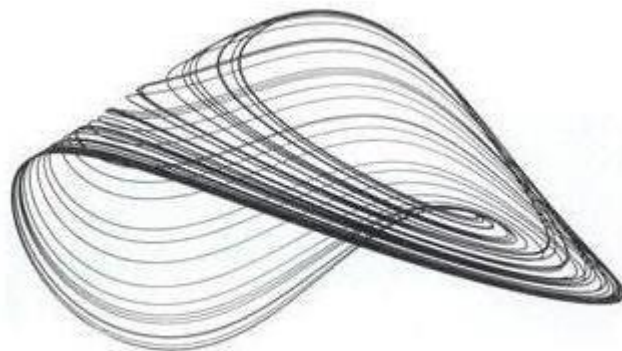
<sup>968</sup> Edward Lorenz, professeur du département de météorologie du M.I.T. s’intéressait aux mouvements turbulents d’un fluide comme l’atmosphère. Son attracteur décrit une « convection turbulente ». Après avoir modélisé grâce à la thermodynamique et la mécanique des fluides le mouvement des masses d’air, il programmat son ordinateur pour en obtenir une simulation numérique. Cela lui prenait au début beaucoup de temps, jusqu’à ce qu’un jour, afin de ne pas recommencer tous ses calculs, il reprit son listing pour entrer comme conditions initiales des valeurs prises au cours de la simulation de la veille : l’ordinateur lui donna une précision à cinq chiffres.

De cette observation émergea une modélisation. D’abord la simulation semblait redonner les mêmes valeurs puis, au bout d’un moment, plus rien ne concordait : tout se passait comme si le mouvement représenté par ces valeurs changeait totalement de trajectoire et ce à cause d’une approximation à  $10^{-4}$ .

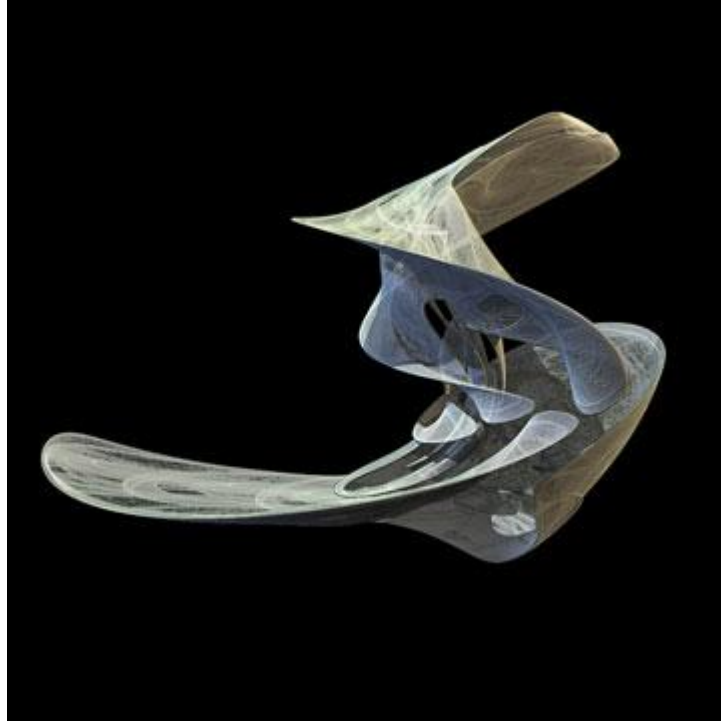
Cette anecdote est à la base de la théorie du *Chaos déterministe* : une infinie variation des conditions initiales d’un système bouleverse totalement son évolution. C’est l’exemple connu de l’*effet papillon* (un battement d’aile à Tokyo peut provoquer une tempête à New-York).

D'autres attracteurs, comme ceux de Gumowski-Mira, deux physiciens du centre de recherche C.E.R.N. de Genève (Suisse) simulent la trajectoire de particules se déplaçant à très haute vitesse dans un accélérateur de particules (les formes obtenues rappellent « étrangement » les formes de la vie marine). Il en existe également pour décrire les systèmes physico-chimiques, économiques ou météorologiques, on remarque toujours leur impact esthétique.

En voici quelques exemples, on ne pourra s'empêcher de remarquer quelques similarités avec le dessin et les propriétés de ma modélisation topique :







Le lecteur s'étonnera peut-être de l'insistance passée à décrire le fonctionnement de ces attracteurs étranges. Les similitudes sont telles avec mes propositions concernant l'attraction exercée par le dispositif en double écoute comme par l'expérience topique elle-même ainsi que ma propre proposition topique (fondée sur une modélisation d'attraction dans les zones de plis) que cela a semblé justifier ce détour.

### 4-5-3 b) L'attraction thérapeutique

J'ai beaucoup insisté sur les aspects de contenance du dispositif proposé. Il convient maintenant de relier cette notion à celle d'attracteur, également propriété du dispositif. Retenant les propositions d'Esther Bick selon laquelle l'objet contenant optimal est le mamelon-dans-la-bouche, A. Ciccone<sup>969</sup> conclut qu'il convient alors de

*« (...) se représenter le contenant non pas comme un récipient, mais comme un « attracteur », ainsi que le décrit Didier Houzel (1985, 1987, 1994). L'objet contenant attire la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé. Il rassemble ainsi sa sensualité éparse et crée les conditions de maintien d'une « consensualité », comme dit Meltzer (et coll., 1975). Didier Houzel considère la fonction contenantante comme un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle » (1994). »<sup>970</sup>*

On sait aussi que D. Houzel (1987) a décrit les qualités de réceptivité et de souplesse de l'enveloppe psychique sur un pôle maternel, ses qualités de consistance et de solidité sur un pôle paternel. Concernant la pathologie autistique, il a évoqué l'idée d'un clivage très archaïque de la bisexualité, clivage situé dans la relation à l'objet contenant. Cette bisexualité du contenant psychique se manifeste aussi dans la double écoute des expériences traumatiques. Le conteneur est donc bi-sexuel, bi-parental, triangulé dans une mère en contact avec les images maternelle et paternelle sans pour autant que cette organisation soit réellement oedipienne.

Le dispositif articule ainsi de cette façon contenance et attraction. Depuis le début de cette thèse j'ai insisté sur deux points essentiels : en ce qui concerne le traitement des expériences traumatiques conçues comme autant d'effondrements de contenants, il est indispensable pour le sujet de faire l'expérience que ses éprouvés peuvent maintenant être contenus ; il est tout aussi indispensable de « proposer activement » cette nouvelle expérience au patient peu enclin à le faire. Cette proposition active, c'est le dispositif qui la fait en partie.

---

<sup>969</sup> Ciccone (A.), « Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques », p.81-102.

<sup>970</sup> *Ibid.*, p.89.

L'objet contenant « double écoute » attire l'informité du sujet pour tenter de la traiter. Comme le rappelle A. Ciccone, il ne s'agit pas ici d'un contenant à valeur de « récipient », le patient se contentant d'expulser les éléments de son expérience dans l'espace des entretiens : « (...) il est un objet qui focalise et stabilise les forces psychiques qui l'investissent. »<sup>971</sup>

Comme les différents attracteurs dont j'ai parlé précédemment, il existe un véritable drainage, dans une véritable dynamique, des éléments de l'expérience. Le dispositif attracteur et contenant organise l'expérience du sujet, ou plutôt crée les conditions pour ce faire : l'informité traumatique s'organise, se cristallise, se fixe sur des éléments du dispositif. Le fait qu'il permet de donner forme à l'expérience est une hypothèse centrale de cette thèse.

Comme le rappelle J. Rouart en évoquant les travaux de S. Viderman :

*« (...) ce n'est pas la scène primitive qui provoque la scène traumatique ultérieure, mais elle rend cette dernière traumatique par l'attraction de l'inconscient qui s'y trouve sollicitée. »*<sup>972</sup>

La vie psychique subit en effet d'importants et incessants remaniements en fonction des objets qui l'attirent. L'expérience traumatique elle-même se pense aussi comme attracteur donnant potentiellement sens aux événements, notamment en déclenchant des systèmes de régressions et de fixations ; on pourrait même aller jusqu'à reconnaître :

*« Si on le conçoit comme facteur fixé en amont, il se propose comme attracteur donnant sens au phénomène d'après-coup. »*<sup>973</sup>

Dans sa *Métapsychologie* (1915), Freud remarque que les expériences antérieures donnent sens aux expériences postérieures semblables, surtout en cas de refoulement. Ces expériences en « attirent » donc d'autres. Reprenant les travaux de l'équipe de traumatologie de la Tavistock Clinic de Londres (et notamment le très intéressant ouvrage sous la direction de C. Garland *Pour comprendre le traumatisme : une approche psychanalytique*, 1998), A. Ciccone et A. Ferrant formulent l'effet suivant :

---

<sup>971</sup> *Ibid.*, p.88.

<sup>972</sup> Rouart (J.), « De l'après-coup traumatique de la séduction à l'après-coup constructif de l'analyse », p.22.

<sup>973</sup> Fine (A.), « Fixation au trauma : résurgence, élaboration. », Conférence Vulpien, mai 2002. Conférence en ligne.

« Le traumatisme actuel a un effet d'attraction d'expériences traumatiques passées, qu'il réveille, réchauffe, rappelle à la mémoire, d'autant plus si ces expériences sont en souffrance d'élaboration, d'intégration. »<sup>974</sup>

De nombreux auteurs s'accordent donc à penser les capacités d'attraction exercées par l'expérience elle-même.

Dans un chapitre précédent, j'ai montré comment la fixation pouvait en effet être entendue de façon dynamique comme solution au traumatisme, solution tenant en partie à son potentiel d'attraction de la vie psychique. Cette thèse, dans son plaidoyer pour une clinique et une topique dynamiques du traumatisme a l'ambition, sans négliger les aspects catastrophiques de ce type d'expériences, d'en souligner cependant les aspects pouvant s'organiser et attirer les capacités d'organisation de la psyché.

Ma proposition topique en est un exemple, elle est conçue sur le modèle des attracteurs (j'ai précédemment décrit sa ressemblance graphique avec les dessins d'attracteurs « habituels »). L'attraction des éléments binaires de l'expérience se fait en effet dans les zones de plis du modèle.

Le dispositif en double écoute est lui aussi un attracteur (des imagos, des possibilités de distribution de l'expérience, de sa spatialisation, d'une psychodramatisation possible...). J. Guillaumin a lui-même soutenu l'idée que le dispositif pouvait être un « piège à négatif » (1986) avec un pouvoir d'attraction, d'intensification et de transformation des fantasmes ; il « capte » et transforme ainsi ce qui a du mal à être repéré.

Ainsi, la clinique du traumatisme, le dispositif de soins et la topique traumatique peuvent se penser en partie sur le modèle de l'attracteur. Cette vision plus dynamique est assez pertinente car elle relie chaos et désastre (le traumatisme) à une tentative de première organisation. L'idée, en quelque sorte, qu'il pourrait toujours y avoir des éprouvés, des éléments de l'expérience qui viseraient à s'organiser. De la même façon que R. Roussillon a ajouté une valeur messagère à la pulsion, j'avancerai l'idée d'une valeur d'attraction de cette même pulsion, sans cependant avoir les moyens ici d'aller plus loin dans les implications métapsychologiques de cette proposition.

---

<sup>974</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.33.

Dans ses *Leçons psychanalytiques sur le transfert* P.-L. Assoun (2006) aborde la question de la catalyse transférentielle décrite par Freud en termes physiques :

« Les symptômes qui, pour employer une comparaison venant de la chimie, sont les précipités de vécus d'amour antérieurs (au sens le plus large), ne peuvent être résolus que dans la température élevée du vécu de transfert (*Übertragungserlebnis*) et transportés (*übergeführt*= littéralement, menés au-delà) dans d'autres produits psychiques. »<sup>975</sup>

P.-L. Assoun souligne bien l'image de caisson, de cuve où les affects d'amour inconscients sont chauffés, l'analyste jouant dans le même temps un rôle de « ferment catalytique » (Ferenczi) : « La personne du médecin agit comme un catalyseur qui attire provisoirement les affects libérés par la décomposition. »<sup>976</sup>

Le thérapeute est donc catalyseur, comme d'ailleurs l'espace dans lequel il s'inscrit ; il facilite la décomposition de l'expérience comme sa recomposition. On retrouve ici tout à fait l'attraction exercée par le dispositif en double écoute, attraction permettant la diffraction des éléments ou personnages de l'expérience puis leur recomposition dans une scène traumatique unifiée et introjectée par le patient.

Une des caractéristiques de l'expérience traumatique étant l'effondrement du contenant interne ou le débordement des capacités de symbolisation, il faut bien que le sujet puisse trouver à l'extérieur une contenance qu'il n'a plus. Mais pour qu'il puisse la trouver, il faut la lui proposer activement, attirer son expérience. Cette attraction doit être sécurisée et D. Houzel a bien montré l'importance de la bi-sexualité de cette enveloppe contenante conçue comme attractant plutôt que recevant.<sup>977</sup>

Le dispositif en double écoute, objet particulièrement contenant et attractant en ce qui concerne les expériences traumatiques, sert aussi à créer des formes psychiques, à donner forme à des éprouvés qui en manquaient (c'est l'informité traumatique), à stabiliser les investissements en attirant, focalisant (j'ai montré comment par exemple il pouvait donner une perspective, assurer une profondeur).

---

<sup>975</sup> Freud (S.), *Cinq leçons sur la psychanalyse*, 5<sup>ème</sup>, G.W.VIII, 55. Cit. in Assoun (P.-L.), *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, p.60.

<sup>976</sup> Ferenczi (S.), « Introjection et transfert », in *Psychanalyse I*, Payot, p.96. Cit in Assoun (P.-L.), *Ibid.*, p.61.

<sup>977</sup> Position qu'il a clairement exprimée lors du Congrès National de Psychanalyse Groupale et Familiale : « Reconnaître et traiter la souffrance du bébé dans la famille », Centre Chaillot-Galliéra, Paris, 15 et 16 octobre 2005.

Plus globalement, ce dispositif attire le transfert en lui permettant aussi de se jouer de façon différente (les transferts latéraux ou centraux, l'intertransfert en sont des exemples). Comme A. Ciccone le soutient, il faut aller plus loin que la contenance dans les propositions thérapeutiques pour envisager un véritable partage affectif et émotionnel. Les accordages, les ajustements, les régulations mutuelles supposent selon lui une implication, un « partage suffisant de l'expérience subjective ». Face au chaos et aux turbulences de certaines expériences, le sujet doit espérer accéder à des formes plus stables et plus différenciées.

Pour D. Houzel, partager une émotion est déjà « détoxiquant » et appartient absolument à la fonction contenante. Ces auteurs soutiennent en fait que la contenance est plutôt un processus qu'une règle ou une « application » ; dans ce processus interviennent de façon conséquente le partage et la transformation (qui, je le rappelle, sont parties intégrantes du processus de contenance).

L'informité traumatique a besoin, et c'est incontournable, de transiter par des objets externes, en l'occurrence les psychés des thérapeutes, pour pouvoir se déployer et s'organiser. Le dispositif en double écoute offre une scène propice à cela en exerçant une attraction sécurisée et contenante face aux éléments de l'expérience traumatique.

#### 4-5-3 c) Un exemple d'attraction : les noyaux traumatiques précoces (A. Konicheckis)

J'ai trouvé dans le concept de noyaux traumatiques primaires (ou précoces) exposé par A. Konicheckis un exemple de modélisation de l'expérience traumatique mettant en évidence ses aspects dynamiques et les capacités d'attraction de telles expériences. Sans négliger ni l'impact désastreux du traumatisme, ni son appel à être formé, A. Konicheckis propose un modèle dynamique pouvant à mon sens être parfaitement déployable sur mon cylindre topique.

Souhaitant à la fois enrichir et prolonger le modèle freudien du traumatisme, A. Konicheckis aborde la question des traumatismes précoces :

*« Ils se caractérisent essentiellement par la prééminence de processus psychiques dépourvus de représentations et où les sujets et les objets psychiques ne sont pas tout à fait constitués. A partir de ces expériences précoces, il risque de se former ce que j'ai appelé un noyau traumatique précoce. »<sup>978</sup>*

Rappelant que tout traumatisme suppose un point de vue économique et concerne un fonctionnement précoce (quelque chose se produit trop tôt), l'auteur souligne que les bébés ressentent l'intensité d'une expérience avant sa représentation, la mélodie plutôt que les paroles :

*« Il décompose la qualité des représentations environnantes pour la convertir en quantité assimilable par son psychisme. Le bébé écarte de lui ces parties de son expérience psychique qu'il ne parvient pas à intégrer. Risquent de se produire alors des formes primaires de clivage. »<sup>979</sup>*

A. Konicheckis donne l'exemple de ce type de clivage dans des observations de la vie quotidienne des bébés où peuvent ainsi se développer des clivages entre le haut du corps (tendu vers un objet que le bébé regarde) et le bas, désinvesti, abandonné, « déconnecté de la personne de l'enfant » (pendant que sa mère le manipule et effectue des gestes de soins sur cette partie de son corps, soins visiblement déplaisants pour lui). Le bas du corps se coupe, se retranche de l'« ensemble bébé ». Cette forme de clivage a pour objectif de maintenir le sentiment de continuité d'être (on pense aux agonies primitives décrites par Winnicott) et laisse des traces sensorielles (« suivant la nature du clivage » dit A. Konicheckis) qui pourront ou non être réinvesties plus tard, articulées au reste de la psyché.

Il existe bien entendu de réelles possibilités pour le bébé de symboliser, d'intégrer ces traumatismes, lorsqu'ils ne sont pas trop importants, à travers des expériences corporelles (G. Haag en a explorées certaines notamment à travers le jeu des phénomènes de corporéation (1990) ou d'identifications intracorporelles. Le corps du bébé permet en effet le plus souvent de rassembler les excitations, de constituer peu à peu les limites du self notamment à l'aide du mouvement qui permet d'ajouter la dimension temporelle : « Le mouvement comporte le berceau de la représentation de l'objet. »<sup>980</sup>

---

<sup>978</sup> Konicheckis (A.), « Noyaux traumatiques primaires », colloque Abêbe, Rio, Mai 2008.

<sup>979</sup> *Ibid.*

<sup>980</sup> *Ibid.*

Ce qui intéresse particulièrement mon propos est la notion de *noyau traumatique précoce* décrite par A. Konicheckis, différente de celle de névrose traumatique, différente également de celle de traumatisme avec l'organisation bi-phasique de la sexualité. En voici une définition dans laquelle on retrouve tout à fait les potentialités dynamiques et surtout attractives :

*« 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. 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.*

*Le traumatisme ne se développe pas à partir d'un événement extérieur, mais d'un mode de fonctionnement autochtone particulier, car le noyau traumatique, enfermé sur lui-même, sollicite des investissements et des contre-investissements permanents pour se maintenir écarté. Les capacités élaboratives de la psyché s'affaiblissent considérablement. Le noyau traumatique 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 provient de ce manque de disponibilité croissante de l'appareil psychique à transformer ses expériences personnelles.*

*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 originare dont parle Freud, 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 : des clivages, dénis, aliénations, forclusion et non pas tellement du refoulement qui requiert des formes psychiques structurées par des objets et des représentations. »<sup>981</sup>*

Je trouve dans cette modélisation des noyaux traumatiques primaires une illustration très intéressante des capacités d'errance et d'attraction des expériences traumatiques. A. Konicheckis prolonge ainsi la théorisation freudienne du traumatisme en exposant l'idée d'un noyau « retranché de la personne ». Ce retrait n'est pas comparable à l'encapsulation autistique ni au clivage au moi tels que je les ai déjà décrits dans cette thèse, mais il intéresse

---

<sup>981</sup> *Ibid.*



surtout mon propos en ce qu'il exerce « en négatif » une importante force d'attraction/répulsion.

Plus que cela, il décrit une sorte de noyau difficilement intégrable à la psyché, noyau qui condense des expériences subjectives inintégrables, inarticulables pour l'instant à la vie psychique, en errance (ces expériences se détachant de la personne, s'en éloignant). A. Konicheckis montre bien que c'est la perte de la capacité de représentation (les potentialités propres au self) qui est alors le danger majeur, plus que la perte des objets extérieurs.

L'expérience traumatique est bien produite en interne (à partir d'un mode de fonctionnement autochtone) et est enfermée sur elle-même mais pas inerte, elle provoque des investissements et contre investissements permanents : c'est une conception du traumatisme le décrivant comme à la fois en partie exclu de la psyché mais exerçant une influence considérable sur la vie psychique ; le noyau traumatique négative et occupe la psyché toute entière, l'accapare en quelque sorte à une seule fin : assurer le sentiment de se maintenir en vie.

Les noyaux traumatiques s'inscrivent bien dans une topique et une dynamique du traumatisme ; ils forment des points d'attrait (et sont donc attracteurs, même si à la différence de mon modèle, A. Konicheckis semble proposer l'idée qu'ils n'attirent que les nouvelles expériences de souffrance à exclure). Evidemment, ils sont une solution radicale (signant le défaut d'introjection) ne s'inscrivant pas dans une économie de refoulement, d'objets constitués, de représentations ni de fantasmes (ou très peu) mais affaiblissant le self par des processus massifs comme le déni ou la forclusion.

Forces d'attrait et de négativité, les points de fixation que sont les traumas précoces sont « quantitatifs et absolus » selon A. Konicheckis, sans nuance et particulièrement handicapant pour la vie psychique. Ils sont parfaitement compatibles avec l'idée d'un traumatisme cumulatif, le dysfonctionnement psychique favorisant l'accumulation des traumas : « Tout traumatisme est nécessairement cumulatif (...) ».<sup>982</sup>

On pourrait trouver une similitude avec les trous noirs décrits en astrophysique. Ces corps d'une extrême densité dont le champ gravitationnel est si intense qu'il empêche toute forme de matière et même de rayonnement (à de rares exceptions) d'en sortir ne sont pas directement observables (tout comme l'expérience traumatique). Notons aussi que la matière qu'ils absorbent est chauffée à des températures extraordinaires avant son engloutissement. Ils n'émettent rien mais sont détectables par leurs effets, influent les trajectoires, tout comme les

---

<sup>982</sup> Konicheckis (A.), « Noyaux traumatiques et transgénérationnalité », p.68.

lignes des rubans de Möbius dans mon schéma. Il faudrait d'ailleurs plutôt parler de « bulles noires » que de trous noirs, leur forme étant tridimensionnelle. Les trous d'air sont aussi, dans le domaine aéronautique, un autre exemple de « dépression », d'une zone (en l'occurrence atmosphérique) affectée par des courants descendants pouvant absorber un corps.

Cliniquement, ces traumatismes précoces sont aussi repérables par l'usage massif des identifications projectives mais aussi dans la présence de « taches aveugles » (F. Guignard) dans les mouvements transféro-contre-transférentiels. J'ai déjà montré à quel point la supervision régulière par un psychanalyste était indispensable pour élaborer ces zones d'ombre aussi attractives pour les expériences traumatiques qu'elles s'emploient dans le même temps à les masquer. Bien sûr, ces taches aveugles le sont d'autant plus qu'elles marquent la collusion entre le patient et son thérapeute (c'est à ce moment par exemple que se produisent selon moi certaines hallucinations négatives ou, de façon plus souple, des clivages fonctionnels). Elles sont parfois rudement ressenties, de façon angoissante, comme le risque de perdre la capacité de représentation :

*« Dans la relation transfert contre-transfert, en lien avec des traumatismes précoces, l'analyste risque d'éprouver donc des expériences de déconnexion psychique, en creux. La situation psychanalytique favorise non seulement le retour du refoulé et du clivé, mais aussi le retour de ces expériences en négatif. »<sup>983</sup>*

Dans cet esprit, le thérapeute doit s'identifier au monde interne du patient (par l'intermédiaire de processus d'identifications projectives), le contre-transfert n'étant pas que « réactif » au transfert ni même seulement une relation d'objet, mais aussi une relation avec les différentes parties du self. Cette identification est parfois rude et peut générer certains rejets du thérapeute.

Je rejoins tout à fait la pensée d'A. Konocheckis qui suppose que ces taches aveugles ne sont pas forcément liées au sexuel infantile mais à des « organisations narcissiques primaires » parfois sans véritable objet (puisque le traumatisme a été très précoce).

La force d'attrait des traumatismes précoces se complexifie d'autant qu'ils attirent selon A. Konocheckis des éléments transgénérationnels très mal intégrés par les différents membres de la famille. Dans le cas de ces « traumatismes transgénérationnels », l'enfant va

---

<sup>983</sup> Konocheckis (A.), p.63.

ressentir l' « onde de choc » en creux d'expériences lointaines. Là encore A. Konicheckis insiste sur le caractère d'attracteur de ce type d'expériences :

*« Nous pouvons souligner des similitudes entre, d'une part, ces expériences traumatiques précoces, de nature quantitative plutôt que qualitative, sans visages ni fantasmatisation, et, d'autre part, les existants transgénérationnels, qui, eux aussi, se manifestent sous la forme d'expériences psychiques disqualifiées. Ces ressemblances, entre la nature des expériences traumatiques précoces et les existants transgénérationnels, facilitent les processus d'attraction mutuelle, à travers les diverses modalités d'identification projective (...). »<sup>984</sup>*

Il faut rappeler que cette modélisation des traumatismes précoces relève parfaitement d'un point de vue économique :

*« Le trauma résulte d'exigences quantitatives intenses qui excèdent les qualités élaboratives de la personne. Tout traumatisme concerne donc un fonctionnement précoce, dans ce sens où quelque chose se produit trop tôt par rapport aux possibilités psychiques ou physiques de son expérience. »<sup>985</sup>*

Evidemment, les bébés étant particulièrement démunis, ils parviennent plus difficilement à qualifier leurs expériences, limiter les excès. Ils ont même tendance, comme le rappelle A. Konicheckis, à dé-composer la qualité des représentations afin qu'elles soient assimilables à leur vie psychique. C'est en ce point que clinique du bébé et clinique du traumatisme se croisent parfois, l'enjeu principal, vital étant d' « (...) établir un sentiment de continuité à exister (...) »<sup>986</sup>.

Je remarque d'ailleurs qu'A. Konicheckis aborde la façon dont les bébés peuvent intégrer corporellement ces expériences, leur donner une forme par un mode de symbolisation analogique, très personnel et donc peu partageable, cela par la symbolisation primaire (R. Roussillon) et notamment les signifiants formels.

---

<sup>984</sup> Konicheckis (A.), *De génération en génération : la subjectivation et les liens précoces*, p.128.

<sup>985</sup> *Ibid.*, p.54.

<sup>986</sup> *Ibid.*, p.56.

## 4-5-4 L'humain, avant même le semblable

La clinique du traumatisme sexuel engage particulièrement la question du même et du double. Avec le concept d'homosexualité primaire en double précédemment exposé (R. Roussillon, 2002), j'ai déjà abordé l'idée que le développement psychique supposait d'évidence une confrontation au semblable, à une différence tempérée et une reconnaissance mutuelle qui ne soit pas un collage. Je souhaiterais maintenant revenir sur cette question en la prolongeant « en amont ».

La clinique du traumatisme humain met en mouvement le sentiment d'appartenance à l'humanité. M. Edrosa<sup>987</sup> pose la question d'un éventuel échec de cette construction chez certains criminels, rappelant également que R. Meloy (2000) avait parlé de « désidentification radicale d'avec l'humain » face à des passages à l'acte extrêmes.

J'éprouve pour ma part quelques difficultés à exclure du champ de l'humain de telles conduites, aussi destructives soient-elles. Je soulignai dès l'introduction de cette thèse le risque encouru à considérer comme exclu de la subjectivité ou de l'humanité le traumatisme, même extrême. Mais j'insiste, cela me semble vrai pour l'auteur de traumatisme, fut-il bourreau, comme pour les sujets qui en sont victimes.

Les patients que j'ai rencontrés dans ces thérapies m'ont en effet tous posé cette question à un moment ou un autre, parfois de façon déchirante. Lorsqu'ils cherchent à savoir si leurs vécus sont communicables, ils cherchent avant tout je pense, avant même le partage, à ce qu'on les reconnaisse dans le champ des humains. Dans l'urgence à figurer par exemple, à trouver une figure commune avec les thérapeutes pour parler d'un éprouvé ou d'une forme traumatique, c'est d'abord cette inscription qui est recherchée. « Reconnaissez-moi d'abord parmi les humains, même ou double cela m'est égal, mais humain ! », tel est souvent l'appel lancé par le sujet traumatisé. Il me semble que cette question, radicale, précède celle de la différenciation même/semblable.

---

<sup>987</sup> Edrosa (M.), « Aux confins de l'originaire, sur l'autel des sacrifices : genèse de l'« inhumanité psychique » », in Balier (C.) et al., *La violence en abyme*, p.249.

La dédifférenciation menace toujours ces patients victimes d'un traumatisme intentionnel. Même lorsqu'ils sont suffisamment organisés psychiquement pour ne pas être envahis par cette menace, des zones traumatiques, des pans entiers de la psyché le sont toujours. Il reste difficile en effet pour eux de se reconnaître comme sujets semblables à celui qui les a agressés et inversement. C'est cependant dans cette zone commune que se reconnaîtra la forme traumatique, faisant vivre au sujet un paradoxe supplémentaire : pour circonscrire son expérience et la subjectiver il doit reconnaître ce qu'elle a de commun avec son bourreau, ce qu'il y a d'humain dans l'un et dans l'autre.

Le dispositif en double écoute est particulièrement adapté à cette fin de reconnaissance commune : grâce à la specularisation et au double proposés (et avec tout l'intérêt que j'ai étudié dans les chapitres précédents), le sujet peut faire l'expérience de cette zone commune, s'en éloigner et s'en rapprocher plus souplesment. D'une certaine façon, ce dispositif permet plus facilement de faire jouer l'illusion qu'il est et qu'il n'est pas tel ou tel élément traumatique, tel ou tel personnage de la scène traumatique (en diffractant par exemple un aspect sur l'un des cliniciens ou en l'hallucinant négativement).

Il faut bien en effet que ces patients parviennent à réconcilier l'outrage et l'hommage faits à l'humanité, reconnaissance paradoxale engagée par le jeu du traumatisme dans l'espace thérapeutique. L'outrage, c'est la figure du bourreau, l'hommage c'est celle de « l'ange gardien ». Les psychologues de la double écoute sont quelquefois assignés à ces places par le patient.

Une fois l'existence de l'objet admise, il faut bien qu'il soit « construit » comme « double » ou *autre soi-même* avant d'être *autre-sujet* (R. Roussillon). C'est là que se situe aussi le paradoxe :

*« L'objet n'est un double que s'il est autre reconnu comme même, semblable. Ce qui signifie aussi bien un impératif de différenciation –l'objet doit être autre- qu'un impératif de similitude- l'objet doit être rencontré comme même, de même qu'il y a autant à construire le lien premier que la différenciation première.*

*Une double menace pèse donc sur la relation : que l'objet ne soit pas différencié d'une part, qu'il ne reflète pas au sujet sa propre image d'autre part. »<sup>988</sup>*

C'est dans le jeu des accordages avec les cliniciens que ce travail se fera en partie, plutôt que dans celui de l'interprétation. Le patient devra parvenir à investir la différence et la similitude comme compatibles, sorte de préalable à l'ambivalence oedipienne qui sera construite beaucoup plus tardivement. Je reprends ici les considérations de R. Roussillon pour penser que cet investissement ne pourra se faire que dans le « (...) plaisir à trouver dans l'autre un miroir de soi », en soutenant « (...) l'illusion d'une capacité à trouver-crée un autre double et reflet de soi. »<sup>989</sup>

Parce qu'il est vital que l'objet reflète le sujet et notamment sa part d'humanité mais que cette reconnaissance ne va pas de soi, qu'elle met le sujet devant un risque majeur (celui que l'objet ne réponde pas à la mesure de ce qui est espéré), il me semble que le dispositif en double écoute offre des conditions pour que le patient puisse le faire plus sereinement, en avançant ou retirant ses investissements sur tel ou tel psychologue par exemple. Flouter le miroir, le couper en deux ou le plier sont autant de procédés utilisés par les patients pour continuer à vivre cette expérience de reflet en la modulant en fonction de ce qu'il peut supporter ou même de son avidité dans ce domaine. Si le sujet tente de se retirer complètement pour faire disparaître ce reflet, les deux cliniciens iront le chercher « hors-cadre » du miroir pour le faire réapparaître (c'est par exemple ce que fait Judith en « rattrapant » le visage de Betty). C'est aussi pour cela que les enjeux spéculaires sont aussi importants dans ce dispositif.

C'est aussi à cette fin qu'il faut rappeler que le partage d'affect, que j'ai présenté comme paradigmatique de la thérapie des échanges traumatiques, ne signifie pas la fusion :

*« Le partage d'affect implique une complémentarité, une harmonisation et une échoïsation, le même et le différent, la totalité et la fragmentation, nécessairement dissymétriques dans leur spécificité. C'est dans –et à partir de– cette dissymétrie que s'engage la dynamique transférentielle. »<sup>990</sup>*

---

<sup>988</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.109-110.

<sup>989</sup> *Ibid.*, p.110-111.

<sup>990</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.127.

## 4-5-5 Les clivages fonctionnels

L'ampleur et la massivité des processus en jeu dans les thérapies de victimes d'agression sexuelle s'accompagnent d'un fonctionnement sur plusieurs registres et niveaux. Ma proposition topique en est l'expression même. J'ai ainsi montré comment problématique oedipienne et plus archaïque pouvaient cohabiter, comment plusieurs faces d'un même éprouvé pouvaient être activées alternativement ou simultanément.

J'ai aussi montré l'intérêt de la souplesse du dispositif et la nécessité d'une écoute attentive et impliquée des cliniciens. D'une façon générale, je crois avoir beaucoup insisté sur l'importance d'offrir au patient traumatisé un dispositif et une écoute supportant ses variations d'investissement et de registres.

Des strates d'organisation psychiques et même d'organisations différentes sont en effet susceptibles de se superposer, créant ainsi une instabilité et une complexité de l'approche thérapeutique. D'un point de vue thérapeutique, il est évidemment plus que souhaitable de suivre au plus près cette instabilité, cela obligeant le clinicien à une très grande mobilité du thérapeute, lui

*« (...) qui n'a justement pas affaire à un « état », mais à des mouvements psychiques mettant en jeu des « potentialités psychotiques » non écloses, des ébauches de triangulation oedipienne ou des troubles graves du narcissisme. Et c'est bien souvent au cœur d'une « économie traumatique » qu'apparaissent ces formes psychiques labiles. »<sup>991</sup>*

Pour entendre l'intrication de tous ces modes de communications comme de l'intrication des scènes traumatiques et de toutes les expressions psychiques (appartenant parfois à des registres très différents), les cliniciens doivent trouver des ressources psychiques, inventer des modulations de leur écoute permettant d'être disponibles, de rester en lien avec le patient. Les *clivages fonctionnels* (G. Bayle, 1996) font partie de ces ressources.

Depuis que G. Bayle a proposé cette conceptualisation, de nombreux auteurs ont repris son modèle pour lire leur clinique. Ainsi, en étudiant la dynamique de l'enfouissement de la

---

<sup>991</sup> Le Poulichet (S.), *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes.*, p.14.

situation honteuse et son double régime (le moi enfouit et montre la honte en même temps), A. Ciccone et A. Ferrant proposent que le moi est dans l'obligation de se déformer par un clivage fonctionnel

*« (...) sectorisé autour de la situation honteuse, tel que cette dernière est située simultanément dans les profondeurs d'une partie du moi en même temps qu'à la surface d'une autre partie. Cette déformation spécifique du moi, organisée autour d'une situation précise, rappelle les modes de traitement du traumatisme. »<sup>992</sup>*

J'ai en effet beaucoup insisté sur les déformations, les distorsions que le traumatisme fait subir à la forme de l'expérience, obligeant même à penser une topique pouvant elle-même s'étendre, se déformer. Cette topique rend aussi compte du jeu des clivages fonctionnels où, devant l'échec total ou partiel du refoulement, deux parties opposées de l'expérience peuvent être « tenues » simultanément, à la fois visibles ensemble mais jamais en contact (sauf dans les zones de plis). Comme le remarquent A. Ciccone et A. Ferrant, il s'agit bien d'une « logique de contournement » signant un échec du travail d'intégration et de subjectivation, il n'en reste pas moins que ces clivages ne sont pas structuraux et gardent un certain « jeu » permettant une approche thérapeutique.

G. Bayle parle ainsi des clivages fonctionnels :

*« Les clivages fonctionnels sont le résultat d'une forme de refoulement associé à un contre-investissement narcissique sur un fond de défaillance ou de débordement de la fonction synthétique du Moi : ils s'opposent aux modifications brusques du narcissisme. Ils répriment l'affect en respectant les représentations, les figurations et les perceptions qui sont alors clivées, isolées, désinvesties, et restent disponibles pour la conscience, sous une forme objective non affective. [...] Ils s'opposent à une blessure narcissique et portent sur l'investissement à donner aux perceptions du risque, ou à la blessure elle-même. Une objection et un rejet sont associés. Vers l'intérieur, cela concerne l'affect : « On ne s'écoute pas ! » Vers l'extérieur, c'est la perception qui est disqualifiée : « On ne veut pas le savoir ! »<sup>993</sup>*

Le clivage fonctionnel vise ainsi à rassurer narcissiquement le sujet, à le protéger de blessures et traumatismes ; il est habituellement temporaire. Il sert à tenir à distance de tout

---

<sup>992</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.81.

<sup>993</sup> Bayle (G.), « Les clivages », p. 1421.



investissement (en déconnectant les représentations et figurations de leur charge affective) des choses connues mais dont le sujet ne veut pas entendre parler. Poussé trop loin, le sujet est menacé de désintrinsication.

Ces clivages fonctionnels ne sont par définition pas structurels et donc plus souples. Je rappelle aussi qu'ils peuvent être mis en œuvre par le patient comme par son thérapeute. Leur déploiement se fait pour G. Bayle dans quatre conditions :

- Le thérapeute ou le patient en use pour éviter la perception d'éléments venant de l'autre. G. Bayle note que certaines situations ou identifications (projectives, vampiriques...) créant un « ensemble topique à deux » et une dépersonnalisation passagère sont ainsi éloignées.
- Lorsqu'un « jadis-dénié » ou un « jamais-subjectivé » font retour, notamment dans des périodes clés de la vie.
- Au sein d'une cure lors de remaniements narcissiques : on peut observer certains flottements, certains effets de dépersonnalisation. On touche là à une description clinique importante et assez proche de ce que j'ai pu décrire concernant la construction ou encore la figuration dans les thérapies de patients traumatisés :

*« C'est surtout à une légère dépersonnalisation qu'il faut s'attendre. Elle indique la constitution et le maintien d'une chimère au sens où l'entend Michel de M'Uzan, ensemble métapsychologique à identité unique fait d'éléments et d'énergies prélevés chez chacun des deux participants. »<sup>994</sup>*

Dans ce cas, le clivage sert de défense et contre-investit, évite la levée trop brutale du refoulement.

- Lorsqu'une activité est investie narcissiquement et qu'un élément perturbateur doit être maintenu à distance pour la préserver (cela instaure une certaine paradoxalité dont j'ai dit qu'elle était très présente dans l'économie traumatique).
- Curieusement intervient un cinquième contexte que G. Bayle ne « compte » pas dans les cas de figures précédents : lorsque survient une perte insurmontable, une catastrophe, une expérience traumatique, une situation où la survie du sujet est engagée. Je retrouve pour ma part ici une illustration de l'« ange gardien » ou du nourrisson savant évoqué par Ferenczi. On retrouve également tout ce que la clinique recueillie auprès des victimes d'agression sexuelle vérifie : les patients ont abandonné

---

<sup>994</sup> *Ibid.*, p.1428.

leur corps et se sont vus d'en haut pendant l'agression, ils voient la scène du dehors, reconnaissent le viol mais refusent d'entendre la blessure narcissique...

Il ne s'agit pas de dire que les clivages fonctionnels sont la meilleure ressource de la psyché face aux traumatismes. Je considère seulement que, parce qu'ils sont temporaires et ne « partagent » pas l'ensemble du sujet, ils permettent certaines possibilités de reprises de l'expérience traumatique, certaines possibilités d'intégrer les éléments de l'informité à l'ensemble de la vie psychique. Ils sont articulables au psychisme.

G. Bayle insiste plutôt sur les aspects défensifs de ce type de clivages mais il remarque bien que « Leur prise en compte constitue un facteur fondamental de reprise des processus analytiques ralentis, contournés, ou enlisés. »<sup>995</sup> Ce qui est également original c'est qu'ils sont parfois plus facilement repérables chez le thérapeute que chez le patient.

Le clinicien vit en effet fréquemment un clivage fonctionnel face à des patients traumatisés le vampirisant et tentant, par des processus d'identifications projectives, de le pénétrer et de le vider. Dans un transfert par retournement, ils ne font subir au thérapeute que ce qu'ils ont eux-mêmes passivement vécu. Ce type de transfert articule alors déni et idéalisation, comme je l'ai déjà montré.

La relation thérapeutique est ainsi « coupée » en<sup>996</sup>:

- Une partie d'échanges régie par le refoulement, à un niveau subjectivé.
- Une autre partie relevant du déni, non subjectivée mais agissant au compte de la symbolisation.
- Une dernière partie sous l'emprise des identifications projectives et de l'adhésivité vampirique, qui répond au retour du forclos ou à de l'énergie brute.

Cliniquement, le thérapeute repère les clivages fonctionnels dans les failles de la perception de son contre-transfert. Je reconnais là les moments où ma pensée semble bloquée, ne « produisant » plus que des considérations trop intellectuelles, les moments également où

---

<sup>995</sup> *Ibid.*, p.1429.

<sup>996</sup> *Ibid.*, p.1432.

je peux me sentir proche d'agir autour du cadre venant en rétorsion ou punition pour le patient (oubli de son nom, d'une date, de son dossier lors de la supervision, jusqu'à l'oubli du type d'agression sexuelle dont il a été victime ou des auteurs concernés...). On peut aussi considérer que les moments où ma cothérapeute et moi-même désespérons un temps de voir un patient progresser comme nous l'attendons signent ces clivages fonctionnels.

Plus généralement, c'est lorsque coexistent (mais pas au sens de l'ambivalence) deux attitudes opposées dans le clinicien que ce clivage fonctionnel est repérable : la partie qui continue de penser contre celle qui le refuse. **Je fais l'hypothèse que les clivages fonctionnels sont facilités dans le dispositif en double écoute parce que ce mouvement paradoxal peut être réparti, diffracté sur les deux psychologues. Le clivage fonctionnel a ainsi bien lieu, il fonctionne mais est plus facilement mis à jour parce qu'au moins un des psychologues en prend plus facilement conscience (celui qui continue de penser) et que l'ensemble est plus supportable : la dépersonnalisation se fait sur un thérapeute mais pas sur les deux. Il y a bien un flottement mais ce flottement n'envahit pas le couple thérapeutique, il se joue seulement entre les deux thérapeutes.**

Je voudrais en rappeler ici deux exemples que le lecteur reconnaîtra :

- Dans l'entretien avec Monsieur P., patient venant de porter plainte contre son agresseur pédophile, l'attitude de Judith à la fin de l'entretien met à jour un clivage fonctionnel s'étant joué du patient vers les deux thérapeutes, clivage ainsi révélé lorsqu'elle me dit : *« Je suis sûre que tu as eu peur que je lui dise que tout ce qu'il nous racontait au sujet des disputes avec son père faisait penser aux agressions qu'il a subies enfant. Je me suis retenue... Je t'ai regardé, je suis sûre que tu croyais que j'allais le dire. »*

C'est bien la coexistence de deux attitudes de Monsieur P. qu'on pourrait résumer par « je sais et je ne veux pas savoir que mon père ne m'a pas protégé de ces agressions » qui est ainsi gérée par le couple thérapeutique. Le clivage fonctionnel est ainsi diffracté sur les deux psychologues mais déployé, contenu et révélé par l'ensemble.

Je note aussi que la diffraction de ce clivage sur les deux psychologues n'exclue pas le déploiement de ce clivage fonctionnel sur ma propre personne : je savais/ne voulais pas savoir que Judith pensait et voulait interpréter les associations de Monsieur P., je savais et ne voulais pas savoir que Monsieur P. nous parlait des fellations subies par son agresseur quand il était enfant en nous relatant les disputes avec son père.

L'un des buts de ce clivage fonctionnel était aussi sans doute de préserver l'immense blessure narcissique de l'enfant agressé, du fils violé invisible pour ce père d'autrefois qui aujourd'hui s'occupe trop de ses petits-enfants (les enfants de Monsieur P.), qui connaît tout de l'emploi du temps de Monsieur P. mais ne s'est jamais aperçu qu'il avait été violé pendant plus de cinq ans tous les jours.

La plainte déposée par ce patient est aussi une illustration de ce clivage fonctionnel : toute action concernant les viols de Monsieur P. est prescrite par la loi mais la plainte est cependant déposée : le procureur, les psychologues et les policiers savent/sa famille continue de ne pas savoir.

- Dans ce que j'ai qualifié de « dispositif relais » entre les thérapeutes pour supporter le silence et l'effondrement de Betty on peut reconnaître un clivage fonctionnel développé dans le couple des thérapeutes.

Betty est parfois difficilement supportable : lorsque je soutiens sa figure de piéta, Judith se perd dans une rêverie maternelle en imaginant Betty enfant ou en famille. Quand elle « revient » à Betty, je prends le relais et m'évade par la pensée, absorbé par les chansons nostalgiques provenant du manège de la place. Une chanson de J. Hallyday (dont le père de Betty était fan) me ramène à l'entretien. L'entretien contient bien la possibilité de penser (au père de Betty, à Betty enfant, à Betty l'enfant mort manquant dans les bras de la figure de piéta...) et celle de soutenir cette patiente dans l'actuel, pour éviter qu'elle ne s'effondre. Il contient la rêverie et de riches associations (que j'ai étudiées dans l'analyse de ce cas) et l'incapacité de penser (je supporte difficilement Betty que j'ai envie de « coller aux murs »).

Ce qui est intéressant dans le dispositif en double écoute c'est qu'il permet de plus facilement mettre à jour ces clivages fonctionnels. Ceux-ci s'inscrivent en effet toujours dans les zones d'ombre de chacun d'entre nous, celles qui sont le moins « analysées », les plus souffrantes » ou simplement les moins défendues; ces patients sont très sensibles aux endroits où ils peuvent « parasiter » les cliniciens. Ils choisissent en effet avec finesse les sites où ils peuvent être hébergés dans la psyché de leurs thérapeutes, ceux que les identifications

subjectives vont particulièrement viser, ceux où la chimère va pouvoir se construire. C'est d'ailleurs alors que le trouble gagne quelquefois le thérapeute, que l'inquiétante étrangeté l'envahit un temps. Quelque chose qui se formulerait ainsi dans un paradoxe: « Je vis bien ce malaise mais il ne m'appartient pas ».

Or, à deux ce malaise est plus facilement repérable, peut mieux être contenu et compris pour servir l'intégration de la partie de l'expérience traumatique concernée à la vie psychique du patient. C'est aussi l'analyse de l'intertransfert qui est utile à cette fin, analyse en partie faite dans le temps suivant la séance, également en grande partie lors de la supervision : car dans cette chimère il faut bien reconnaître la double origine du trouble ; il y a bien quelque chose qui vient du thérapeute (puisque son collègue ne le vit pas de la même façon), le douloureux, le dénié et l'étrange l'occupent aussi. C'est dans cet « ébranlement topique » (G. Bayle) microtraumatique que se traite aussi l'expérience traumatique du patient.

Simultanément au fonctionnement éveillé du Moi des deux thérapeutes, une partie de leur Moi régresse aussi pour s'abandonner un peu et mieux saisir ainsi, presque attirer l'informité traumatique du patient. Freud avait bien saisi ce mouvement régressant de l'Identité de pensée vers un investissement des perceptions et des sensations. Le jeu des clivages fonctionnels dans les entretiens en double écoute permet aussi cette régression pour une reprise d'éléments de l'expérience traumatique du patient.

Les clivages fonctionnels appuient les possibilités de variation de l'écoute des cliniciens dans le dispositif en double écoute. Il s'agit de clivages fonctionnels et temporaires (plus ou moins traumatiques) du moi du patient et surtout de celui de ses thérapeutes. En acceptant de ne pas trop défendre leur identité (mais cela de façon très temporaire et en toute sécurité) les thérapeutes peuvent aider le patient à exporter son informité traumatique dans le dispositif incarné par les psychologues :

« L'acceptation et le partage de l'identification projective du patient, de même que le clivage qui en est la condition, impliquent qu'on accepte et investisse l'inanité, l'insanité et la vanité de la relation. Il y a des confusions qui sont les préludes à des communications profondes sans lesquelles aucune amélioration ne se ferait. »<sup>997</sup>

---

<sup>997</sup> Bayle (G.), « Traumatismes et clivages fonctionnels », p. 1354.

## 4-5-6 Et le transfert ?

Est-il encore nécessaire d'insister sur la façon dont les thérapies de sujets victimes de traumatismes sexuels viennent bousculer les psychologues ? Refusant toute causalité simpliste, tout déterminisme, le thérapeute fait le pari de la créativité et l'un des aspects les plus mobilisants du transfert vient ainsi d'un travail dépassant la seule contenance :

« Que ce soit affaire de transfert, c'est entendu ; mais ce qui est mobilisé dans cette relation ne relève pas seulement du registre du maternel, de la capacité empathique du thérapeute. Il s'agit de faire en sorte que le traumatisme ne fasse pas écran à ce qui est vivant (vivant et figé) chez le patient, en panne, en souffrance. »<sup>998</sup>

Le *néogroupe* (Evelyne Granjon, 1987)<sup>999</sup> constitué par les thérapeutes et le patient offre ainsi plusieurs expériences et niveaux de rencontre et de partage dans le même temps. Cette proposition d'accès aux manifestations de l'inconscient mobilisables dans un espace psychique tridimensionnel favorise le déploiement de transferts multiples à partir du développement de chaînes associatives groupales (R. Kaës) et individuelles. *L'inconscient à plusieurs voix* ainsi mis en œuvre suppose une complexité transférentielle.

Cette complexité doit tenir compte qu'une partie de ce *néogroupe* est déjà constituée lorsque le sujet s'y confronte, le couple thérapeutique est pré-existant au patient. L'idée que l'inconscient n'est pas seulement contenu dans la psyché individuelle est maintenant admise (R. Kaës). L'approche de ses manifestations à l'aide d'un dispositif tel que la cothérapie, dans un espace intersubjectif à trois, ne doit pas oublier l'incidence de cette *polyphonie*.

Les patients traumatisés doivent symboliser des pans entiers de leurs expériences auxquels ils n'ont pas réellement accès seuls. Des fragments (S. Ferenczi) essaient ainsi de s'organiser. De la même façon que je rappelai la nécessité pour le thérapeute d'être

---

<sup>998</sup> Marty (F.), « Traumatisme, une clinique renouvelée », p.12.

<sup>999</sup> Evelyne Granjon utilise ce terme à propos de la thérapie familiale pour désigner l'ensemble formé par le groupe familial et les thérapeutes, je le reprends ici d'une autre façon.

polyglotte, il faut offrir au sujet des espaces les plus différenciés pour laisser parler ses langues de l'inconscient. On peut aussi faire l'hypothèse que les points de rupture observés dans le développement des chaînes associatives groupales ou individuelles renseignent sur les nœuds traumatiques, les points de butée dans l'expérience du sujet. Le *néogroupe* deviendrait alors le lieu de contenance et d'élaboration du négatif de l'expérience traumatique du sujet.

Si les modalités transférentielles ne sont pas bouleversées par le dispositif particulier des entretiens en double écoute, il est évident que la présence d'un couple thérapeutique nuance et module l'espace transférentiel. La « distribution » de l'intensité transférentielle est modifiée, je l'ai déjà montré en soulignant par exemple ses potentialités à la fois de diffraction et de contenance accrues.

On peut y observer des régressions au sadisme oral avec quelquefois par exemple l'angoisse d'être mangé par les deux autres ou la recherche compensatoire de fusionner avec la mère. Mais, d'un point de vue plus général, la cothérapie permet d'affronter certaines angoisses archaïques aussi parce qu'elle « facilite » les transferts (plus que le transfert). On y observe l'existence de plusieurs transferts, latéraux, centraux et intertransfert. On pourrait penser que le dispositif en double écoute, dans son aspect psychodramatisant, pousse à l'élaboration d'un transfert central, non présent à l'origine, mais qui se développe à partir de la diffraction du transfert sur les deux psychologues.

L'intertransfert est présent avant même le premier entretien commun, dès le choix du thérapeute, en fonction de paramètres conscients et inconscients (tenant à la séduction, le souhait de s'approprier les qualités de l'autre, l'histoire commune...). Les thérapeutes, pour exister comme tels, doivent présenter suffisamment de similitudes et de différences. On a bien vu dans les thérapies exposées à quel point le « relief » de chacun pouvait être important et servir d'appui au déploiement de l'expérience du sujet.

L'intertransfert est aussi l'étude de la résistance des uns et des autres (notamment des thérapeutes) face à la pensée de l'autre, la découverte de l'altérité au sein du double. Dans les moments d'illusion gémellaire ou narcissique où le plaisir pris à deux peut être trop important, le travail d'intertransfert doit permettre de différencier ce qui, de cette illusion, participe au travail d'engendrement perpétuel (y compris le fantasme d'auto-engendrement et d'engendrement du groupe thérapeutique) et ce qui rend compte de l'expérience du sujet.

L'intertransfert doit aussi prendre garde de ne pas sous-estimer, derrière les aspects oedipiens attractés par le couple thérapeutique, derrière la curiosité « sexuelle » des patients,

des angoisses plus archaïques. L'alliance thérapeutique des deux cliniciens peut aussi devenir objet d'envie, les attaques envieuses du patient visant parfois à traiter leur sentiment d'exclusion.

Le sujet peut alors élaborer une stratégie défensive perverse usant du clivage : en se faisant l'allié d'un thérapeute et mettant l'autre (et notamment son narcissisme) à rude épreuve, il lui fait vivre des sentiments d'inutilité qui, dans l'analyse de l'intertransfert (surtout sur la base des contre-attitudes suscitées), renseignent les cliniciens sur la problématique du sujet.

Evidemment, une transparence totale n'est ni possible ni souhaitable, elle supposerait de maîtriser l'intertransfert comme le contre-transfert, autrement dit de maîtriser l'inconscient. Notamment avec les expériences traumatiques, les zones touchées par le patient chez les psychologues sont quelquefois extrêmement archaïques. La perlaboration à deux suppose donc une importante confiance partagée pour supporter de dire devant l'autre ce que l'on arrive quelquefois difficilement à dire à soi-même.

Les associations suscitées, les rêves en lien avec un patient, les éprouvés d'une séance ou les interventions inhabituelles lors d'un entretien mettent en jeu le narcissisme des cliniciens et quelquefois d'importants affects de honte. Les affronter est essentiel mais difficile.

R. Kaës définit l'intertransfert de l'analyste comme étant

*« (...) composé de son contre-transfert en situation de groupe et de son transfert sur son partenaire, sur l'équipe et l'institution instituante. »<sup>1000</sup> L'intertransfert a donc à voir avec une combinatoire, celle reliant les psychés de chaque thérapeute avec celle du patient et de l'institution, il est « (...) l'état de la réalité psychique des psychanalystes en ce qu'elle est induite par leurs liens dans la situation de groupe. L'intertransfert ne peut pas être considéré et traité indépendamment du (des) transfert(s) et du contre-transfert. [...] L'intertransfert se spécifie par le fait que les psychanalystes transfèrent leur propre organisation intrapsychique sur leurs collègues, du fait même de ce qui est induit par la situation groupale : à la fois par les transferts qu'ils reçoivent et par leurs dispositions contre-transférentielles. »<sup>1001</sup>*

Il a donc un rapport avec la façon dont les thérapeutes se sont choisis, leurs références théoriques, leur propre parcours analytique. Son analyse nécessite évidemment un lieu tiers, un

---

<sup>1000</sup> Kaës (R.) *et al.*, « L'intertransfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal ».

<sup>1001</sup> Kaës (R.), « Intertransfert et analyse intertransférentielle », p.195.



superviseur, c'est *l'analyse intertransférentielle* telle que R. Kaës l'a définie, qui porte sur les effets contre-transférentiels de chaque thérapeute sur son collègue, sur les lieux transférentiels attribués par l'un à l'autre... Elle se situe donc comme un travail intersubjectif d'importance.

Les transferts sont multiples, multilatéraux et diffractés sur deux psychologues prédisposés à les recevoir, sur l'un et l'autre à la fois, l'un ou l'autre. Cette transmission psychique (l'équivalent du transfert pour R. Kaës) se diffracte pour des raisons économiques et topiques. N. Abraham et M. Torok ont bien montré que l'inconscient d'un sujet pouvait se diffracter dans l'inconscient d'un ou plusieurs sujets.

L'intérêt du dispositif à deux psychologues est de proposer la possibilité d'une *simultanéité des objets de transfert* (et pas seulement une succession) dans l'espace des entretiens à trois. L'espace des entretiens permet de réactualiser les « connexions de transfert » (S. Freud), le lien entre les objets transférés et le rapport que le sujet entretient avec ses objets inconscients, également entre ses objets inconscients.

R. Kaës a toujours beaucoup insisté pour dire qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une dilution du transfert : il n'est qu'illusoire de penser que le thérapeute serait le seul objet de transfert alors que les transferts latéraux ne sont pas seulement des résistances mais sont des modalités nécessaires, une *nécessité économique* de la répartition des charges transférentielles du transfert central. Evidemment, un effet de transfert est induit par le choix des cliniciens, jamais hasardeux, de travailler ensemble.

Il ne s'agit pas de créer un « divan à bascule » (expression de R. Kaës pour traduire une utilisation perverse de ce dispositif où chacun deviendrait l'analyste de l'autre) mais de repérer les effets de transfert dans le contre-transfert et dans ce qui se noue et se dénoue entre les thérapeutes.

L'accordage des liens intersubjectifs se fait grâce à un appareil de liaison et de transformation (S. Freud) produisant un travail spécifique, liant et assemblant des parts de psyché mobilisées dans cet espace à trois (on retrouve ici la conception d'un *appareil psychique groupal* selon R. Kaës).

Ce dispositif en double écoute permettrait d'accéder plus facilement aux couches les plus primitives de l'expérience du sujet en multipliant et facilitant les expériences dans la multiplicité des transferts. Il y aurait bien entendu un transfert horizontal se produisant à partir

de l'ici et maintenant des entretiens et un transfert vertical où le patient, selon son histoire, occuperait différentes places possibles dans cet « ensemble-fantasme »

Parmi toutes les implications « techniques » du travail thérapeutique avec les expériences traumatiques, j'en cite une dernière d'importance concernant l'écoute psychanalytique. A. Ciccone et A. Ferrant notent que « l'attention également flottante » ne rend pas compte des mouvements internes du thérapeute, ne tient pas compte du relief de son écoute pourrait-on dire. Ces auteurs préfèrent parler d'une « attention rythmiquement flottante »

*« (...) alternant prises et déprises, et des modalités de présences alternées entre l'ici et l'ailleurs, le dedans et le dehors, le monde du patient et le monde du clinicien, le patient et l'institution au sens large. »<sup>1002</sup>*

Cette observation, valable pour toute écoute psychanalytique, l'est encore plus pour la clinique étudiée ici et me semble parfaitement en congruence avec de nombreux éléments du dispositif déjà discutés. L'accompagnement des mouvements internes du patient par des mouvements internes des psychologues se fait à mon avis avec d'autant plus de souplesse, d'amplitude et de façon plus sécurisée que le dispositif, par la présence de deux psychologues peut mieux le permettre.

C'est en suivant parfois très loin les mouvements du patient et en l'accompagnant dans le déploiement de son infirmité traumatique que les psychologues parviennent avec lui à donner une forme, un relief, une profondeur à son expérience, ceci dans une relation intersubjective d'où l'interaction n'est pas bannie.

Le contre-transfert a pris une importance croissante dans les théorisations comme dans l'approche de la clinique psychanalytique. Depuis notamment l'intervention de Paula Heimann au XVI<sup>e</sup> Congrès international de Psychanalyse en 1949, on ne le considère plus comme un obstacle et certains, comme Michel Neyraut (1974), pensent qu'il précède même le transfert (en ce qu'il contient la pensée psychanalytique et une demande de l'analyste). M. de M'Uzan a également tenté d'étendre les limites du contre-transfert classique en décrivant ces instants de flottement léger ne s'accompagnant pas d'une baisse de l'attention mais où surgissent

---

<sup>1002</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.127.

d'étranges représentations ou imageries chez le thérapeute. Cet état est d'ailleurs très proche des moments de clivages fonctionnels que j'ai décrits dans le chapitre précédent, permettant une légère dépersonnalisation et une perméabilité de l'appareil psychique.

On peut mettre en rapport ces états du clinicien avec une conception de l'expérience traumatique comme celle de la Crainte d'effondrement de Winnicott :

*« (...) D'où viennent ces pensées, ces images, ces paroles qui entraînent pour l'analyste une sorte d'aliénation momentanée ? On est en droit de penser qu'elles correspondent à des processus psychiques qui se déroulent chez l'analysé et qui n'ont pas encore été détectés. C'est ce qui expliquerait le trait le plus remarquable du phénomène en général, à savoir le fait qu'il est en avance et sur la compréhension du matériel proprement dite, telle qu'elle découle de déductions logiques, et sur les fantasmes que le patient est à même de formuler. »<sup>1003</sup>*

D'une façon générale, je trouve que la clinique du traumatisme sexuel confronte le thérapeute à une mise en alerte permanente devant se concilier avec *l'attention rythmiquement flottante* (A. Ciccone, A. Ferrant). Le patient victime de traumatisme pardonne en effet aussi difficilement de se sentir persécuté qu'il ne supporte que la moindre de ses réactions passe inaperçue. Pour lui, un mot est un mot, la nuance d'un geste n'en vaut pas une autre.

L'effacement des limites temporairement produit chez le clinicien entre alors en collusion, vient répéter l'effacement des limites suscité par l'expérience traumatique, c'est aussi sur ce point que s'articulent transfert et contre-transfert. On pourrait dire que l'identité du psychologue vacille comme celle du patient a vacillé lors du traumatisme, clivage fonctionnel et collapsus topique se jouent ensemble de l'expérience, subjectivité et inconscient du patient et des thérapeutes s'articulent en partie dans le même espace.

L'activité psychique du clinicien ainsi produite est appelée « pensée paradoxale » par M. de M'Uzan, pensée qui double en quelque sorte la pensée habituelle du clinicien. Ces pensées paradoxales ne sont conscientisées qu'à certains moments mais assurent une certaine continuité, un certain fond à l'activité psychique du thérapeute :

*« (...) aussi en suis-je venu à penser qu'elles n'étaient sans doute que la part visible d'un phénomène infiniment plus ample, se déroulant plus souvent en sourdine, en retrait des autres activités mentales, et doté, lui, d'une sorte de continuité. C'est ce que j'ai appelé le système paradoxal, un système certes peu accessible, mais qu'il nous est parfois donné de pressentir. On devine, comme à travers un voile,*

---

<sup>1003</sup> De M'Uzan (M.), « Contre-transfert et système paradoxal », p.575.

*un défilé d'images pulsatiles, des figures en constante transformation qui passent, s'évanouissent et reviennent. »<sup>1004</sup>*

Topiquement, ce système se situerait entre inconscient et préconscient, à un lieu où les identifications projectives pourraient venir se jouer de façon importante.

J'ai beaucoup rappelé les termes de flottement, de rêverie, de pensées paradoxales voire de moments de légères dépersonnalisations pour les psychologues dans les thérapies du traumatisme. Je pense en effet comme J. Guillaumin que le souhait pour le thérapeute de « récupérer » minutieusement tous les éléments contre-transférentiels est parfois le signe d'une intolérance excessive à l'inconfort, à l'ambiguïté ou l'indécidabilité :

*« Le besoin de ne rien laisser traîner en soi qui ne soit ramené dans le champ conscient peut correspondre à une exigence suspecte de pureté réparatrice. »<sup>1005</sup>*

De la même façon que l'expérience traumatique est indécidable, non localisable, il convient de la laisser se jouer dans un espace transitionnel où ces questions sont suspendues : « Un tel jeu comporte en principe plus que le risque assumé, le parti pris ou accepté, d'une zone d'ambiguïté aux marges ou en dessous des prises de conscience analytiques : l'acceptation par conséquent d'une part limitée mais plus ou moins définitive de contre-transfert à fond perdu. »<sup>1006</sup>

Ce contre-transfert à fond perdu suppose un certain renoncement à maîtriser et savoir, il suppose aussi un lien narcissique de base entre les psychologues et le patient, lien s'appuyant sur des éléments profondément ancrés chez les thérapeutes :

*« Il est assez vraisemblable que ce lien doit quelque chose à une part résiduelle, profondément enfouie, du contre-transfert d'emprunt [...] et renvoie à la manière dont le praticien s'est vécu naguère investi lui-même par son propre analyste. »<sup>1007</sup>*

M. Little<sup>1008</sup> avait souligné avec justesse que nombre des interprétations de transfert étaient en fait des interprétations de contre-transfert. En rappelant les recherches de Searles

---

<sup>1004</sup> *Ibid.*, p.582-583.

<sup>1005</sup> Guillaumin (J.), *Psyché. Etudes psychanalytiques sur la réalité psychique*, p.275.

<sup>1006</sup> *Ibid.*, p.276.

<sup>1007</sup> *Ibid.*, p.279.

<sup>1008</sup> Little (M.), *Des états-limites*.

(1965) ou P. Heimann (1947, 1950), elle rappelle que la survenue de mouvements contre-transférentiels peut être un signal d'alarme semblable au déclenchement de l'angoisse devant un traumatisme, M. Little insiste également pour dire qu'il faut alors souvent aller chercher des angoisses plus primitives que celles qui sont apparentes. Le contre-transfert n'est pas seulement une défense mais une « synthèse » issue du « travail inconscient et conjoint » du patient et des psychologues.

M. Little, toujours soucieuse de la réponse à donner au patient en ce domaine (elle en a fait une belle expérience en tant que patiente de D. Winnicott), propose alors d'appeler « R » la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient : « J'utilise ce terme pour recouvrir tout ce que l'analyste dit, fait, pense, imagine, rêve ou ressent, tout au long de l'analyse, en rapport avec son patient. »<sup>1009</sup> Cette psychanalyste donne volontairement une définition large et à « usage multiple », cette réponse résultant de l'interaction complexe (« *interplay* ») du thérapeute avec le patient.

Plus précisément, et suivant les idées de D. Winnicott (1960), M. Little réserve le terme de contre-transfert à ce qui, dans « R », reste inconscient et refoulé. Cette précision est d'importance, elle rappelle comme je l'ai fait précédemment avec le *contre-transfert à fond perdu* (J. Guillaumin) qu'il faut aussi laisser agir les parts inconscientes du sujet sans vouloir (ni pouvoir) tout maîtriser.

Pour complexifier encore la question du transfert dans les thérapies de patients traumatisés, il faut à nouveau évoquer la question du transfert sur le dispositif. R. Roussillon a fait l'hypothèse qu'il y avait un transfert sur la situation analysante elle-même et que l'histoire des traumatismes de la fonction symbolisante elle-même venait se jouer sur le dispositif. On comprend bien dès lors toute la collusion possible avec ces problématiques : par définition l'expérience traumatique signifie le débordement des capacités de symbolisation du sujet, ce débordement est donc constamment mis en œuvre dans le transfert sur le dispositif.

Une question se pose enfin : faut-il s'analyser réciproquement entre cliniciens cothérapeutes ? Il me semble avoir évoqué la réponse en rejetant l'idée d'un *divan à bascule* où chaque psychologue analyserait son collègue, également en rappelant qu'une part d'inconscient non élucidé était évidemment supportable et même souhaitable. Simone

---

<sup>1009</sup> *Ibid.*, p.107.

Decobert et Michel Soulé ont abordé la question du « contre-transfert mutuel » qu'ils n'ont pas souhaité pousser trop loin en préférant plutôt l'idée de commenter les contre-attitudes de chacun de façon plus amicale et anodine. Claude Pigott parle d' « inter-contre-transfert »<sup>1010</sup> ou aussi de « contre-transfert mutuel » se produisant entre les analystes dont les contre-attitudes peuvent aller jusqu'à rendre l'un des thérapeutes « ennemi intime » de son collègue. Seule la supervision permet en général de se dégager de cette charge.

Si j'ai rappelé que la cothérapie pouvait présenter des aspects « confortables » dans la possibilité accrue de contenir et supporter l'expérience traumatique du sujet, je ne suis pas assez naïf pour croire que la question transférentielle est pour autant simplifiée. J'oserais dire qu'elle se complexifie en raison de la multiplicité des modalités et objets de transfert.

Les différents transferts sont intriqués, ne peuvent être facilement isolés, cette complexité étant amplifiée par la présence de l'intertransfert. Au transfert des psychologues l'un vis-à-vis de l'autre s'ajoutent donc les différents transferts entretenus avec le patient. Si l'on considère que l'ensemble formé par les deux cothérapeutes et le patient forme un groupe, il y a toutes les raisons de penser que les formes archaïques et oedipiennes de la groupalité psychique, et de façon générale toutes les rencontres du sujet avec le groupe viennent s'y condenser. Le rapport du sujet au groupe, dans ses formes transsubjectives et transgénérationnelles va donc s'y transférer, s'y diffracter et s'y connecter. Les configurations groupales vont donc être à combinaisons infinies.

La diffraction reste une particularité de ce dispositif et de ce transfert. R. Kaës a élaboré ce concept (1989) à partir de certaines propositions freudiennes en remarquant que « (...) le transfert ne consiste pas seulement à remplacer une personne par celle de l'analyste mais à transporter successivement ou simultanément plusieurs personnes et les relations entre ces personnes sur (ou dans) celle de l'analyste. »<sup>1011</sup>

Dans la diffraction, il est question de répartir les personnages, relations ou objets internes sur une scène dans une sorte de décomposition où chaque participant participe à figurer des connexions. La diffraction

---

<sup>1010</sup> Pigott (C.), « A propos de la notion de couple thérapeutique de Simone Decobert et Michel Soulé », p.81-92.

<sup>1011</sup> Kaës (R.), « Les revenants du transfert », p. 35-43.

« (...) décrit les lieux probables d'une topique intersubjective, dans la mesure où elle est un des processus responsables des dépôts dans la psyché d'un autre et que ces mouvements sont repérables dans les transferts et les contre-transferts habituels en situation de groupe, et généralement décrits comme des transferts latéraux (résistanciels ou dilués) dans le processus de la cure individuelle. »<sup>1012</sup>

Transfert et contre-transfert impliquent une certaine violence mais cette violence est inhérente au soin psychique lui-même :

« Il n'y a pas de plus grave outrage que de pénétrer dans la vie privée du psychisme d'un autre, disait Bion (1977). Le soin du psychisme est par essence porteur d'une certaine violence. [...] La violence est inévitable du fait également de l'interprétation que suppose la tentative de compréhension de la subjectivité de l'autre, tout comme la mise en sens du monde telle qu'elle lui sera proposée. »<sup>1013</sup>

La violence telle qu'elle peut apparaître dans le transfert ou le contre-transfert est inévitable et particulièrement importante à considérer dans les thérapies de sujets victimes d'agressions sexuelles et de traumatismes en général.

---

<sup>1012</sup> Kaës (R.), *L'appareil psychique groupal : constructions du groupe*, p.159-174.

<sup>1013</sup> Ciccone (A.), « Violence du soin psychique ».

## 4-6 Implication métapsychologique : la topique atopique et interactive du traumatisme<sup>1014</sup>

Enfin, en s'aidant des travaux de B. Duez<sup>1015</sup>, on pourrait penser que la *transfert topique* est particulièrement activé et facilité dans ce dispositif, comprenant toujours une adresse potentielle (à la différence de la projection). Mais la topique de l'expérience traumatique est très complexe ; j'ai déjà beaucoup fait état de mes propositions en ce domaine. Je souhaiterais seulement revenir ici sur une implication majeure de ma modélisation, l'idée d'une topique atopique et interactive.

On a bien vu dans les propositions contenues dans cette thèse comme dans l'approche du dispositif analytique dans sa fonction « sémaphorisante » (R. Roussillon) que l'interaction ne pouvait être négligée.

Si, toujours avec R. Roussillon, on s'intéresse à un signe ayant perdu sa valeur d'adresse subjective, l'interaction avec le clinicien peut l'intégrer dans un processus subjectif. La répétition traumatique pourrait ainsi, s'étayant massivement sur le psychologue (et son analyse contre-transférentielle), trouver à se loger dans l'intersubjectivité :

« L'interaction est une forme particulière de l'intersubjectivité qui doit aussi pouvoir reconnaître, à terme, en quoi l'autre-sujet est un double méconnu du sujet, un double méconnu qui possède ses différences et aspirations propres, un autre soi-même marqué par un jeu de différences. »<sup>1016</sup>

---

<sup>1014</sup> Je condense dans cette proposition des conceptualisations de R. Kaës et P.-C. Racamier, je reprends ici certains des termes utilisés mais dans une acception quelque peu différente. Concernant la question de la topique interactive par exemple, P.-C. Racamier l'utilise beaucoup plus dans une version pathologique caractérisée par les processus d'engrènement dans le monde des *fantasmes-non-fantasmes*, la référant aux pathologies narcissiques graves.

<sup>1015</sup> Duez (B.), 04/12/2003, « Le traumatisme ou l'éternelle mémoire », Séminaire de recherche du C.R.P.P.C. : *La temporalité*, Université Lumière Lyon 2.

<sup>1016</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.33.



L'informité traumatique pourrait ainsi aller s'explorer dans le clinicien, explorer ce à quoi elle ne peut avoir accès seule :

« On passe de l'insignifiant au signe, du signe au message, au signe adressé, au message agissant sur l'autre, interagissant avec lui. Celui-ci découvre ensuite qu'il est message transféré vers un autre-sujet, qu'il est message déplacé d'un sujet à un autre, qu'il prend sens intersubjectif dans cette adresse spécifique qui le réfléchit. [...] Ce qui se transforme c'est la manière dont la matière psychique est représentée, est saisie progressivement comme représentation méconnue dans sa nature, puis dans son contenu, enfin dans son sujet, son agent. »<sup>1017</sup>

Parce que le couple comme le groupe joue un rôle fondamental dans les modalités constitutives de l'inconscient du sujet, ses capacités de symbolisation et ses symptômes alors « Le sujet de l'inconscient est le sujet du groupe » (R. Kaës). Parce que le narcissisme du sujet s'étaye sur celui de l'autre, il faut penser que cet étayage implique forcément sa présence, le sujet devenant ainsi « intersujet » (R. Kaës).

L'intérêt de ce dispositif est de rappeler *doublement* que la solution au traumatique passe par l'autre. Parce qu'on ne peut pas ne pas être dans l'intersubjectivité, il faut bien, comme l'a fait R. Kaës, proposer les bases d'une topique intersubjective où le sujet de l'inconscient est tributaire de la fonction dévolue au discours de l'autre, où il se constitue dans toutes les opérations de co-refoulement (P. Aulagnier), de déni ou de rejet et aussi dans les aléas de l'intersubjectivité (notamment dans le groupe).

Faire un lien suppose pour R. Kaës d'entrer dans le régime des alliances dont cet auteur a montré la grande diversité (des alliances structurantes comme le « contrat narcissique » exposé par P. Aulagnier, cimentant la matière psychique nous liant les uns aux autres aux alliances défensives comme le « pacte dénégatif » (R. Kaës), la « communauté de déni » (M. Fain) ou le « contrat pervers » (R. Kaës), jusqu'enfin aux alliances très pathologiques).

Ces alliances appartiennent à une autre métapsychologie que celle de l'appareil psychique individuel, elles supposent des modalités topiques, économiques et dynamiques intersubjectives. On aurait ainsi **des configurations psychiques bifaces** ne se situant ni dans le sujet ni dans le groupe.

---

<sup>1017</sup> *Ibid.*, p.35.

Non seulement ces alliances sont inconscientes mais elles produisent et maintiennent de l'inconscient, rappelant que **l'inconscient n'est pas tout entier contenu dans l'espace psychique individuel** (R. Kaës). J'ai souhaité présenter une clinique et une topique où l'espace a son importance. L'expérience traumatique ne peut se déployer que dans un univers à plusieurs centres, plusieurs espaces psychiques. C'est à cette fin que j'ai proposé un schéma topique développable et proche d'une illusion d'optique. L'illusion d'optique rend compte selon moi de l'illusion topique, c'est-à-dire de croire que l'expérience traumatique pourrait être clairement localisable.

D'une certaine façon, le modèle que je propose essaie modestement de rendre compte de quelque chose s'approchant des propositions de R. Kaës sur une « topique extra-topique », un « ectopisme », un topos inaccessible, quelque chose d'impensable avec les catégories de la métapsychologie habituelle, ni même finalement avec d'autres moyens.

Pour R. Kaës, le sujet de l'inconscient n'est pas seulement le sujet des formations internes mais il se fonde aussi dans l'inconscient des autres. Je propose que l'expérience traumatique suppose plus encore que les autres expériences l'activation de formations communes et partagées de la psyché. Les processus qui organisent la symbolisation de cette expérience dépendent pour moi forcément en grande partie de processus se développant dans une topique atopique. Ferenczi a eu cette intuition géniale.

Dans les troubles graves de la subjectivité, le défaut de symbolisation des expériences est tel qu'on assiste à d'importants déplacements transférentiels. C'est tout l'environnement du sujet qui est en général concerné. Les personnes, les choses, l'espace et les institutions servent à répartir parfois de façon très contrastée les parts du sujet qui ne peuvent être élaborées psychiquement.

Ces patients produisent des transferts agis hors du champ du discours, des fantasmes et même de la séance. Apparaissent dès lors les « injections projectives » dont parle P.-C. Racamier qui ne sont ni des affects ni des émotions mais des agirs transmis sous forme de motions pulsionnelles expédiées dans l'environnement et le poussant à contre-agir.

L'impossible conflictualisation en « interne » provoque donc cette tentative de traitement par le détour de l'extérieur et de tous ses agents. Les engrènements (P.-C. Racamier) ou injections projectives sont alors nombreux qui peuvent essayer de traiter les

paradoxes de l'économie traumatique mais quelquefois en risquant de semer d'importantes discordes (j'ai rappelé la nécessité de l'analyse intertransférentielle pour réduire ce risque).

De la même façon qu'« un traumatisme seul, ça n'existe pas », « un traumatisme traité entièrement de façon intrapsychique » n'existe pas non plus, les dernières modélisations concernant les capacités de résilience du sujet (B. Cyrulnik, 1999) ont l'intérêt d'insister sur la dynamique de la subjectivité et sur le fait que des événements traumatisants ne condamnent pas le sujet à un avenir de traumatisé, elles ont cependant pour limite de quelquefois laisser l'illusion qu'il pourrait se débrouiller seul avec son expérience.

Comme le remarque F. Marty, si l'utilisation de ce terme a le mérite de parler du traumatisme sous son aspect dynamique, il comporte aussi certaines limites :

*« Par son caractère pragmatique, n'élude-t-il pas notamment la question du sexuel pour ne retenir que l'aspect fonctionnel du traumatisme, ses effets de relance de la vie psychique ? »<sup>1018</sup>*

L'expérience traumatique oblige à un détour par l'autre, dans des modalités parfois assez inhabituelles où l'expérience est à la fois exportée et agie dans la psyché d'autres sujets. Le patient observe chez l'autre ce qu'il ne peut voir, entendre ou sentir chez lui mais il ne l'observe pas de façon apaisée. Il a besoin pour cela d'interagir avec lui faute de pouvoir échanger des contenus fantasmatiques de façon suffisamment organisée. Plus encore, il le fait dans des échanges qui, je le répète, ne se situent que rarement dans des zones tempérées. Le climat traumatique est rude.

En partie atopique, non localisable, l'expérience traumatique se joue dans un espace en partie commun avec les autres, comme si des parts de la psyché s'exportaient en attendant qu'une interaction vienne les reprendre (et parfois plutôt une interaction qu'une interprétation ou même une construction). Parce qu'elle est indécidable, non localisable, parce que le sujet est dans l'impossibilité à destiner ses pulsions, parce que des pans de symbolisation ont été arrachés avec l'expérience traumatique, le sujet n'a d'autre solution que de la replacer ailleurs. Cet ailleurs, c'est dans le meilleur des cas l'autre qui le constitue, à lui de le comprendre et d'en saisir l'opportunité (j'insiste, c'est souvent le thérapeute qui doit parfois saisir cette opportunité plus que le patient dans l'incapacité de le faire).

---

<sup>1018</sup> Marty (F.), « Traumatisme : une clinique renouvelée », p.6.

Si tel n'est pas le cas, l'expérience peut se répéter indéfiniment, les capacités de symbolisation se détériorer et le sujet s'abandonner à une informité attirée par rien dans un espace solipsiste en grande partie vide, sans pesanteur ni verticalisation. L'expérience erre alors, livrée à elle-même et à ses capacités de destruction. comme les personnages de S. Beckett. Elle ne peut trouver d'inscription, se déplace sans cohérence dans une topique atopique et solipsiste et ne peut que désorganiser le sujet, psychiquement et somatiquement. Elle peut aussi agir. Le passage à l'acte est une des « solutions » restantes, parfois dans une version psychopathique grave.

C'est dans cet espace de communication instable que peut par exemple se situer la « représentation en actions » dont parle Véronique Lemaître :

*« Cette « représentation en actions » apparaît comme intermédiaire entre la représentation-chose qui s'impose au sujet de l'extérieur et la représentation-mot qui, en extrayant l'expérience du contexte concret du moment vécu, donne accès à un récit temporalisé selon un fil nécessairement subjectif. La « représentation en actions » reste dans l'instantané mais permet au sujet de donner forme à une expérience chargée affectivement et ainsi de se l'approprier. [...] Elle apparaît comme le premier temps nécessaire au processus de subjectivation. Elle est par ailleurs utilisable pour communiquer avec les autres pour autant qu'ils lui soient attentifs, et pour agir sur eux. »<sup>1019</sup>*

L'interaction, comme l'actuel, l'ici et maintenant des entretiens, méritent tous deux d'être encore revisités par la psychanalyse.

---

<sup>1019</sup> Lemaître (V.), « Les présupposés du concept de recours à l'acte : confrontation avec les données de la clinique périnatale », in Balier (C.), *La violence en abyme*, p.34.

# 5- Limites du dispositif et ouvertures

J'ai rappelé l'intérêt de la psychanalyse contemporaine pour essayer de trouver de nouveaux dispositifs plus accessibles à certains patients, de nouveaux aménagements. La cothérapie ou le face-à-face en font partie.

Cependant, l'insistance mise sur tel ou tel aspect du dispositif va de pair avec le fait que, du même coup, il laisse peut-être de côté (plus ou moins) tel ou tel autre aspect :

*« Mais chaque aménagement, s'il rend possible un certain processus, exclut du même coup l'analyse d'autres pans de la psyché : si l'on s'étaye sur les messages issus de la perception visuelle et de la motricité pour symboliser, sur quoi va-t-on s'étayer pour symboliser comment ces messages de perception et de motricité entravent la symbolisation ? »<sup>1020</sup>*

Il me revient maintenant de commencer à explorer les limites de mes propositions concernant l'intérêt du dispositif en double écoute.

## 5-1 Le double pathologique

Comme le rappelle R. Roussillon, les thérapies en face à face montrent aussi quelquefois la difficulté de certains patients à associer tout en regardant leur analyste, cette « vigilance visuelle » devenant parfois gênante : « L'objet doit être absenté du regard,

---

<sup>1020</sup> Roussillon (R.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, p.28.

relativement absenté du registre perceptif pour bien dégager ses potentialités représentatives ». <sup>1021</sup>

J'ai en partie montré comment, paradoxalement, la présence de deux psychologues pouvait faciliter l'opération psychique de les absenter (avec ses variantes : le floutage par exemple). J'ai aussi montré que l'hallucination négative était une ressource relativement efficace mais psychiquement coûteuse pour ce faire.

Pourrait-on penser que la double présence des cliniciens présente aussi certains inconvénients, comme s'il était difficile de laisser le patient seul en présence de son expérience traumatique, comme si les thérapeutes avaient « trop peur » pour lui, à moins que ce soit pour eux ? Encourager cette *vigilance visuelle* du patient vers les psychologues et inversement pourrait-il entraver le mouvement permettant au patient de se tourner vers son monde interne ?

Les entretiens en double écoute, enfin, pourraient-ils présenter des aspects pathogènes, voire traumatiques ? Tout espace à trois n'imposerait-il pas plus de stimuli et d'expériences que le sujet, fragilisé par des expériences très mal délimitées, ne pourrait en supporter ? La « mise en groupe » relative proposée par la cothérapie comporte-t-elle aussi une dimension excitante ne facilitant pas toujours la symbolisation ? D. Anzieu, dans son *Introduction à l'étude des fonctions du moi-peau dans le couple* (1986), a bien situé l'illusion gémellaire ou duelle fondant le couple sur le modèle de l'illusion groupale fondatrice du groupe. N'y aurait-il pas de la même façon une illusion gémellaire thérapeutique qui risquerait de négliger la subjectivité du patient ?

Dans une version pathologique de la cothérapie, on pourrait aussi imaginer d'importantes confusions nées de l'influence des identifications projectives et narcissiques adhésives. Des éléments pervers pourraient s'engrèner, l'espace thérapeutique étant alors envahi par des agirs et des confusions entre les deux psychologues et le patient. On aurait ainsi une topique dans le sens où la définit cette fois P.-C. Racamier et non plus comme j'en ai parlé dans le chapitre précédent :

*« (...) L'organisation particulière qui seule permet de rendre compte de processus psychiques dont l'unité (qui ne peut s'apercevoir dans la seule enceinte intrapsychique) s'accomplit entre plusieurs personnes (couple, famille, groupe, société...) en vertu d'interactions inconscientes obligées. Illustrée par le processus d'engrènement et de participation confusionnelle, ainsi que par les défenses interactives, cette topique est celle qui émerge et prévaut dans le jeu des fantasmes-non-fantasmes*

---

<sup>1021</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.177-178.

*qui sont en circulation dans toute pathologie narcissique grave. La topique interactive est un dérivé de la troisième topique laquelle désigne l'organisation du réel en trois registres : interne, externe et intermédiaire. »<sup>1022</sup>*

Très clairement, dans cette utilisation pathologique et incestuelle du dispositif, la topique interactive ne serait plus au service du sujet mais basculerait au service des psychologues surinvestissant leur « couple » en oubliant ou négligeant leur patient.

## **5-1-1 Le double pour éviter la confrontation aux aspects les plus archaïques**

J'ai fait plusieurs fois le récit dans les cas cliniques exposés de moments où le patient s'étonne que les thérapeutes aient des pensées ou paroles communes. Très souvent également, et malgré des images englobant les cliniciens (les « quatre z'yeux », les « petits oiseaux dans leur nid »), ces mêmes patients jouent sur les différences entre les cothérapeutes, essaient même de « faire battre des montagnes ».

Il arrive parfois à Judith et moi ou Daphnée et moi de parler d'une même voix, de faire ensemble une interprétation ou une remarque similaire voire identique au patient. Ce dernier manifeste souvent une gêne, voire un affect honteux quelquefois trahi par une remarque sarcastique disqualifiant les psychologues ou feignant une naïveté devant la « bonne entente » des deux psychologues.

Nous sentons alors toujours le besoin de reprendre ce moment en termes de « pensée commune » en disant quelque chose au patient, ceci sans doute afin d'éviter que ce dernier pense que nous avons trop de connivence, qu'il est trop exclu de notre relation, que nous

---

<sup>1022</sup> Racamier (P.-C.), 1993, cité par Caillot (J.-P.) : « Introduction à la psychanalyse du couple. Les thérapies psychanalytiques de couple. » in Groupal, 14, *L'incestualité*, p.21.

« conversons » ensemble sans tenir compte de lui. Ne voyons pas ici des aspects trop oedipiens, il s'agit le plus souvent d'éviter une blessure narcissique.

Les « relations communes » des psychologues angoissent en effet parfois les patients. Les fantasmes de scène primitive accompagnent quelquefois ces moments, comme si le patient assistait trop vite et de façon obscène à quelque chose du couple qui ne lui appartenait pas et qu'il n'aurait pas du voir. On repère aussi ce risque lorsque les patients nous interrogent sur nos activités communes de façon détournée (est-ce que nous nous retrouvons pour parler d'eux en dehors des séances ?).

Une des façons de sortir de cette impasse est sans doute de travailler l'idée du « semblable » : nous sommes différents et pouvons penser quelquefois une idée semblable, nous sommes semblables et pouvons pourtant à d'autres moments avoir une compréhension différente de ce qui est évoquée : « *Vous êtes très différents et pourtant d'accord, ça m'énerve !* » nous disait Astrid.

Une « mauvaise » manière de répondre à ce risque est d'entrer dans la compétition, d'essayer de faire plus subtil, plus intelligent, plus interprétatif que l'autre thérapeute. Derrière l'évident et nécessaire plaisir à travailler ensemble se cache quelquefois, tapi dans l'ombre des blessures narcissiques de chaque psychologue, la tentative de dépasser l'autre ou de l'affaiblir devant le patient comme témoin. (pourrait-on aller jusqu'à l'idée de l'humilier, voire de l'anéantir ?)

Pendant que les thérapeutes discutent ainsi de « leurs affaires », règlent leurs comptes personnels, y compris sur le plan narcissique, ils conversent entre eux. Cette discussion les éloigne évidemment du patient et c'est probablement l'un de ses intérêts défensifs : en parlant d'eux de façon plus ou moins détournée, les thérapeutes évitent de se confronter aux aspects les plus archaïques et difficiles du patient.

Certaines impasses thérapeutiques pourraient ainsi être expliquées, au moins en partie, par ce type de conversations, comme elles pourraient l'être par des processus d'« entente » plus ou moins sympathique et chaleureuse ou même d'hostilité et d'agressivité entre les thérapeutes.

Il faut donc être prudent, ne pas se contenter d'une analyse du niveau le plus en surface de ces attitudes : lorsqu'elles se produisent, et cela arrive toujours à un moment ou un autre, l'analyse intertransférentielle doit absolument « en penser quelque chose ». Cela ne se passe jamais à n'importe quel moment. Il y a bien sûr la « part » revenant aux faiblesses et insuffisances des cliniciens, mais cela nous renseigne le plus souvent, si l'on sait observer et



analyser ces moments, sur ce qui du patient et de son expérience, se joue à ce moment dans l'espace thérapeutique en se greffant sur les failles psychiques des psychologues.

Ces « conversations » doivent bien entendu être évitées. Mais, lorsqu'elles se produisent, le risque est encore plus grand d'éviter de les voir ou de les penser. Ce serait alors renvoyer au patient que non seulement les thérapeutes le négligent au profit d'une scène commune qui les exclut (mais dans une version plus narcissique qu'oedipienne) mais aussi qu'ils ne veulent pas voir les aspects les plus souffrants, les plus désorganisés, les plus archaïques et finalement les plus traumatiques de son expérience, ceux qui ont été à l'origine même de cette « fuite en conversations » de ses soignants. Ce risque thérapeutique de la double écoute tient à la fois de la complexité transférentielle engagée et des particularités de l'expérience traumatique.

En s'interrogeant sur l'intérêt d'une « monothérapie » ou d'une « cothérapie » dans les dispositifs de groupes d'enfants, A. Brun<sup>1023</sup> rappelle que les anglo-saxons ont privilégié la monothérapie, contrairement aux pays latins et notamment à la France. Elle évoque les critiques de P. Privat et D. Quelin-Souligoux (2000)<sup>1024</sup> tentant de montrer les difficultés dans l'analyse contre- et intertransférentielle et même les effets négatifs de cette analyse sur le groupe (le groupe pouvant agir l'inconscient du couple thérapeutique) ; ces auteurs vont jusqu'à envisager un impact traumatique du couple des thérapeutes sur les patients angoissés devant la menace de castration et de scène primitive présentée. Ils reconnaissent en revanche l'utilité de la cothérapie pour des enfants très jeunes ayant un fonctionnement plutôt situé dans l'archaïque en avançant des arguments dont certains sont très proches de ceux que j'ai décrits dans cette thèse (parce que j'envisage aussi l'archaïque comme un processus et un type de fonctionnement particulièrement réactivé dans les expériences traumatiques, cela indépendamment de l'âge).

De la même façon, on reproche parfois à la présence du couple thérapeutique d'induire (notamment lorsque les psychologues sont de sexes différents) un schéma oedipien ou une identification au modèle parental qui encouragerait le patient à s'éloigner des problématiques plus archaïques ou à se laisser prendre dans les fantasmes de séduction, de scène primitive

---

<sup>1023</sup> Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, p. 76-80.

<sup>1024</sup> Critiques apparaissant dans leur livre *L'enfant en psychothérapie de groupe* paru en 2000 ; ces auteurs appartiennent au C.I.R.P.P.A. (Centre d'Information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse Appliquée).

qu'il attire. Si j'ai bien montré que le dispositif en double écoute facilitait l'attraction des imagos parentales, je crois que penser qu'il privilégie l'attraction de problématiques oedipiennes reviendrait à sous-estimer :

- L'ampleur des processus archaïques dans les expériences traumatiques, ceux-ci ne peuvent disparaître derrière une organisation oedipienne ou d'apparence oedipienne (même si ces registres peuvent en partie coexister).
- L'importance des aspects manifestes du dispositif : ce n'est pas parce qu'il présente un couple que le dispositif est perçu comme tel par le patient. On a bien vu dans l'expérience d'Astrid les années nécessaires avant qu'elle puisse différencier les psychologues du « bloc » qu'ils constituaient pour elle, les « quatre'z'yeux » constituant une étape intermédiaire.
- La pertinence des patients qui ne se laissent pas prendre aussi facilement dans les rôles apparents du dispositif, quel qu'il soit.

On dispose par ailleurs de nombreux exemples de pratiques cliniques (les travaux de G. Haag ou ceux du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale par exemple) apportant des observations tout à fait contraire aux propos de Privat et Quelin-Souligoux. Si les critiques avancées par ces auteurs ne me paraissent pas réellement justifiées, elles ont cependant l'intérêt d'alerter sur le risque inhérent à ce type de pratique, risque qu'il ne faut absolument pas négliger.

Le groupe (comme le gang, dit D. Anzieu), a tendance à affaiblir les défenses et augmenter les désirs chez les membres qui le composent. Il peut aussi privilégier le principe de plaisir. Les cothérapeutes doivent ainsi prendre garde à ce type de régression et ne pas oublier le but thérapeutique pour lequel il a été instauré. Car il pourrait aussi y avoir, au-delà d'une trop grande complicité ou « conversation » entre les deux psychologues, une « conversation à trois avec le patient », un accord commun (une alliance négative dirait R. Kaës, un déni en communauté peut-être) pour « ne pas parler de ce qui fâche », des éléments les plus difficiles de l'informité du patient. Le groupe des trois protagonistes de la scène thérapeutique aurait alors une suite de conversations de salon, de comptoir, voire philosophiques qui permettrait à tous de créer une sorte d'illusion groupale (D. Anzieu) venant assurer la sécurité et la tranquillité de tous au détriment du soin du patient.

## **5-1-2 Dématérialisation du double : transformation du double matériel en double interne**

Qu'est-ce qui pousse un psychologue ayant en charge des patients victimes de traumatismes sexuels à souhaiter pour eux un dispositif en double écoute ? Espère-t-il éviter une prise en charge institutionnelle ou ne trouve-t-il que ce moyen pour gérer l'impact contre-transférentiel de la confrontation à de telles expériences ?

Une approche individuelle ne pourrait-elle avoir les mêmes effets ? Comme le remarque B. Golse, tout soin (même non groupal) comporte un double courant narcissique et objectal renvoyant (sans s'y superposer) à une double fonction contenant et mutative.

Certes, le dispositif en double écoute insiste plus sur la fonction contenant, l'approche individuelle mettant peut-être plus l'accent sur l'aspect mutatif ou interprétatif. En ce sens, un « dispositif à plusieurs » serait mieux indiqué pour le traitement des expériences traumatiques dont j'ai maintes fois souligné l'importance d'une contenance première et la prudence nécessaire dans l'interprétation.

Mais il s'agit bien seulement d'une insistance, de l'accent mis par le dispositif sur une fonction particulière et seulement de cela. Prenons un exemple à travers la façon dont le patient peut s'adresser, dans un registre plus ou moins oedipien, aux parts masculines et féminines du thérapeute.

J. Guillaumin rappelle que le thérapeute doit maintenir distinctes en lui l'image féminine génitale « maternelle » de l'image masculine « paternelle ». Il s'agit d'une différenciation topique, géographique

*« (...) qui maintient séparés dans l'analyste deux pôles de représentation et d'affect, ou deux types de désirs, mais aussi d'une mise au point de la nature des liens libidinaux qui existent entre les deux images identifiantes. Réseau hautement complexe dont la charpente bisexuelle psychiquement*

*entrecroisée, qui répartit les poussées pulsionnelles, peut contenir bien des attaques sans se déstructurer. »<sup>1025</sup>*

On comprend bien qu'il n'est point besoin de deux cliniciens pour exercer le jeu de la bisexualité psychique, des identifications masculine et féminine, paternelle et maternelle. Quand un patient sollicite chez son analyste-homme des sentiments tendres et maternels à son égard, celui-ci pourra se sentir attiré dans le contre-transfert. Mais une part de lui, sa part masculine inscrite dans la réalité, appuyée sur son identification génitale masculine, exercera la tension nécessaire au maintien de l'équilibre. C'est la référence mentale oedipienne dans l'élaboration du contre-transfert qui compte ; elle suffit même, sans besoin d'être incarnée par deux psychologues différents dans le dispositif. Le dispositif en double écoute ne fait qu'incarner, que rendre plus réelle et visible cette « référence » pour des sujets qui y ont quelquefois difficilement accès.

De nombreuses observations cliniques, comme celles faites par A. Brun<sup>1026</sup> dans des ateliers thérapeutiques d'enfants montrent aussi que le passage à la notion de couple ou de triangulation n'est pas forcément lié à un dispositif de cothérapie :

*« (...) en effet l'enfant peut établir avec l'un comme avec l'autre des thérapeutes une relation en miroir en double, les vivant sur un mode indifférencié, ou encore il peut ignorer longtemps l'un des thérapeutes, souvent le stagiaire psychologue, pour rester en relation duelle avec son référent, sans pouvoir prendre en compte le tiers. »<sup>1027</sup>*

A. Brun souligne cependant que l'apparition de l'idée de couple ou de triangulation est un indicateur clinique important : les enfants peuvent utiliser tel ou tel thérapeute pour éviter un lien incestuel menaçant, vivre une séduction, créer des conflits...

L'aspect « technique » et pratique, l'impact du double dans la cothérapie est évident ; j'en ai analysé quelques incidences, intérêts et limites. Il me semble important de rapporter ici qu'il ne s'agit que d'une matérialisation, dans un dispositif particulier. Ce fonctionnement en double est avant tout interne, sa « présentification » par deux psychologues durant les entretiens est un moyen de l'incarner un peu plus et de présenter « en vrai » à un sujet en mal

---

<sup>1025</sup> Guillaumin (J.), *Psyché. Etudes psychanalytiques sur la réalité psychique*, p.294.

<sup>1026</sup> Brun (A.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*.

<sup>1027</sup> *Ibid.*, p.79.

de capacités de symbolisation une proposition thérapeutique facilitant l'attraction de son informité.

Mais, pour des sujets moins « traumatisés », comme d'ailleurs pour ces mêmes patients, ce dispositif n'est évidemment pas indispensable, ni même nécessaire. J'exerce aussi une activité en cabinet libéral et il m'arrive, comme tout clinicien, de rencontrer des patients présentant des problématiques similaires. La thérapie peut alors se dérouler dans un cadre plus habituel avec un seul clinicien, sans que son déploiement en soit perturbé. Certes, je me surprends fréquemment à penser « comme en double écoute » notamment dans les temps post-entretien, mais cela est sans doute l'incidence d'une pratique extérieure en cothérapie. Il m'arrive ainsi de penser à la façon dont Daphnée ou Judith pourraient vivre cette rencontre, ce qu'elles pourraient en dire ou penser, mais cette position est bien interne. Le double est avant tout interne : on pourrait tout à fait imaginer, et c'est un des risques de la cothérapie, que deux cliniciens présents sur la même scène thérapeutique puissent ne pas du tout fonctionner en « double écoute », l'un n'écoutant pas l'autre. Le psychologue peut « s'entendre dire » même seul, s'entendre dire aussi grâce à l'aide de son superviseur.

Si l'incidence de la matérialité de l'objet thérapeutique était aussi fondamentale, le patient d'une cure individuelle ne pourrait considérer son analyste homme ou femme que dans son identité sexuelle, son âge ou ses caractéristiques propres (traits de caractère, situation sociale...). Toutes les modalités transférentielles (déplacement, retournement, diffraction...) nous montrent l'inverse.

C. et S. Botella<sup>1028</sup> ont bien analysé l'incidence des doubles matériels dans la pensée freudienne (Jung, Fliess, Romain Rolland...) à la fois dans l'aide apportée à Freud mais aussi dans sa volonté de s'en dégager :

*« Si la « matérialisation » du double par le truchement de l'hameçon de l'homosexualité offre une protection contre le vertige de la pensée, le prix à payer est l'adhésion, le collage de la pensée au double, le sacrifice des différences. Et c'est le passage de la relation à un double « matériel » à la relation à un double intérieur, autonome, suite à l'analyse de l'homosexualité, qui rendra l'originalité de la pensée. »<sup>1029</sup>*

---

<sup>1028</sup> Botella (C. et S.), « L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance ».

<sup>1029</sup> *Ibid.*, p.688.

Ces auteurs reviennent sur le rêve récurrent (pendant l'été 1904) de Freud, rêve homosexuel au sujet de Fliess pendant leur rupture, qui essaie aussi de masquer (derrière l'agressivité) la solitude de Freud devant la disparition de ce double externe, solitude montrant une certaine fragilité du double intérieur. Freud lui-même reconnaît dans *L'inquiétante étrangeté* que l'homme primitif a créé le double pour lutter contre l'idée de mort, C. et S. Botella allant jusqu'à dire que le double surgirait plutôt devant la crainte de non-représentation que devant la mort. Ces auteurs remarquent aussi que c'est grâce à l'étude des pathologies narcissiques que l'étude de la dynamique du double s'est posée différemment dans les recherches plus contemporaines.

Ce que l'on remarque cependant cliniquement, c'est que le patient « dématérialise » par exemple les deux thérapeutes après les avoir autant investis concrètement, ceci signant un progrès dans l'autonomie de sa psyché :

*« Il s'agit d'une transformation de la relation au double « matériel » en relation au double intérieur – équivalent narcissique de ce qu'au niveau objectal sont les désidentifications progressives conduisant à l'épanouissement de son propre destin pulsionnel. »<sup>1030</sup>*

C. et S. Botella considèrent donc que l'analysé est souvent amené à construire un double homosexuel de son analyste, le thérapeute étant de son côté plus disponible pour un travail de figurabilité imprégné des éléments apportés par son patient, figurabilité en continuité avec la psyché du patient :

*« Il s'agit d'un fonctionnement en double continu, phénomène opérant entre deux psychismes, où l'un d'eux faisant preuve d'une plasticité momentanée remarquable reflète en lui ce qui chez l'autre n'est que potentiel, ce que l'autre n'est pas en mesure d'évoquer ; la complémentarité est parfois telle que l'objet psychique n'est complet que dans l'union du travail de deux psychismes. C'est un acte complexe fait à la fois de passivité et d'appropriation, sur le modèle du mouvement auto-érotique secondaire intégrateur du double composite ; un acte révélateur, voire créateur des données d'un autre psychisme. »<sup>1031</sup>*

Ce travail en double tient d'une perception primitive (on se rapproche des interrogations sur la télépathie ou le transfert de pensées), très fine du psychisme de l'autre et de l'idée d'un ajustement d'un psychisme sur l'autre ; une autre version d'accordage en

---

<sup>1030</sup> *Ibid.*, p.704.

<sup>1031</sup> *Ibid.*, p.705.

quelque sorte qui permet de transformer de l'intrapsychique en interpsychique (C. et S. Botella). Ce travail met aussi particulièrement en contact avec les « points de cassure » de l'expérience, les « béances » dans la continuité psychique, il ouvre sur les ruptures traumatiques du sujet, sur tout ce qui n'a pas pu être repris par la symbolisation (et beaucoup moins sur les fantasmes par exemple). Les ruptures dans l'histoire du patient traumatisé sont évidemment nombreuses, dans les aléas de ses processus de symbolisation comme dans ses rencontres, tout cela se rejoue dans les entretiens thérapeutiques.

On comprend dans cette modélisation que la question du double peut se poser avec importance et subtilité en dehors du dispositif en double écoute, elle reste cependant essentielle en psychanalyse, notamment dans le traitement des pathologies traumatiques. Il reste cependant vrai que tout « bon » clinicien doit avoir au moins deux écoutes avec un écart possible. Ainsi, lorsque dans le cadre des thérapies en cabinet libéral je suis face à un patient ayant été victime de traumatismes sexuels, il est une façon de l'écouter peut-être plus férenczienne (considérant l'enfant malmené ou l'atomisation de son expérience), une autre plus freudienne (interrogeant la part prise par le sujet à l'organisation de ses expériences traumatiques). Le dispositif en double écoute ne fait que diffracter et faciliter ces nuances d'écoute, ceci non seulement pour le confort des cliniciens mais surtout pour offrir au patient un fond plus étendu au déploiement de son infirmité traumatique.

C'est aussi parce que ce dispositif « respire » mieux, permet d'alterner avec souplesse et contenance les moments d'extrême attention et de relâchement, ceux d'utilisation de l'autre de façon parfois harcelante et ceux de lien plus sécure et apaisé, qu'il est intéressant. Le dispositif en double écoute se dilate et se contracte plus facilement, il inspire et expire, s'ouvre et se ferme plus souplement. Il permet au sujet de constituer un fond contenant et rassurant sans être pour autant sans cesse en interaction. Il permet de mieux s'adapter à l'informe des expériences, à l'infirmité du traumatisme.

Fétichiser la double écoute serait tout aussi absurde que l'interdire ou la dénigrer. Il faut cependant mettre en garde le clinicien contre un usage idéalisé ou rigidifié de ce dispositif. Croire que le dispositif fait quelque chose à lui-seul n'a pas de sens, cela reviendrait à confondre cadre et processus.

### 5-1-3 Un dispositif paradoxal : la séduction des regards

Je l'ai rappelé plusieurs fois dans cette thèse, le regard est très investi lorsqu'il s'agit de perversion. C. Balier rappelle que la pratique pédophilique est très fréquemment liée à une esthétisation du regard ; on assiste alors à des mises en scènes pornographiques sophistiquées ou des collections de photos par exemple :

*« Plus simplement, le pédophile dit qu'il aime regarder les enfants ; terme bien banal qui cache une véritable fascination créant la réciprocité avec la victime. Il s'agit d'une « captation spéculaire » qui, dans certains cas, soumet l'enfant au désir de l'adulte, alors même qu'il est terrorisé et voudrait fuir. Retour à un mode de communication primaire entre le bébé et la mère, ou le père, où l'on ne sait qui est acteur et regardé et qui est regardant. »<sup>1032</sup>*

Le lecteur se souvient sans doute de Madame Korschov s'accrochant au grillage pour ne pas suivre son oncle abuseur.

Plus généralement et bien au-delà du traitement des aspects pervers, il me semble que les expériences traumatiques incitent à être regardées, courent le risque d'être trop regardées. On assiste parfois à des regards qui tiennent moins de la profondeur d'un abyme assurant une distance ou une perspective que de l'emboîtement et de la collusion de traumatismes saisis/ressais dans des images totalement désorganisantes.

On pourrait voir ainsi dans l'expérience précédemment relatée de Denis comment cette perspective est écrasée à de nombreuses reprises : lorsqu'est diffusée l'émission de télévision dans laquelle il apparaît à peine flouté par exemple. Il s'agit bien ici d'une intrication de regards qui s'emboîtent de façon pathologique, le regard voyeuriste porté sur l'expérience n'assurant aucune profondeur mais au contraire un écrasement, un collage à l'expérience qui renforce sa destructivité.

C. Balier, en retrouvant le trouble fondamental de l'exhibitionniste, c'est-à-dire l'incapacité à porter un regard sur soi, permet aussi de penser le risque d'un tel dispositif,

---

<sup>1032</sup> Balier (C.), *La violence en abyme*, p.187.



celui de l'exhibitionnisme et du voyeurisme. La double écoute pourrait bien en effet parfois être utilisée par le patient comme un acte : les deux psychologues, anonymés dans le « bloc » qu'ils constituent, représenteraient alors celui qui regarde, anonyme mais touché, voire effrayé. Suivant les propositions de Freud dans *Les pulsions et leurs destins*, C. Balier remarque que l'acte peut réaliser « (...) d'un seul coup les trois positions : regarder soi – regarder l'autre – être regardé. »<sup>1033</sup>

Le jeu de l'expérience traumatique sur la scène des entretiens en double écoute pourrait aussi, dans une version pathologique, court-circuiter le fantasme et condenser ces trois positions. On assisterait alors à un collapsus, un *télescopage* qui permettrait au patient d'utiliser les psychologues comme des éléments externes, comme des objets psychiques mais sans qu'ils en aient véritablement le statut. Cela peut être intéressant de façon transitoire, si les thérapeutes sont suffisamment malléables et conscients de leur position pour le faire, mais le risque est important cependant d'entrer en collusion avec les aspects les plus pervers de la situation. La « captation spéculaire » (C. Balier) est aussi un des risques du dispositif en double écoute.

L'écart peut être mince entre le jeu des regards dans le transfert, la mise en perspective de l'expérience traumatique, le portage visuel et le fait de céder à un regard trop appuyé, trop inquisiteur. Je pense que l'idée de transfert ne repose pas forcément sur la perte du regard : avoir une relation plus directe avec le patient par l'intermédiaire d'un sens supplémentaire (la vision) n'abolit ni ne tronque le transfert, du moins si l'on en est fait un usage restreint limité par l'intérêt thérapeutique pour le patient.

Si les regards s'échangent ou se fuient trop, s'ils sont trop pénétrants ou fuyants, alors le patient pourra les interpréter selon les modalités claustro-agora-phobiques souvent employées par les sujets confrontés à des expériences traumatiques : il se sentira étouffé ou abandonné du regard, persécuté ou laissé à l'abandon. De nombreux exemples cliniques ont déjà été présentés dans cette thèse à ce sujet, signant les risques d'excitation ou d'abandon ressentis par les patients.

Retenons simplement que la fusion des regards entrerait en collusion avec la problématique traumatique : la confusion serait totale, le sujet déjà en difficulté pour

---

<sup>1033</sup> Balier (C.), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, p.132.

circonscire les limites de son expérience, la former, la différencier de l'extérieur, verrait ses tentatives vouées à l'échec et, pire que cela, serait à nouveau confirmé dans l'appatissement de sa topique interne.

Dans sa différence avec le dispositif de la cure-type et en présence d'une vision accentuée, la double-écoute devient aussi de fait double regard et risque alors de ne devenir qu'une moitié d'écoute, qu'une écoute partielle et peu attentive pervertie par le voyeurisme. Cette vision du patient, trop accentuée, et ce au détriment de son écoute, ne ferait pas face à l'expérience traumatique mais serait plutôt massivement infiltrée des failles narcissiques du psychologue : « (...) cette expérience crée chez le patient un sentiment d'être séduit, et le plonge dans une grande solitude. »<sup>1034</sup> Pris dans la séduction des regards, les deux psychologues abandonneraient leur patient à son infirmité traumatique, le livreraient au chaos.

L'attraction de l'inconscient comporte une part et donc un risque de séduction forcément joués dans tout dispositif. Encore faut-il que cela soit dépassable et que les thérapeutes en soient conscients. Ainsi, et ce malgré la présence de « quatre z'yeux », les deux psychologues ne doivent-ils peut-être pas trop se regarder évidemment, mais non plus trop regarder l'expérience traumatique, ni trop ni de trop prêt. Le retour d'éléments perceptifs d'une réalité enfin dévoilée lors des thérapies pourrait en effet mettre « sous influence » les psychologues.

Le transfert est indissociable de l'idée de séduction, ne serait-ce que par la dissymétrie imposée par le dispositif, qui rappelle l'adulte (avec son inconscient) face à l'*infans* recevant des signifiants énigmatiques (J. Laplanche). Il pourrait ainsi y avoir selon lui un *recouvrement* entre la situation anthropologique originnaire et la séduction du dispositif analytique, il y aurait ainsi un rapport de forme entre ces deux situations, rapport de forme tenant à la séduction provoquée.

La question de l'usage de cette séduction du dispositif comme les interrogations sur la façon de faire face aux expériences les plus difficiles, notamment traumatiques, a suscité de nombreuses polémiques dans la clinique psychanalytique. Aujourd'hui encore, si la plupart

---

<sup>1034</sup> Ciccone (A.), « Violence du soin psychique », p.15.

des cliniciens s'accordent à penser des modalités d'adaptation du dispositif de la cure dans le traitement de certaines problématiques, la question de savoir jusqu'où il est nécessaire d'aller dans cette adaptation n'est jamais tranchée.

Evelyne Tysebaert rappelle ce que Jacques André nomme « l'objection par la clinique contemporaine » qui a engagé un infléchissement vers le holding, la prise en considération du narcissisme (avec Winnicott ou Bion par exemple). Reprenant les propositions de M. Little (qui rappelle la nécessité de ne pas mettre l'accent sur la sexualité infantile face à des patients qui ne sont même pas assurés de leur propre survie ou existence), J. André<sup>1035</sup> souligne le risque porté par un dispositif qui *serait* la mère, par un analyste qui répondrait à la place assignée dans le transfert. Il parle alors de « dérive maternelle » de l'analyse adhérant trop à la réalité matérielle en oubliant la transformation psychique opérée par le sujet, négligeant la réalité psychique.

Selon lui, si le trauma n'est pas toujours et/ou pas seulement sexuel, son traitement l'est toujours (le sexuel, l'infantile doit participer à la transformation psychique), même dans les petits gâteaux offerts par Winnicott à M. Little (et qui, selon lui, sont « naïvement » interprétés par elle comme un signe de maternage, comme s'il était question de la nourrir alors que la sexualité infantile se mêle aussi des affaires de cuisine, que gâteaux et cadeaux sont proches). Si tout n'est pas sexuel selon J. André, le sexuel peut se mêler de tout grâce à sa polymorphie et à sa plasticité. C'est d'ailleurs ce même sexuel qui, en infiltrant le soin, pourrait à la fois assurer « juste ce qu'il faut de séduction » pour mobiliser les changements psychiques.

Les aménagements d'un dispositif supposent bien entendu toujours quelques renoncements, encore faut-il en être conscient et savoir que l'enjeu, quelquefois existentiel, est suffisamment important pour qu'on accepte de sacrifier « quelque chose du dispositif ». Ainsi, reprenant le même exemple de la thérapie de M. Little par Winnicott, R. Roussillon résume bien cela :

*« Tenir les mains de la patiente dans ses états de détresse permet de démentir qu'elle soit repoussante, cela ne permet pas d'analyser les expériences précoces qui la rendent inconsciemment repoussante pour elle-même. »<sup>1036</sup>*

---

<sup>1035</sup> Position exprimée lors du congrès de Liège, le 12 avril 2008 : « Malaise dans la séduction. Point de vue de la psychanalyse sur la séduction, la déviance, le crime. »

<sup>1036</sup> Roussillon (R.), « Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction. » in André (J.) et al., *Transfert et états-limites*, p.53.

J'adhère tout à fait à cela : l'erreur serait de laisser mourir ou souffrir le patient sans lui donner la main, une autre serait de croire que cela règle tout. Avant que cette patiente puisse « s'attaquer » à ce qui la rend repoussante pour elle-même, il faut qu'elle acquière suffisamment d'assise narcissique pour le faire, qu'elle ait suffisamment le sentiment d'exister pour reprendre les propositions de M. Little. L'un et l'autre ne s'excluent pas.

Ainsi, sans partager totalement les critiques de J. André, il me semble que cette position a cependant le mérite de souligner la complexité de l'articulation entre la séduction du dispositif et celle de l'expérience du sujet, entre les aspects narcissiques et ceux plus sexualisés des problématiques accueillies. Pour ma part, et le modèle topique que j'ai proposé en est l'illustration, je pense qu'aucune position tranchée sur la nature de l'expérience traumatique ou de son traitement ne peut être prise. Statuer franchement sur l'aspect sexuel ou narcissique de l'expérience est impossible.

Le dispositif en doublé écoute, par le risque de séduction narcissique et plus sexualisée des regards qu'il propose ne doit pas plus que les autres (et peut-être moins) éviter de s'interroger sur la séduction mise en œuvre notamment par les regards échangés. Bien entendu, il y a un holding de ces regards, mais il peut aussi y avoir une séduction d'une autre nature, comme dans les petits cakes offerts par Winnicott à M. Little. Cette séduction n'est pas gênante si elle est tempérée et au bénéfice d'une attraction de l'infirmité traumatique, aux fins de son traitement ; elle l'est si les psychologues n'en ont pas conscience, la sous-estiment ou la mettent à leur propre service ou également s'ils l'évitent trop.

Il est évident que placer un patient devant deux adultes de sexes différents (en ce qui concerne mon expérience de la cothérapie, tel à toujours été le cas) et imaginairement situés en position forte peut activer des fantasmes de voyeurisme ; l'inverse est aussi possible, le couple des thérapeutes se donnant à voir aux yeux du patient. Un interdit nuance cependant ce risque : aucune autre personne ne peut entrer dans la pièce, un « voyeur » étranger ne peut entrer, qui viendrait observer le couple des thérapeutes regardant le patient ou le patient regardant les thérapeutes. Comme dans toute fantasme, cette place est imaginairement possible (le patient peut bien fantasmer regarder la scène de la séance) mais elle ne sera jamais incarnée dans le dispositif, c'est bien là le minimum.

Penser l'intérêt d'un double regard sur l'expérience traumatique va de pair avec la pensée de ses risques et limites. Cela revient toujours à considérer la séduction impliquée dans le dispositif. A. Potamianou parle d'une utilisation de la séduction qu'elle appelle

*optimale*<sup>1037</sup> qui, dans une tonalité érotique mesurée, assouplit les fixations et les défenses, modère les débordements :

*« En s'appuyant autant que possible sur le versant de la maîtrise érotisée aux dépens des tentatives itératives de l'abaissement des excitations, l'analyste aide le patient à adhérer aux plaisirs passifs qui sont liés au « supporter », fût-ce à partir du douloureux.*

*Séduire et stimuler une pensée désérotisée, paralysée ou en restriction grave, ne veut pas dire faire part au patient de ses propres représentations et réactions contre-transférentielles (vous voulez me faire ressentir la douleur que vous excluez de votre psychisme, etc.). Il est plutôt question de faciliter l'émergence d'investissements portant sur le manque de représentations et de débloquer si possible les associations. »*<sup>1038</sup>

Séduire est aussi dangereux que nécessaire dans le champ des expériences traumatiques.

---

<sup>1037</sup> Qu'elle définit ainsi : « La séduction optimale correspond, selon moi, à une combinatoire du familier et de l'étranger. Il ne faut pas oublier que les messages énigmatiques (J. Laplanche) étranges et étrangers pour le Moi de l'enfant, sont proférés dans, et par, le contexte familial de la mère de manière à ce que l'étranger et l'étrange ne désorganisent pas le Moi naissant. L'excitation soulevée par le non-connu reste ancrée dans une constellation qui ne perd pas les traits du familier. Par là même elle ne déborde pas le psychisme dans lequel elle s'introduit, à condition bien sûr que la trace de la mère ne condense pas un trop d'excitation. L'invitation séductrice est alors simple sollicitation vers l'ouverture à vivre et à penser. C'est dans la foulée d'une séduction optimale que peut, je crois, émerger en analyse l'expectative d'un jamais vu, jamais connu, jamais vécu à explorer et que peut être favorisé un début de circulation entre les instances. » Potamianou (A.), *Le traumatique*, p.149.

<sup>1038</sup> *Ibid.*, p.150.

## **5-1-4 Le risque d'une complicité : potentialité d'une scène perverse et séduction narcissique mutuelle**

Les psychologues doivent toujours se méfier des effets de séduction potentiellement produits par toute tentative de compréhension, de saisie des expériences de la psyché. Le fait de comprendre davantage, ou de croire mieux comprendre, entraîne une certaine séduction narcissique, je l'ai signalé dès l'exposé de ma méthodologie.

J'ai souvent évoqué les attaques d'un thérapeute par le patient (comme Astrid qui m'attribue le rôle de « traducteur » de Daphnée ou Judith contre laquelle elle déchaîne sa rage). Bien évidemment, si le thérapeute « préservé » de ces attaques a une fonction de contenance, il ne doit à aucun moment « défendre » son collègue ; ceci entraverait en effet la possibilité de déploiement et d'élaboration de toute problématique archaïque.

Certains patients tentent de séduire narcissiquement l'un des psychologues pour s'en faire un allié aux dépens de l'autre clinicien attaqué, disqualifié et décrit comme incompetent. Ces clivages antoedipiens sont fréquents et la réponse du thérapeute est importante : il doit éviter complicité et séduction. S'il interprète le clivage, c'est-à-dire si d'une certaine façon il défend son collègue disqualifié, il confirme par cette action la faiblesse de son cothérapeute. S'il ne dit ni ne fait rien, il devient complice. Ces attaques visant à faire du psychologue un objet *inanitaire* (P.-C. Racamier) sont fréquentes et lient souvent les regards aux manœuvres perverses.

La valeur « régulatrice » doit rester discrète. Le risque qu'un thérapeute devienne l'ennemi de l'autre est important et la supervision est sans doute un élément essentiel pour l'éviter. Une certaine compétition peut aussi s'engager où un thérapeute pourrait vouloir être plus « malin », plus « interprétatif », plus « près du patient » que l'autre.

Je rappelle quelques exemples des risques encourus dans certaines tentatives du sujet face aux dispositifs :

- Astrid a longtemps essayé de déstabiliser le couple thérapeutique en excluant l'un d'entre nous. Il ne fut pas toujours si aisé de se reconnaître victime de ses tentatives de séduction et d'alliances perverses.
- Denis a souvent profité de la scène des entretiens en double écoute non seulement pour y déployer les éléments pervers de ses expériences traumatiques mais aussi et fréquemment pour user de manœuvres perverses dans le dispositif même, pour faire usage des particularités de ce dernier à cette fin.

Ainsi, lorsqu'il utilise l'entretien où il se retrouve seul avec moi pour aborder un sujet « typiquement » masculin ou lorsqu'il s'adresse à Judith ou moi différemment selon les sujets abordés, on peut voir dans ces moments à la fois des tentatives de différenciation et des manœuvres pour tenter d'exclure l'un ou l'autre des psychologues en invitant son collègue à une alliance.

Dans une récente conférence<sup>1039</sup> au sujet des auteurs de violence sexuelle, A. Ciavaldini<sup>1040</sup> évoquait le fonctionnement du PARI (Psychothérapies, Applications, Recherches Intersectorielles) fondé en 1981 et assurant la prise en charge ambulatoire d'auteurs d'agressions sexuelles depuis 1991. Il insistait sur l'absence de confidentialité entre les partenaires du soin. Ainsi, dès la fin de l'entretien, chaque thérapeute note sur un cahier les éprouvés de la séance ; l'intérêt de la supervision institutionnelle comme de l'analyse de l'inter et du contre-transfert est évidemment aussi essentielle. L'instauration d'un espace « inter-contenant » (également dans le maillage avec le secteur de la santé et de la justice) participe à assurer la cohérence des soins.

On retrouve dans le dispositif en double écoute quelques éléments cherchant à limiter ce risque de complicité : il est annoncé dès le premier entretien que, lors d'une absence d'un thérapeute, l'entretien est « transmis » au thérapeute absent avant la prochaine rencontre ; nous n'avons également aucune réticence à être informés des éléments judiciaires en cours (pour les auteurs comme pour les victimes) ; de courts temps post-entretien permettent à chacun de faire part immédiatement d'impressions concernant le vécu de la séance comme les hypothèses sur ce qui a pu se passer « dans la tête et le corps » de chaque thérapeute...

---

<sup>1039</sup> Rencontres du C.R.I.A.V.S., Cycle de conférences 2010, « Accueil, évaluation et dispositif de prise en charge de l'auteur de violences sexuelles judiciairisé », C.H.U. Bellevue, SAINT-ETIENNE, 25-06-2010.

<sup>1040</sup> Docteur en psychopathologie clinique, Psychanalyste, Directeur de recherche à l'Université Paris 5, Directeur de programme C.R.I.A.V.S. Rhône-Alpes.

Toute thérapie analytique doit considérer la part d'inconnu. Le partage thérapeutique, qu'il soit avec le patient ou entre les deux psychologues du dispositif, ne doit pas abraser les différences, rabattre cet inconnu sur du « même ». Procéder ainsi serait entrer dans une connivence défavorable au soin :

*« Ainsi, nous entendons volontiers dans « partage » autant le partage du « jeu » que le « je, à part », c'est-à-dire l'idée de part réservataire, de réserve, condition sine qua non de tout processus et de toute vie. »<sup>1041</sup>*

C'est bien l'engrènement (P.-C. Racamier, 1993, 1995) qui menace les thérapeutes comme le sujet, une séduction du dispositif qui se serait fourvoyée, compromise dans une relation complice, perverse et incestuelle :

*« L'engrènement désigne presque indistinctement le fantasme et la mise en œuvre d'une relation d'interaction parmi les plus étroites et les plus contraignantes qui soient. L'engrènement est un modèle d'emprise mutuelle à l'image d'une intrication toute dénuée d'intermédiaire psychiquement élaboré. »<sup>1042</sup>*

Dans l'engrènement c'est la dynamique interactive que j'ai décrite qui se transforme en mécanique à visée interactive. Une fois engrénées, les psychés de deux au moins des protagonistes de la scène thérapeutique (un psychologue et le patient ou les deux psychologues entre eux) sont mécaniquement en lien de telle sorte que tout éprouvé, tout fantasme, toute pensée a un retentissement chez l'autre en étant en prise directe avec lui (telle une forme d'emprise) : que l'un songe au meurtre, dit Racamier, l'autre attaque immédiatement !

La forme de l'engrènement est donc une double intrication (intrapSYchique et interactive) et signe une forte dépendance mutuelle. Le risque de complicité doit évidemment être tenu à distance, mais pour cela il doit nécessairement être pensé ; le dispositif en double écoute ne peut pas une seconde éviter cette question : croire que la contenance qu'il propose comme l'indépendance des thérapeutes sont telles qu'elles évitent tout risque de complicité serait d'une grande naïveté.

---

<sup>1041</sup> Ciccone (A.), Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.128. Ces auteurs parlent de « réserve » pour une attitude suffisamment réservée de l'analyste mais aussi pour la part de lui « topiquement à cheval entre le préconscient et l'inconscient, qui résulte de son propre travail analytique ».

<sup>1042</sup> Racamier (P.-C.), « L'engrènement », in Groupal 14, *Le couple et l'incestualité*, p.199.



J'aimerais exposer ici quatre formes de cette complicité (mais il en existe bien d'autres) : la première consiste pour les deux psychologues à « discuter ensemble », à parler d'eux entre eux et en excluant le patient (le plus souvent sur un plan très narcissique, par exemple en essayant de proposer la meilleure interprétation), la deuxième revient à « jouir ensemble » de l'expérience traumatique du patient (en se délectant, même sous une forme très peu apparente, des détails ou éprouvés les plus denses de son traumatisme), la troisième tend à exclure une zone d'expérience du patient que les thérapeutes ne tiennent pas à aborder (en raison de sa difficulté ou de son impact transférentiel par exemple) en créant une « zone aveugle commune » et la quatrième enfin a déjà été abordée : elle intervient lorsqu'un psychologue défend son collègue « attaqué » par le patient.

Bien entendu, je parle ici plutôt des complicités pouvant lier les psychologues entre eux (puisque le dispositif en double écoute rend cela possible), sans négliger pour autant la complicité pouvant se jouer entre un thérapeute et le patient, ce dernier essayant par exemple de séduire narcissiquement l'un de ses soignants pour en faire un allié contre l'autre qui se sentira disqualifié ou nul (par exemple Denis lorsqu'il ne dit des choses importantes qu'à moi ou Astrid qui m'instaure comme traducteur de Daphnée avant de me trouver froid face à Judith plus « communicante »).

Bion, dans l'étude de ses hypothèses de base<sup>1043</sup>, suppose que l'investigation psychanalytique est associée à un groupe de travail encourageant l'hypothèse de couplage. La psychanalyse donne à la sexualité une place très importante, on peut aussi penser que le patient fantasme que si deux psychologues se sont rassemblés, c'est avec des intentions sexuelles. Le lien unissant les trois protagonistes est donc libidinal et la situation de couplage va aussi de pair avec une idée messianique selon Bion : le patient est supposé mériter l'attention totale de son thérapeute, le travail engagé par la psychanalyse ouvrirait également sur la découverte d'une technique pouvant changer le destin de l'humain. Tout cela pourrait bien favoriser le couplage (plutôt que la dépendance ou l'attaque-fuite, autres hypothèses bionienne du lien dans le groupe). Ce couplage pourrait parfois faire le lit d'alliances inconscientes pouvant engager les sujets vers une complicité, vers des séductions narcissiques mutuelles et peu favorables au travail thérapeutique.

R. Kaës a beaucoup étudié les alliances inconscientes se développant entre plusieurs sujets : « (...) elles sont la matière et l'organisation de la réalité psychique qui spécifient leur

---

<sup>1043</sup> Bion (W.R.), *Recherches sur les petits groupes*,.

lien. Ces alliances sont présentes dans tous les couples, dans toutes les familles, dans tous les groupes et dans toutes les institutions. »<sup>1044</sup> Elles sont

« (...) des formations psychiques communes et partagées qui se nouent à la conjonction des rapports inconscients qu'entretiennent les sujets d'un lien entre eux et avec l'ensemble auquel ils sont liés en étant partie prenante et partie constituante. [...] Nous dirons que l'alliance est à la fois un processus et un moyen d'accomplissement de buts inconscients. »<sup>1045</sup>

R. Kaës parle également d'alliances inconscientes *internes* (entre moi et Surmoi, désirs et interdits, objets internes et imagos...) et il s'est intéressé à la façon dont ces alliances internes peuvent s'allier, s'accorder avec ce qui, dans l'autre, peut se mettre en correspondance avec elles. Il est évidemment impossible ici d'étudier la complexité de ces appareillages dans le dispositif en double écoute, je tiens seulement à en souligner quelques potentialités toxiques, quelques risques.

Des accordages se font, bien en deçà du langage verbal, selon toutes les modalités d'identifications possibles et les résonances fantasmatiques, des liens se nouent ainsi et

« Il arrive que ces nœuds mettent en œuvre des moyens archaïques : des incorporations, des inclusions de choses psychiques mises en dépôt en soi ou que nous déposons chez d'autres. Nous tenons les uns aux autres par ces accordages psychiques, mais aussi par la parole et par la culture. »<sup>1046</sup>

Entrer dans ces liens suppose de nouer des alliances qui sont créatrices, préservent les contenus et les liens mais en contrepartie, elles essaient d'éviter le conflit, les différences et peuvent empêcher un travail de pensée en laminant les différences. L'alliance sert et entrave le lien en réprimant, encapsulant, mettant en dépôt ou exportant des affects ou pensées afin qu'ils ne deviennent pas conscients. Une jouissance commune, dans un contrat pervers, est même possible. Certaines alliances sont en effet défensives et plus encore « aliénantes, destructrices et pathogènes ». La *réalité psychique commune et partagée* décrite par R. Kaës dès *La polyphonie du rêve* (2002), cet espace commun partagé (sans que le rapport à cet espace soit identique) a été un des éléments ayant encouragé une nouvelle façon de penser la métapsychologie avec une troisième topique (idée avancée par R. Kaës dès 1976) où l'espace

---

<sup>1044</sup> Kaës (R.), *Les alliances inconscientes*, avant-propos.

<sup>1045</sup> *Ibid.*, p.35.

<sup>1046</sup> *Ibid.*, p.1.

psychique et les subjectivités qui s'y développent peuvent mieux se déployer. On peut ainsi entendre les alliances inconscientes dans ce nouvel espace :

*« Je rappelle ici ma proposition selon laquelle les alliances inconscientes s'inscrivent dans deux espaces psychiques, celui de l'inconscient du sujet et celui de l'inconscient dans le lien avec un autre ou plus-d'un autre. »<sup>1047</sup>*

Dans les quatre types d'alliances distingués par R. Kaës<sup>1048</sup>, je me propose d'insister sur le troisième, intéressant mon propos : les alliances défensives avec leurs effets aliénants et pathogènes ; on y trouve notamment tous les pactes dénégatifs (R. Kaës, 1985), le déni en commun, le contrat pervers, les alliances psychopathiques.... Ces alliances désorganisent et font souffrir, tant de façon interne que dans le lien à l'autre ; elles sont métadéfensives par rapport aux propres défenses du sujet et sont aussi utilisées de façon défensive ou pathologique dans le lien pour maintenir ou réaliser des désirs interdits. Elles font face aux angoisses archaïques, ont un rapport au négatif et sont à ce titre particulièrement mobilisées dans les pathologies du traumatisme.

D'une certaine façon, c'est reconnaître avec R. Kaës que les sujets sont aussi en lien dans les fondements de ce qu'ils nient ou dénie : faire alliance pour qu'il ne soit pas question d'une négativité encombrante (ce qui a été perdu, ce qui manque, ce qui est impossible...). Ainsi, certaines représentations ou perceptions sont tellement inacceptables par la psyché individuelle qu'elles sont déniées, rejetées : « Le déni et le rejet sont à l'origine de processus et d'organisations inconscientes extratopiques : exportation, dépôts, cryptes. »<sup>1049</sup> Il s'agit à ce moment de ce que R. Kaës nomme une « négativité d'obligation » mais d'autres formes sont observables (négativité relative dans laquelle un projet reste possible ou radicale, proche du réel selon J. Lacan, confrontant à la mort).

Le pacte dénégatif (Kaës, 1985), sous toutes ses formes, occupe évidemment une place importante dans ce type d'alliances négatives ; il est un pacte conclu pour la défense et qui sert à maintenir le lien intersubjectif quand les sujets en jeu sont concernés par des figures du négatif, c'est une sorte de « pacte sur le négatif » selon R. Kaës. Celui-ci a bien souligné que le lien intersubjectif pouvait s'organiser sur une polarité positive (contrat narcissique, intérêts mutuels, identifications communes...) et une polarité négative organisée sur des défenses qui

---

<sup>1047</sup> *Ibid.*, p.34.

<sup>1048</sup> Les premières concernent les alliances structurantes (alliances d'accordage primaire, de plaisir partagé et d'illusion, d'amour et de haine, les contrats narcissiques). Le quatrième type s'adresse aux alliances offensives visant à imposer un projet éventuellement destructeur (secte, gang, commando, alliance psychopathique).

<sup>1049</sup> *Ibid.*, p.106.

servent à maintenir le lien au risque de le détruire (refoulement, déni, clivage, rejet). L'une des faces du pacte peut fonctionner de façon aliénante en scellant les inconscients pour laisser de côté des pans entiers d'histoire et d'éléments psychiques, en produisant des restes pouvant faire retour (lorsque le pacte est formé sur le refoulement) ou encore, lorsqu'il est fondé sur la base du déni, du rejet et du désaveu, en produisant cette fois des éléments énigmatiques, non-transformables :

*« Des effacements, des zones de silence, des poches d'intoxication, des « espaces-poubelles » (Roussillon, 1987) ou des lignes de fuite maintiennent le sujet étranger à sa propre histoire et à l'histoire de l'autre. Nous sommes ici dans les dérives pathologiques des alliances inconscientes. »<sup>1050</sup>*

Un « accord inconscient sur l'inconscient » peut ainsi être conclu et même imposé et il me semble que cela peut particulièrement menacer les psychologues dans les thérapies de victimes d'agression sexuelle. Le traumatisme est déjà fait de ces zones de silence, de fuite, de poches ou capsules que le sujet tente d'éloigner de l'intégration à sa psyché. D'autre part, j'ai déjà souligné le risque pour tout dispositif, celui-ci y compris, d'entrer en collusion, d'« être de connivence » avec la pathologie accueillie dirait R. Roussillon. La souffrance entendue est parfois tellement intense et insupportable que le fait d'être deux pourrait bien, paradoxalement, être une caution à ne pas entendre ni penser, le pacte dénégatif pourrait alors se formuler ainsi : « Il y a des zones qu'aucun d'entre nous n'aimerait apercevoir tellement elles sont terrifiantes. Accordons-nous pour faire mine de nous y intéresser sans le faire réellement ; on ne les néglige pas réellement, en voici la preuve : si l'un d'entre nous les sous-estimait, l'autre s'en rendrait compte et le lui dirait. »

Bien entendu, le patient peut facilement s'accorder à ce pacte passé entre les psychologues, l'économie de son espace interne et celle organisant les rapports avec ses thérapeutes s'en accommoderont facilement mais au prix payé par les trois protagonistes de la méconnaissance de ces zones traumatiques. Cela restera supportable car ce prix à payer est, paradoxalement, le but recherché par le pacte. Paradoxalement aussi, le fait d'être deux pourrait donc être un leurre s'appuyant sur une idée simpliste : être deux éviterait le piège de ne pas voir la zone traumatique. Les zones aveugles peuvent en effet être partagées, d'autant que les éléments concernés par le pacte dénégatif encouragent « anthropologiquement » oserais-je dire au déni et à l'expulsion du champ de la pensée. On peut facilement s'accorder sur l'horreur pour la dénier.

---

<sup>1050</sup> *Ibid.*, p.121.

Les alliances aliénantes se fondent selon R. Kaës sur le déni et le désaveu, le rejet ou la forclusion :

*« Ces alliances sont aliénantes parce qu'elles rendent les sujets qui s'y lient radicalement étrangers à eux-mêmes. Elles se présentent sous des modalités variables : le pacte narcissique, le pacte de déni en commun, l'alliance dénégatrice, les alliances psychopathiques, le contrat pervers. »<sup>1051</sup>*

Non sans rapport avec les « folies ou délires à deux » (Lasègue et Falret, 1877), ces alliances supposent une complicité.

Ces formes de complicité ainsi exposées, on aurait l'impression qu'aucun psychologue diplômé et suffisamment « analysé » ne se laisserait prendre à de tels pièges mais l'expérience clinique montre bien que nous n'en sommes jamais totalement préservés et que nul n'est besoin d'être un grand pervers pour s'y laisser prendre. Si l'on peut espérer que les psychologues échappent pour l'essentiel aux alliances aliénantes, certains types de contrats inconscients peuvent cependant être conclus devant des éléments cliniques denses et douloureux. Les psychologues peuvent se laisser aller soit à un vif intérêt, soit à une incapacité à les investir, étant entendu que c'est dans l'espace entre ces deux zones que doit se situer l'écoute.

Le groupe des trois sujets, le patient et les deux psychologues, propose une dynamique particulière dans un espace psychique « commun et partagé » (R. Kaës). *L'appareil psychique groupal* élaboré en 1970 par R. Kaës<sup>1052</sup> est un modèle de compréhension de l'agencement de ces psychés : on y trouve

*« (...) des qualités d'inconscient hétérogènes dans leur formation, dans leurs contenus et dans leur topique. [...] En groupe, chaque sujet fait l'expérience de cette hétérogénéité interne au contact de l'hétérogénéité de l'inconscient des autres sujets. En outre, il fait l'expérience que son espace psychique inconscient abrite des formations psychiques qui appartiennent à d'autres espaces psychiques, ou qu'il est hébergé par d'autres espaces, notamment l'espace groupal. »<sup>1053</sup>*

Plus que dans la cure individuelle, trois espaces s'ouvrent ainsi dans la cothérapie : l'espace intrapsychique, celui du groupe et celui enfin des liens s'y développant. Pour R.

---

<sup>1051</sup> *Ibid.*, p.125.

<sup>1052</sup> Publié en 1976.

<sup>1053</sup> *Ibid.*, p.174.

Kaës, les alliances se nouent au carrefour de ces trois espaces et de ces trois logiques de l'inconscient.

Il faut maintenant ajouter que ces propositions engagent aussi une complexification de l'idée de transfert et de contre-transfert :

*« Tous ces exemples nous rappellent que le transfert et de contre-transfert ne consistent pas seulement dans les termes d'opérations de délestage ou de charge des investissements dans la psyché d'un autre, d'une extension topique qui au-dehors serait le réceptacle de l'irreprésentable du dedans, la délégation de traitement des représentations non refoulées à un autre. A cette perspective, il conviendrait sans doute de substituer la problématique d'une résonance et d'une interférence des topiques, avec des espaces communs et des dispositifs intersubjectifs de gestion des économies et des dynamiques psychiques. »<sup>1054</sup>*

Face à cette complexité, l'analyse de l'intertransfert et la supervision sont évidemment alors et comme toujours des ressources incontournables, permettant par exemple de questionner la façon dont l'un des psychologues (ou les deux) peut avoir le sensation de « percevoir » les pensées de son cothérapeute ou celle dont il accepte d'occuper une place correspondant à un modèle idéal dans une séduction narcissique.

R. Roussillon précise avec pertinence que « C'est quand on ne dispose pas des concepts et processus *ad hoc* pour jouer dans l'analyse du transfert que l'on est amené à jouer avec le dispositif. »<sup>1055</sup> Selon lui, les aménagements du *setting* ne sont pas toujours aussi nécessaires et se limitent au fur et à mesure de la compréhension clinique et conceptuelle. Je partage tout à fait cette idée mais les expériences traumatiques nous mettent cependant devant des situations où il est difficile de savoir quoi faire, comme s'il fallait très régulièrement réinterroger la clinique et les modélisations. Le dispositif en double écoute est aussi sans doute une solution trouvée, assez souple et pertinente toutefois, pour faire face à cette difficulté.

Enfin, il faut bien reconnaître que beaucoup de nos patients, si ce n'est la plupart, ne relevaient pas d'une « indication » de cure analytique habituelle au commencement du travail thérapeutique engagé avec eux ; il est probable que nombre d'entre eux manifesteraient une

---

<sup>1054</sup> *Ibid.*, p.221.

<sup>1055</sup> Roussillon (R.), « Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction », in André (J.) et al., *Transfert et états-limites*, p.43. L'auteur précise que cela s'est vérifié pour Freud comme pour Winnicott.

véritable intolérance à certains aspects de ce dispositif (je pense à l'absence de regards, au silence de l'analyste, à une certaine « rigidité » des séances par exemple).

Le dispositif en double écoute, avec son intérêt et ses limites, notamment celles entrevues dans ce dernier chapitre, reste une proposition thérapeutique très intéressante et tout particulièrement adapté au déploiement et au traitement des expériences mettant en œuvre l'informité traumatique, à condition toutefois de ne pas le fétichiser. Il est également évident, comme je l'ai dit précédemment, que les expériences traumatiques peuvent aussi se passer d'un tel dispositif pour être symbolisées.

## **5-2 Transfert du modèle vers d'autres traumas**

### **5-2-1 Un modèle exportable ?**

Je crois avoir assez exposé en quoi ce dispositif n'était pas une nouvelle proposition thérapeutique. Il s'emploie seulement à souligner des aspects potentiellement présents dans chaque autre dispositif mais ici mis en relief afin de faciliter le déploiement de l'informité traumatique.

L'insistance qu'il propose sur tel ou tel aspect de la thérapeutique (la présence contenante des psychologues, la psychodramatisation ou diffraction des éléments de l'expérience traumatique, l'attention à la communication infra-verbale, l'appui sur la vision...) ne remet pas en cause la conception habituelle du soin tel que la modélisation psychanalytique l'a proposé.

Ce dispositif serait perverti s'il n'y avait par exemple que de la vision (et plus d'écoute), que de la communication infra-verbale (et plus de langage verbal), qu'une attention aux processus primaires (et l'impasse sur toute secondarisation, comme si la symbolisation primaire pouvait suffire), que des constructions (et plus d'interprétations), qu'une conception de l'expérience basée sur un traumatisme correspondant à une expérience d'effondrement jamais ressaisie dans un registre plus ou moins oedipien.

« Que le cadre soit réduit à une seule de ses composantes et le champ tensionnel au sein duquel il opère, sa dynamique, s'écrase, il devient système fétiche ou totem, séduction ou mortification, suture une partie du champ représentatif.

Il ne peut prendre la valeur d'un moule, d'un « creuset » pour la névrose de transfert qui lui est spécifique, qu'à condition en même temps de se borner à seulement permettre à un transfert potentiel de se révéler et de se mettre en valeur. La superposition quasi complète du cadre et de l'analyste qui



l'instaure –le cadre est alors un effet du contre-transfert de l'analyste- implicite dans le cadre « creuset » de la névrose de transfert, doit être contrebalancée par un dégagement simultané de l'analyste hors du cadre. L'analyste est et n'est pas le cadre, il l'instaure, induit le transfert et en même temps se contente de constater la fonction inéluctablement séductrice d'un cadre par ailleurs nécessaire à la symbolisation et qui, fondé par l'expérience et la tradition, échappe à sa décision propre. »<sup>1056</sup>

Quelque chose du dispositif est donc forcément transférable sinon ce serait signifier qu'il est totalement confondu avec les psychologues qui le proposent ou l'expérience qui y est accueillie. Totalement confondu, il serait en collusion avec l'expérience et n'assurerait plus sa valeur de « dispositif-cadre ».

Je pourrais relater ici, comme tout autre clinicien, de nombreuses thérapies de patients traumatisés, notamment par des agressions sexuelles, et ayant suivi de longues psychothérapies ou cures analytiques dans le cadre d'un dispositif plus habituel. On y trouverait aussi l'informité traumatique et son déploiement. Le modèle topique que j'ai exposé pourrait aussi y être appliqué, comme l'insistance sur les aspects dynamiques auxquels j'ai souhaité accorder une importance toute particulière.

Evidemment, si tel n'était pas le cas, cela signifierait que toutes les observations précédentes ne tiendraient qu'au dispositif et pas à la clinique ; elles seraient des artefacts, des inventions d'un psychologue-chercheur observant ses propres observations, oubliant le patient pour ne s'intéresser qu'à son objet de recherche.

Le modèle topique exposé, comme le dispositif en double écoute, ne sont donc bien entendu que des propositions visant à mieux représenter, recevoir et symboliser l'informité traumatique. De la même façon qu'ils ne sont pas la seule voie possible pour ce type d'expériences, ils peuvent être « exportés ».

Le lecteur aura senti je crois un certain glissement tout au long de cette thèse, des particularités de l'expérience traumatique tenant aux agressions sexuelles vers les expériences traumatiques en général. C'est sans doute l'informité traumatique, la difficulté pour le sujet à trouver une configuration à son expérience (noyau de ma première hypothèse) qui assure le lien entre toutes les expériences traumatiques, qu'elles aient été occasionnées par un événement de nature sexuelle ou non. Il est certain que l'agression sexuelle produit des effets

---

<sup>1056</sup> Roussillon (R.), *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, p.42.

particuliers mais j'ai finalement moins insisté sur ces derniers que sur l'informité propre à toutes les expériences où le sujet n'est plus en mesure de symboliser ce qu'il n'a le plus souvent pas réellement vécu.

Les effets transféro-contre-transférentiels comme l'économie paradoxale (éléments dégagés dans la première partie de cette thèse) sont également des indices cliniques révélateurs de l'approche par le clinicien d'une zone traumatique chez le patient avec lequel il travaille.

## **5-2-2 Le rapport du trauma au temps et au rythme**

On l'a évidemment compris, le traumatisme écrase le temps en particulier parce que l'événement réveille des expériences antérieures angoissantes :

*« (...) l'actuel ravive l'affect d'angoisse et non le sens de l'expérience passée. [...] Le sujet est K.O. debout. Certains boxeurs ne disent-ils pas que le knock out vient lorsqu'ils ne voient pas arriver le coup, lorsqu'ils ne peuvent pas y faire face et l'intégrer dans la suite du combat ? Le temps est aplati, il n'a plus sa densité, son épaisseur. »<sup>1057</sup>*

L'approche de l'expérience traumatique suppose d'entendre la complexité de son inscription temporelle. J'ai montré à quel point l'intrication des scènes traumatiques, les collapsus topiques, les différents temps du traumatisme ou la difficulté de l'inscription topique de ces expériences obligeaient à penser une dynamique topique qui se dilate dans l'espace mais aussi dans le temps, et sans doute ai-je moins insisté sur ce dernier point (bien

---

<sup>1057</sup> Marty (F.), « Traumatisme, une clinique renouvelée », p.10.

que les rubans de Möbius de mon modèle topique se distribuent aussi sur des lignes présent/passé ou angoisses actuelles/angoisses archaïques par exemple).

A travers les « implications techniques » de mes propositions, j'ai aussi montré comment les accordages ou les ajustements pouvaient participer à instaurer une dynamique rythmique dans le déploiement de l'informité.

La saisie du temps par le sujet dans la configuration de son expérience traumatique et l'inscription temporelle de cette même expérience me semblent proposer un modèle exportable pour approcher n'importe quelle expérience psychique. Il est ici question d'un temps pas toujours linéaire, plus ou moins épais ou écrasé, s'inversant même ; un temps dont le rythme, notamment celui de dilatation/rétractation (très lisible dans le cylindre de mon modèle) offre un modèle de la respiration temporelle de la psyché.

Ce n'est probablement pas par hasard que de nombreux théoriciens et cliniciens ont eu recours, en psychanalyse, à des métaphores musicales pour former leurs concepts ou lire leurs observations. On pense évidemment à D. Stern (à propos des enveloppes prénarratives vues comme des phrases musicales) ou encore à G. Haag. C'est aussi vérifiable en physiologie : nos organes, nos paupières ou nos tympons vibrent selon certains rythmes. Un tempo musical très fréquent en musique (120/minute) est aussi celui qui correspond à la moyenne des battements cardiaques libres... :

*« Une matière vivante produit une musique vivante. Une biomolécule est d'une telle richesse de timbre et d'harmonie par rapport à une molécule d'acier ! »<sup>1058</sup>*

J'ai aussi montré comment psychologues et patient pouvaient adopter une vibration ou un rythme communs dans l'espace thérapeutique, notamment dans le cas de Betty : le signifiant formel « ça s'effondre, glisse et frappe » est un exemple de début d'organisation rythmique de l'expérience. J'ai également abordé cette question à travers l'étude de certains fantasmes communs et la façon qu'a le patient de penser le « groupe thérapeutique » par un organe commun (un monstre à deux têtes ou un corps unique à « quatre z'yeux » par exemple). Je pense avec D. Anzieu que

*« L'organe fantasmé commun n'est pas limité à la peau ou à la tête : ce peut être le poumon, les jambes, etc., avec la visée d'une similitude des rythmes (résonance) »<sup>1059</sup>.*

---

<sup>1058</sup> Moreau (C.), « Le corps expérimenté : une biologie des frontières incertaines », in Dumet (N.) et al., *Cliniques du corps*, p.26.

<sup>1059</sup> Anzieu (D.), « Le moi-peau familial et groupal », p.15.

Je note d'ailleurs avec intérêt que D. Anzieu cite *Le Dépeupleur* de Beckett comme un exemple de rythme imposé aux résidents du cylindre-poumon, le lecteur a bien compris à quel point ce très beau texte pouvait être associé à la clinique que j'étudie.

G. Haag, dans ses études sur l'autisme, a bien montré comment

*« (...) la pulsion d'emprise ne semble pas avoir pu s'exercer initialement dans la kinesthésie rythmique (tout simplement celle du têtement) et semble restée confondue avec la nécessité d'agrippements intenses permanents, étouffants et écrasants, inhibant très précocément l'exercice même de la saisie normale, des fantasmes d'interpénétration et d'incorporation préluant aux introjections. Ainsi nous pouvons comprendre que dans ces états très primitifs, l'ultime recours en dehors des « agrippements » sensoriels, ou bien souvent combinés à eux, est l'entretien d'une kinesthésie rythmique par des balancements du corps ou de la tête, ou bien l'agitation rythmée de l'objet même qui procure les sensations de « survie »<sup>1060</sup> ».*

On remarque par exemple comment les enfants autistes peuvent chercher à récupérer « un pôle rythmique » par des tournolements (y compris en groupe), ces derniers favorisant l'expansion (devant les dangers claustrophobogènes) ou le resserrement (devant les dangers agoraphobogènes). Ces mouvements de restriction/expansion sont étrangement comparables à ceux que j'ai pu décrire concernant le mouvement respiratoire de l'expérience traumatique à l'intérieur du cylindre de ma topique.

J'ai beaucoup insisté sur la recherche de forme dans l'infirmité traumatique, cette forme est aussi rythmique, probablement ne l'ai-je pas assez souligné. Dans l'expérience traumatique comme dans toutes les expériences touchant à la question de la survie de la psyché, il y a une difficulté à différencier contenant et contenu

*« (...) il semble bien qu'une structure rythmique oscillatoire de nature quasi biologique entretienne l'état primitif d'autosensation »<sup>1061</sup>*

Les travaux de F. Tustin (1983) ont aussi souligné cette organisation qui peut s'étendre jusqu'au domaine émotionnel. E. Bick, reprenant les travaux de D. Winnicott, a proposé que le premier contenant concernerait les structures rythmiques de l'expérience du nourrissage qui permettent au sujet de développer un sentiment de continuité d'existence. Mais la question du

---

<sup>1060</sup> Haag (G.), « Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant », p.46.

<sup>1061</sup> *Ibid.*, p.48.

rythme, si elle est particulièrement mise en jeu dans les expériences les plus radicales et qui mettent en jeu la survie de la psyché, est aussi lisible dans toute expérience subjective, relevant de la psychopathologie (Freud avait très tôt souligné la rythmicité des rituels dans la névrose obsessionnelle) et même des pensées les plus développées :

*« Ainsi, l'oscillation du conflit normal semble liée à la liberté d'un mouvement oscillatoire dans le spectre « vivable » des intermédiaires »<sup>1062</sup>.*

Les effets temporels et de mémoire sont en effet extrêmement complexes dans l'enregistrement et la construction de l'expérience traumatique ; ils laissent parfois apparaître certaines défenses contre des dangers qui ne sont plus présents. Un exemple est donné par Freud avec les *fueros* qui découvrent le passé traumatique et déforment l'actuel. La contrainte itérative de la répétition traumatique cherche une inscription temporelle, et d'abord une rythmicité. Elle cherche à impulser, à s'impulser dans la vie psychique, à se former dans une variante temporelle.

Lorsque le sujet est confronté à l'informité, les régressions et allusions temporelles ne se font pas de façon très organisée et facilement repérable ; ce sont quelquefois des réserves de tensions sensorielles marquées par et dans un temps incertain où le patient n'était pas forcément très présent. L'informité « pulse » de façon encore irrégulière, sous forme de poussées et de retraits, parfois de façon circulaire, rarement linéaire et chronologique. Dans l'informité traumatique, le sujet est rarement sujet d'une histoire.

Un autre aspect de la temporalité, qui lie le partage affectif et la présence bien vivante du psychologue sur laquelle j'ai tant insisté, peut aussi être appliqué et étendu à l'ensemble des soins psychiques, très au-delà de la question traumatique. Dans leur insistance sur le partage d'affect comme paradigme du soin, A. Ciccone et A. Ferrant (2009) soulignent l'importance des oscillations dans la position clinique, l'inconfort d'un déséquilibre nécessaire :

*« Cette oscillation qui donne le « la » du partage d'affect s'organise suivant une dynamique ondulatoire, rythmique. [...] Non seulement l'excitation mais la rencontre elle-même est rythmique »<sup>1063</sup>*

---

<sup>1062</sup> *Ibid.*, p.49.

<sup>1063</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.126.

Ils rappellent l'importance des travaux sur les interactions précoces, notamment ceux de D. Stern qui étudie les accordages rythmant la rencontre intersubjective (1977, 1985) ; on se souvient également que D. Stern, avec son concept d'*enveloppe prénarrative* (1993), fait la proposition d'un premier « emballage » temporel de l'expérience, des premiers contours de cette dernière. En effet à partir de *constellations d'éléments invariants* (sensations, perceptions, actes moteurs, affects...), l'enfant se construit une représentation de l'expérience à partir de ses interactions, constituant ainsi une première narration et une première subjectivation (très précocement, avant un an) grâce à des « unités de base de la réalité psychique » assurant une première scénarisation, une première tension de l'expérience. Le *moment présent* décrit par Stern (qui dure entre une et dix secondes pour le bébé) est une expérience indissociable de son inscription temporelle, indispensable à sa subjectivation. Le moment présent est aussi un temps thérapeutique grâce à son épaisseur, sa rythmicité, sa polyphonie. C'est ainsi que la rythmicité des présences/absences soutient une certaine discontinuité par l'anticipation ; des écarts se créent, une circularité s'installe. Je trouve cette modélisation de l'instauration rythmique de la pensée à partir d'interactions très utile à la compréhension de mes propositions au sujet du traumatisme.

J'espère en effet avoir montré à quel point la rythmicité des échanges qui s'installent entre les deux thérapeutes et le patient, ponctuée par des constructions et reposant en partie sur des accordages, était essentielle aux progrès thérapeutiques. Cette rythmicité est particulièrement révélée dans les entretiens en double écoute pour les raisons que j'ai déjà signalées mais elle est évidemment observable dans tous les espaces thérapeutiques. Comme le proposent A. Ciccone et A. Ferrant<sup>1064</sup>, le rythme du travail analytique est lié au macro-cadre et au macro-rythme des séances, mais aussi aux micro-rythmes organisant les entretiens (eux-mêmes liés aux échanges spontanés, aux accordages rythmiques, à la « mélodie » des séances). D. Meltzer, S. Resnik, G. Haag, F. Tustin ou D. Marcelli ont tous étudié la façon dont le développement de la psyché (et pas seulement dans les états pathologiques) pouvait s'organiser en fonction d'une rythmicité.

Dans la confrontation aux expériences traumatiques comme dans la rencontre avec les bébés ou dans toute rencontre intersubjective, il faut insister sur le relief et la rythmicité donnés par les mouvements d'investissements et de retraits. Il me semble que le dispositif en double écoute que j'ai étudié offre une mise en évidence de cette rythmicité permettant de jouer cette chorégraphie avec plus de souplesse, de trouver un rythme commun avec le sujet,

---

<sup>1064</sup> « Les échos du temps », intervention commune lors du colloque international du C.R.P.P.C. « Mémoires et temps. Traces et symbolisation. », 12 et 13 mars 2004, Université Lumière Lyon 2.

ou plutôt d'attirer tout ce qui, de son infirmité, peut se mettre en rythme. La rythmicité de la rencontre soignante mise en relief par ce dispositif permet de penser celle observable dans toute rencontre thérapeutique.

La façon dont chaque clinicien prend contact et appui avec le patient, et dont le patient prend contact et appui avec chaque clinicien ou les deux psychologues dans le même moment, est très illustrative de ce qui peut se passer dans tout soin, même avec un seul thérapeute : « Cette rythmicité dans la rencontre, dans le partage, où alternent contact et distanciation, compréhension et malentendu, fonctionne dans les deux sens, pour les deux protagonistes »<sup>1065</sup> Cette rythmicité est particulièrement observable dans les thérapies confrontant le psychologue « de plus près » aux expériences traumatiques et ce tout particulièrement dans un dispositif en double écoute qui diffracte et répartit ces mouvements oscillatoires.

Le traumatisme confronte patient et thérapeute à la complexité temporelle liée à la subjectivation de l'expérience. Je rappelle que cette inscription temporelle est indissociable de sa spatialisation, j'ai beaucoup insisté sur ce point en relevant notamment la façon dont les éléments de cette expérience devaient se spatialiser, se distribuer « dans les entretiens ».

On aura compris que le temps traumatique est hyper-dense, hyper-complexe et multiple. Il peut se collapser, se renverser, s'arrêter et même ne pas être vécu comme tel. Il a rarement un système linéaire et chronologique d'organisation et il est souvent très intéressant de le comprendre en termes de pulsations et de mouvements.

Le sujet ébranlé par le choc ne peut assurer la configuration de l'expérience et doit, pour l'organiser et la situer, tenter de la rejouer à partir de la rythmicité du travail thérapeutique. Kant était fasciné par la pensée de l'éternité et pensait qu'il ne pouvait y avoir d'expérience réellement constituée comme telle si le sujet ne pouvait prévenir, anticiper un peu la surprise du choc de l'événement. Sa position était assez proche de l'approche freudienne de l'angoisse. Dans son étude du *vécu sublime*, Kant parle d'un sujet ébranlé, *pris par surprise* : les sensations ne sont plus rassemblées dans l'unité de la perception et ne seront ni figurées ni traduites. Le choc et son impact corporel sont intenses. Mais le vécu sublime décrit par Kant est plutôt dans le présent et reste relativement maîtrisé. Il en va tout autrement des expériences traumatiques telles que je les ai rencontrées dans la clinique du traumatisme

---

<sup>1065</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.126.

sexuel où le temps est plutôt pulvérisé, *atomisé* ou *disloqué* dirait Ferenci, stoppant parfois toute activité psychique.

D. Winnicott donne un exemple de l'importance de la rythmicité dans le dispositif thérapeutique. Recevant une patiente quadragénaire n'ayant pas réellement « réussi » sa première analyse avec une femme, il décrit le besoin de contact de celle-ci avec lui (rendu impossible lors de sa première psychanalyse étant donné l'implication homosexuelle de ce rapprochement). Après l'exposé de situations « intimes » très en lien avec des soins donnés au nourrisson (concernant notamment l'alimentation), Winnicott observe avec une spontanéité étonnante : « Finalement, il advint que nous nous retrouvâmes tous les deux avec sa tête dans mes mains »<sup>1066</sup>

Insistant sur la spontanéité de cette scène, Winnicott remarque alors :

*« Sans action délibérée d'aucun d'entre nous s'est développé un rythme de balancement. Le rythme était assez rapide, à peu près soixante-dix à la minute (cf. les battements du cœur), et il m'a fallu travailler quelque peu pour m'adapter à cette allure. Néanmoins nous y étions, nous étions dans l'échange, avec ces balancements légers mais constants. Nous communiquions sans parler »<sup>1067</sup>.*

Cette scène qui peut paraître très inhabituelle dans une cure analytique, fut souvent répétée par Winnicott et sa patiente pour mettre cette dernière en relation avec un stade de dépendance des soins infantiles, de communication entre mère et bébé, à un moment où les signes de « vie brute » (battements cardiaques, respiration, souffle...) sont essentiels dans la communication. Winnicott insiste plus dans son commentaire sur la communication et les soins fondamentaux mais l'on comprend bien que l'aspect rythmique est essentiel dans ce « balancement à deux », balancement à valeur aussi surprenante que thérapeutique.

Bien entendu, il s'agit ici d'un exemple qui n'est pas une méthode, j'ai souligné sa survenue spontanée dans la cure et même la surprise de Winnicott. D'autres rythmicités sont en général trouvées par le thérapeute, rythmicités qui ne nécessitent pas forcément de « bercer » réellement le patient. Un flux de parole, des échanges de regards, des constructions ou des interprétations permettent par exemple l'instauration de séquences, de rythmicités qui participent aux entretiens thérapeutiques.

---

<sup>1066</sup> Winnicott (D.W.), « Entre la mère et l'*infans* : expérience de l'échange », p.186. On remarquera la formulation très particulière de Winnicott qui laisse entendre que sa patiente et lui-même se retrouvent surpris avec une tête dans les mains de Winnicott.

<sup>1067</sup> *Ibid.*



Ce qui est certain en tout cas, c'est que la vie psychique comme le soin se construisent sur l'élaboration d'un rythme. La recherche d'un rythme est aussi recherche d'une rencontre, cela est particulièrement vrai dans les thérapies de patients victimes de traumatisme où l'infirmité traumatique, en se déployant et s'accordant avec l'aide des psychologues, transforme le bruit de l'expérience en musique.

E. Grange<sup>1068</sup>, rappelant les travaux de M. Boubli sur la sensorialité et notamment son approche des rythmes, étend ses propositions au groupe familial en soutenant que ce dernier peut se mettre à l'unisson rythmique du membre le plus souffrant ; le but serait d'éprouver un lien fusionnel par la rythmicité (elle ne parle pas de représentation) de façon comparable à ce qui peut se passer dans les mouvements autistiques et les stéréotypies commentées par M. Boubli. Ces mouvements, très visibles dans les thérapies familiales, sont par exemple illustrés dans les thérapies avec des familles dont un enfant est toxicomane ou dont un membre est maniaco-dépressif : le rythme maniaque de la fin et l'effondrement dépressif sont des défenses paradoxales devant être respectées.

Maintenir la rythmicité, se replier sur un rythme n'est pas le propre des thérapies concernant les expériences traumatiques (on pense bien sûr aux travaux de G. Haag sur le premier contenant rythmique, à son étude des structures radiaires qui créent progressivement une circularité à partir de la rythmicité, formant l'expérience). On se rappelle évidemment que, sans personne pour s'accorder à ce rythme, le sujet, enfant autiste ou patient traumatisé, reste dans une forme tourbillonnaire ou dans des stéréotypies faute de pouvoir partager son expérience.

Il me semble que la clinique du traumatisme oblige à penser la complexité de l'inscription temporelle de l'expérience subjective, j'espère l'avoir montré à la fois dans l'exposé des différentes modélisations existantes, dans la clinique recueillie et dans la construction de mon modèle. Il est impossible de comprendre le traumatisme avec les seuls repères de l'événementialité, d'une chronologie ou de la causalité et, comme l'observe très justement P.-L. Assoun à propos de l'insupportable du traumatisme :

*« Ce sera dès lors « la croix et la bannière » que de faire réemerger à cette temporalité commune dont l'a expulsé l'irruption de la temporalité traumatique. Car voici le paradoxe qui nous installe au cœur de l'événementialité traumatique : c'est quand le clinicien averti a envie de s'exclamer que, décidément, ce n'est pas un hasard si, au décours de tel moment de la vie d'un sujet, cela – ce pépin de santé, par exemple- est arrivé, que nous sommes confrontés au visage nu du Hasard, entendons*

---

<sup>1068</sup> Grange (E.), 09/01/2003, Séminaire de recherche du C.R.P.P.C.: « Le sensoriel en thérapie familiale analytique », Université Lumière Lyon 2.

de ce registre de ce qui arrive en quelque sorte avec la souveraineté –arrogante autant que terrifiante- de l'Événement. »<sup>1069</sup>

Ce que P.-L. Assoun appelle le « visage nu du Hasard » appartient selon moi à l'informité traumatique.

R. Roussillon rappelle que « L'objet apparaît dans le texte de S. Freud en même temps que la question du rythme (la période), celle de la qualité, et celle de la conscience »<sup>1070</sup> et que la dysrythmie est la figure du traumatisme, de l'échec de tout recours possible :

« Le traumatisme peut dès lors être ressaisi comme effet d'une dysrythmie, d'un non-respect de la loi biologique, du rythme propre du sujet ». <sup>1071</sup>

La dysrythmie devient ainsi un modèle rendant compte de la *neurotica* (Freud), du *nourrisson savant* (Ferenczi) ou des échecs des accordages (D. Stern) par exemple en constituant la « quantité (...) comme une effraction (...) »<sup>1072</sup>

Cette autre définition du traumatisme comme issu d'une dysrythmie ouvre la voie d'une compréhension de cette expérience pouvant intégrer la diversité des approches dans une conception dynamique et processuelle. L'expérience traumatique, parce qu'elle met particulièrement en relief ces effets de rupture dans l'instauration d'une rythmicité, permet de mieux rendre compte de ce qui, dans le développement normal du sujet, peut poser problème à la subjectivation. C'est ainsi dans le rythme d'un rapport à l'objet (notamment à travers ses absences et sa présence) que se développeront les capacités de symbolisation du sujet.

Dans son souhait de ne pas trancher entre la valeur qualitative ou quantitative du traumatisme (et insistant plutôt sur les aspects de désorganisation et de bouleversement topique), R. Roussillon rappelle que l'absence de *neurotica* (au sens d'une théorie du traumatisme) n'empêche pas d'insister sur tel ou tel aspect d'une théorie du traumatisme dans la dynamique du soin.

Certains invariants du traumatisme, dont la mise à mal de la temporalité, peuvent selon moi être dégagés de l'expérience traumatique ; le traumatisme abrase les différenciateurs topiques, formels et temporels. Face à cette désorganisation, le rythme est un premier

---

<sup>1069</sup> Assoun (P.-L.), « La mauvaise rencontre ou l'inconscient traumatique », p.26.

<sup>1070</sup> Roussillon (R.), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, p.192.

<sup>1071</sup> *Ibid.*, p.193.

<sup>1072</sup> *Ibid.*

organisateur de la temporalité. La clinique met en effet en évidence non seulement les rythmes internes du sujet mais aussi les rythmes de ses échanges avec le monde, y compris avec ses thérapeutes.

Trouver un rythme, c'est déjà organiser l'expérience, la rendre moins traumatique. D. Stern a bien observé comment les « sens de soi » existaient très précocément (bien avant l'apparition du langage), y compris pour le sens de la continuité dans le temps. Les expériences traumatiques sont aussi une illustration de la façon dont ces sens de soi ont été désorganisés.

Enfin, dans les *Quarante-cinq propositions psychanalytiques sur l'esprit, le penser, la connaissance* de D. Anzieu, retenons la proposition 2 : « Parce qu'il est à la fois psychique et corporel, le moi transpose dans l'esprit les dimensions spatio-temporelles du corps »<sup>1073</sup>. L'espace psychique a bien une dimension spatiale, je crois avoir beaucoup insisté sur ce point dans le déploiement des expériences traumatiques. Il a aussi une quatrième dimension (en plus de ses dimensions verticale pour l'élan, horizontale pour délimiter les contenus et organiser les contacts latéraux, et sagittale pour la profondeur) : la dimension temporelle qui concerne selon D. Anzieu les macro-rythmes, les micro-rythmes et les dysrythmies. Cette quatrième dimension est particulièrement désorganisée par l'expérience traumatique ; son étude dans ce contexte peut renseigner sur la façon dont temporalité et rythmicité se développent dans un contexte plus habituel.

A. Ciccone et A. Ferrant (2009) insistent pour considérer la dimension rythmique comme une caractéristique de « (...) l'expérience formatrice du partage d'affect, qui concerne la position clinique »<sup>1074</sup>, je pense que cette dimension est évidemment tout particulièrement désorganisée dans l'expérience traumatique et que la dynamiser revient alors à tenter de sortir le sujet du chaos pour instaurer une temporalité.

---

<sup>1073</sup> Anzieu (D.), *Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*, p.12.

<sup>1074</sup> Ciccone (A.) et Ferrant (A.), *Honte, culpabilité et traumatisme*, p.125.

### 5-2-3 La forme de l'expérience

L'inscription d'une temporalité ne suffit pas à circonscrire et subjectiver l'expérience, encore faut-il lui trouver une forme. Dans les expériences traumatiques, le réel est quelquefois tellement fort que, comme dans un délire, il donne l'impression, lorsque le sujet en fait part à sa façon, qu'il se retire de la réalité. Le sujet n'arrive le plus souvent pas à accommoder son rapport à l'expérience traumatique dont il accentue les « détails », oublie l'essentiel, floute les contours. Ce n'est pas qu'il la déforme, c'est ainsi qu'il l'a vécue.

Ferenczi<sup>1075</sup> avait compris cela, qui parlait d' « Erschütterung », d'une commotion psychique, de quelque chose de l'ordre d'un « débris » qui suppose un écroulement, la perte de la forme et l'acceptation d'une autre octroyée « à la manière d'un sac de farine ».

La question de la forme de l'expérience a évidemment occupé une place centrale dans cette thèse. Si le fantasme participe à la mise en forme de la psyché (et les patients que j'ai rencontrés n'en sont pas dépourvus), les expériences traumatiques usent le plus souvent, dans une économie d'urgence, de mises en forme plus archaïques.

A propos des « schèmes psychiques », S. Tisseron<sup>1076</sup> fait un parallèle avec le jeu du *squiggle* inventé par Winnicott où le célèbre psychanalyste appuie certains traits du dessin de l'enfant ou ajoute quelques détails pour arriver à nommer une forme. Dans ce jeu, Winnicott s'intéresse plus au contenant qu'au contenu : « Ce qui l'intéresse, c'est le *contour*, et j'ajouterai : le contour qui contient la forme »<sup>1077</sup>. S. Tisseron reconnaît faire un travail semblable avec les images brutes et angoissantes, sortes de « gribouillis de fantasme » :

*« Et lorsqu'un patient m'en propose une, je choisis de m'en occuper de la même façon que celle dont Winnicott s'occupait des « gribouillis » proposés par les enfants dans le jeu du squiggle. C'est-à-dire que, comme dans le cas du jeu du squiggle, je choisis de repousser l'interprétation du contenu à plus tard pour tenter d'abord d'en marquer la forme. Et, pour cela, je tente, comme dans le jeu du squiggle, de repasser sur son trait »<sup>1078</sup>*

---

<sup>1075</sup> Ferenczi (S.), « Réflexions sur le traumatisme », p.139.

<sup>1076</sup> Qui désigne ainsi les signifiants formels décrits par D. Anzieu mais auxquels il préfère donner un nom plus éloigné de l'univers linguistique.

<sup>1077</sup> Tisseron (S.), « Schèmes d'enveloppe et schèmes de transformation dans le fantasme et dans la cure », p.82.

<sup>1078</sup> *Ibid.*, p.83.

Ce travail est assez proche de celui que j'ai tenté d'exposer dans la clinique du traumatisme sexuel. Il suppose de comprendre l'informité traumatique du sujet non pas seulement comme un échec de la subjectivation, de la symbolisation de l'expérience mais aussi comme une tentative dynamique de lui donner forme, d'essayer de la contenir dans sa psyché et même de contenir sa psyché. J'ai essayé de montrer au lecteur en quoi cette hypothèse pouvait s'appuyer sur la clinique.

La nécessité d'une mise en forme de la psyché et de ses éléments énigmatiques ou non circonscrits a bien entendu été avancée par de nombreux auteurs : D.Winnicott et le « formlessness » (cet état qui n'a pas encore de forme), W. Bion, G.Rosolato et sa « relation d'inconnu », ou S.Le Poulichet par exemple. Travaillant sur une métapsychologie des processus, R.Roussillon (2002) s'est intéressé à la façon dont l'appareil psychique sémaphorise, est un appareil de mise en signes qui s'assemblent eux-mêmes en formes signifiantes pouvant enfin devenir des « mises en sens ».

La vectorisation de la psyché vers la symbolisation ne peut se faire sans une mise en forme. Il insiste sur la nécessité de faire l'expérience de « s'éprouver « indéterminé » face à sa pulsion en présence de l'objet », soulignant la liberté et l'ampleur de l'expérience subjective. Le sujet face à son informité traumatique est devant l'informe, l'incertain, l'inconnu ; en fait face à quelque chose qui n'est pas encore réellement constitué comme expérience. J'ai montré comment le sujet devait user, pour que son expérience puisse commencer à être subjectivée et configurée, de processus psychiques archaïques ; on a pu ainsi voir comment les signifiants de démarcation et mieux encore les signifiants formels pouvaient rendre compte de ce processus (il ne faut pas les confondre avec le processus, ils n'en sont qu'une lecture) en délimitant l'expérience, lui donnant une forme :

*« Posons donc que lorsque la globalité de la « forme » se suffit à elle-même dans sa portée signifiante, nous avons affaire avec le signifiant de démarcation et que lorsque s'engage une décomposition, nous tenons une représentation dont les éléments sont eux-mêmes des signifiants de démarcation »<sup>1079</sup>*

Cette mise en forme des éléments de l'expérience est évidemment très désorganisée et entravée par le traumatisme qu'il ne faut pas pour autant envisager dans une perspective uniquement déficitaire ; l'esprit de cette thèse (et son titre) insiste sur son dynamisme. Cette

---

<sup>1079</sup> Rosolato (G.), « Le signifiant de démarcation et la communication non verbale », p.175.

valeur dynamique et transformationnelle ne tient pas uniquement à l'expérience elle-même mais plutôt au fait que l'Autre (le clinicien) la lui accorde et fait crédit de ce potentiel au sujet. La forme permet d'identifier et s'applique à tous les stades du vivant.

Les enzymes mettent en forme les molécules au plus petit niveau de ce vivant et, de façon plus complexe, le sujet peut fonder son existence sur une certaine négativité : il faut bien qu'il juge de ce qui est « moi » et de ce qui « n'est pas moi ». La première version du « non », sous l'aspect d'un jugement d'incompatibilité, est aussi un exemple de mise en forme (on peut comprendre aussi cela avec la pensée de Freud situant la forme comme le « précipité d'un contenu plus ancien »). Sans non et donc sans forme, l'expérience du sujet est livrée à l'ambiguïté, le laissant dans l'incapacité à définir ce qui est à lui ou à l'autre ; c'est exactement ce qui se passe dans l'expérience traumatique. L'étude de la façon dont se déploie et se forme l'expérience lorsqu'elle est traumatique peut étendre ses conclusions, en partie au moins, à la façon dont la psyché s'organise y compris dans son développement habituel, hors du champ de la pathologie.

On a souvent l'habitude de considérer la psyché dans son ensemble, dans un fonctionnement qui l'engage toute entière. Ma recherche a proposé une approche de l'expérience traumatique montrant comment les éléments qui la constituent pouvaient quelquefois être isolés et se répartir dans la psyché comme dans l'espace thérapeutique. Des bouts ou des pans entiers d'expérience non subjectivés, des fragments « atomisés » peuvent ainsi être isolés (par un processus qui ne se réduit ni au clivage, ni à l'encapsulation) ; ils errent alors dans le cylindre-topique que j'ai décrit en attente d'être attractés et formés, de se constituer en expérience de plus en plus dense et circonscrite. Cela rejoint l'observation de D. Stern :

*« Au point où nous en sommes, il faut considérer comme établi que l'esprit dispose d'une sorte de système de référence si bien que chacune des images sensorielles d'une personne par exemple (ou d'un affect codifié d'un certain type) peut être dissociée partiellement des autres composants de la représentation et être utilisée ou réintégrée pour former exclusivement une partie des représentations sensorielles ou affectives partielles. La capacité relative et l'aisance avec laquelle les trois éléments d'une représentation peuvent être dissociés et rassemblés nous mènent à poser des questions fascinantes qui ont préoccupé longtemps psychiatres et psychanalystes. C'est un phénomène clinique banal que de trouver le composant affectif d'une expérience ou d'une représentation dissocié du composant sensori-moteur, si bien que seul ce dernier est perceptible. Par exemple, le souvenir d'une*

scène chargée d'émotion dans laquelle intervient une personne aimée, peut revenir en mémoire avec de vifs détails verbaux et visuels. Mais le sentiment associé à l'incident reste inconscient. On peut également trouver l'inverse [...] »<sup>1080</sup>

Il reste bien sûr à mieux étudier comment se fait ce codage, comment est constitué ce « système de référence » qui permet à la fois de dissocier et rassembler les éléments de l'expérience. J'espère avoir laissé quelques pistes à ce sujet, nul doute également que les observations cliniques comme les travaux en neuro-psychologie par exemple peuvent aider à comprendre ce phénomène.

Cette entreprise de compréhension est complexe puisqu'il faut aussi tenir compte que ce qui, de la forme de l'expérience, est transféré dans le dispositif et donc aussi déformé par le dispositif. L'informativité et les tentatives de mises en forme de l'expérience traumatique que j'ai recueillies et étudiées dans cette thèse doivent donc aussi être lues selon ce qu'attire et « néglige » ce même dispositif. J'ai déjà souligné cette limite, mais il convient de rappeler qu'un autre dispositif (une thérapie familiale, un simple face-à-face, un dispositif divan-fauteuil...) pourrait peut-être poser la question de la forme traumatique d'une autre façon. Ce qui est essentiel en tout cas, c'est de s'intéresser à la forme de l'éprouvé traumatique.

De nombreuses théorisations s'intéressent à la façon dont la forme est constitutive de l'expérience et de sa dynamique. Par exemple, le processus dit de *microgenèse* étudie comment tout processus de perception, d'expression, de pensée ou d'imagination, inscrit dans le temps présent, est un processus microgénétique de *différenciation* et de *développement* (au sens génétique).

Cette modélisation insiste sur le déploiement *progressif* et *immédiat* du sens, chaque précurseur de l'expérience immédiate (un visage perçu, une pensée verbalisée...) contenant la teneur de ce dont il y aura expérience, cela de façon latente, mal différenciée et indéterminée. Cette théorie de la microgenèse s'intéresse à la construction de l'expérience immédiate comme un développement (l'expérience immédiate suit dans le temps présent une évolution comparable à l'ontogenèse en biologie).

Le concept de *microgenèse* a été employé en 1956 par Heinz Werner (en se référant au « paradigme génétique » qu'il avait découvert à Hambourg entre 1920 et 1930, mais aussi en lien avec les travaux de la *Ganzheitspsychologie* de Leipzig théorisée par Sander) pour

---

<sup>1080</sup> Stern (D.), *Mère et enfant. Les premières relations*, p. 38.

marquer le caractère génétique de l'expérience immédiate et la dynamique de tous les processus psychologiques, normaux ou pathologiques. La publication de l'article de Werner au milieu du déclin amorcé du behaviorisme, des progrès de la cybernétique, des théories du langage et de la psychologie cognitive, amorçait un programme de recherche génétique en psychologie en interprétant certains troubles neurologiques (aphasie ou alexie par exemple) comme un arrêt du processus microgénétique.

Le concept de microgenèse ne se réduit pas à une méthode génétique qui étudierait les successions d'étapes mais s'intéresse à une réelle complexité en considérant que tout processus perceptif, cognitif ou expressif est un développement biologique s'inscrivant dans un complexe phénoménologique et culturel avec l'idée gestaltiste qu'une perception est conçue comme un primat, une modalité de la cognition.

Son intérêt est de penser une théorie de l'expérience immédiate du développement dynamique des formes sensibles<sup>1081</sup> s'appuyant sur les concepts mathématiques et physiques d'instabilité, de topologie et des systèmes complexes (auxquels j'ai déjà fait référence dans cette thèse) pour dessiner une alliance de la science génétique avec la phénoménologie dans les neurosciences :

*« On dira donc que la théorie de la microgenèse est à la fois phénoménologique et cognitive ; elle est phénoménologique en tant qu'elle décrit l'expérience immédiate, et elle est cognitive dans la mesure où elle définit une approche de la perception, de la pensée, du langage et de l'action qui se veut expérimentale et modélisatrice de leurs dynamiques de différenciation et de déroulement (à travers différents degrés d'instabilité) »<sup>1082</sup>*

Cette modélisation propose l'idée d'un processus dynamique de constitution des formes, d'une dynamique psychogénétique de tout processus biologique allant d'une perception de quelques millièmes de seconde à un phénomène psychique beaucoup plus long et complexe (comme une partie d'échecs sur plusieurs semaines). Elle découvre une forme originaire du processus cognitif : le processus d'anticipation enactive de ce qui, ultérieurement, fera sens. C'est donc une théorie de la forme, de la dynamique et du sens :

*« Faire sens c'est simplement réussir à paraître et se définir dans le champ, en respectant une certaine cohérence globale qui est en jeu dans tout acte de percevoir, c'est donc réussir à s'incarner dans une forme au*

---

<sup>1081</sup> Pour une vision plus large de cette modélisation, on se référera aux auteurs ayant retracé l'historique de la microgenèse : Valsiner et Van der Veer (2000), Catan (1986), Werner et Kaplan (1963 ; 1956), Werner (1957 ; 1956), Sander (1930).

<sup>1082</sup> Rosenthal (V.), « Formes, sens et développement : quelques aperçus de la microgenèse », p.3.



*sein du champ de l'expérience. Or, la constitution des formes est elle-même un procès graduel dont les dynamiques de différenciation et de stabilisation se déploient dans le temps. La constitution graduelle des formes dans le temps, avec ses dynamiques enactive et anticipative, est ainsi un développement, à l'échelle du présent »*<sup>1083</sup>.

J'ai trouvé dans la microgenèse une modélisation tentant de rendre compte d'une articulation complexe entre l'actuel (et même le moment présent), la dynamique des formes, la distinction progressive des formes sur un fond et leur inscription temporelle. Si la *figure* est importante dans cette théorisation, le fond n'est jamais absent, il y est phénoménologiquement articulé.

C'est une théorie de l'émergence dynamique des formes dans un champ spatial et temporel (le « déploiement d'un Présent épais »), une théorie se référant au sens (mais pas à l'inconscient comme c'est évidemment le cas dans l'épistémologie de la psychanalyse) :

*« (...) Une forme peut certes renvoyer à une morphologie sensible, mais, vue sous l'angle de sa dynamique de constitution, elle incarne une couche première de donation de sens, qui est en même temps expression d'anticipations praxéologiques et de valeurs émotionnelles. Forme, sens et valeur n'ont pas ici statut d'entités ou propriétés distinctes qui seraient fondamentalement étrangères les unes aux autres. Une forme n'est pas cette coquille vide des théories associationnistes et de leur descendance cognitiviste, censée accueillir, en temps voulu, le sens qui lui sera associé, mais auquel elle restera intrinsèquement étrangère »*<sup>1084</sup>.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce propos, c'est que tout ce qui peut gagner le statut phénoménologique d'une forme gagne aussi un sens ; c'est aussi la conception d'un processus où l'émergence continue et dynamique des formes se fait sur un fond dont elles sont dépendantes, créant des figures constamment renouvelées. Une modélisation où le sens est fondamentalement lié à la forme, tous deux stabilisant et constituant l'expérience de façon dynamique, la déployant même dans l'instant le plus court. La microgenèse est une théorie du développement insistant sur la dynamique des formes, le déploiement de l'expérience, la valeur du temps présent, les aspects processuels et intégratifs de l'expérience et enfin sur l'intersensorialité et l'unité du corps : les différentes modalités sensorielles ont forcément une base intersensorielle (on retrouve ici une forte parenté avec les recherches de D. Stern). C'est ce que commente Merleau-Ponty à propos des travaux de Werner :

---

<sup>1083</sup> *Ibid.*, p.4.

<sup>1084</sup> *Ibid.*, p.4.

« Les sens communiquent entre eux en s'ouvrant à la structure de la chose. On voit la rigidité et la fragilité du verre et, quand il se brise avec un son cristallin, ce son est porté par le verre visible. On voit l'élasticité de l'acier, la ductilité de l'acier rougi, la dureté de la lame dans un rabot, la molesse des copeaux. La forme des objets n'en est pas le contour géométrique : elle a un certain rapport avec leur nature propre et parle à tous nos sens en même temps qu'à la vue. [...] Dans le mouvement de la branche qu'un oiseau vient de quitter, on lit sa flexibilité ou son élasticité, et c'est ainsi qu'une branche de pommier ou une branche de bouleau se distingue immédiatement. 1085

L'insistance sur la configuration dynamique de l'expérience dans un déploiement complexe et permanent faisant appel à l'intersensorialité, déploiement permettant de stabiliser et former progressivement l'expérience, est une parenté évidente et intéressante avec les propositions que j'ai faites dans cette thèse, dans un champ et une épistémologie cependant assez éloignés. Poursuivre la recherche dans le souci d'une articulation avec d'autres épistémologies s'interrogeant sur la façon dont l'expérience (pas seulement traumatique) se configure de façon dynamique serait sans aucun doute un travail intéressant. On trouverait probablement dans les neurosciences, la biologie, la physiologie ou même l'esthétique des champs de recherche qui pourraient se prêter à cette étude.

---

<sup>1085</sup> Merleau-Ponty (M.), 1945, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, p.265. Cit. in Rosenthal (V.), *Ibid.*, p.9.

## 5-2-4 résumé des chapitres 4 et 5

C'est avec la présentation des particularités du dispositif en double écoute (avec deux psychologues cliniciens) que se déroule le chapitre 4 qui vise à une véritable mise en clinique de ma modélisation précédente.

J'y présente d'abord le long cas clinique d'Astrid (patiente suivie pendant une dizaine d'années) et la façon dont le dispositif de la cothérapie a pu permettre l'attraction et le déploiement de son expérience traumatique. J'étudie comment cette double écoute a facilité la contenance d'éprouvés très intenses, les processus d'accordages entre patient et thérapeutes. J'y souligne aussi les théories du traumatisme d'Astrid, ses propres modélisations de son expérience et de ce qui pourrait la symboliser.

Il a également bien fallu penser les aspects du dispositif en congruence avec la problématique d'Astrid (ceux qui permettent de mieux attirer, révéler et traiter) et ceux qui seraient potentiellement de connivence avec elle (qui pourraient par exemple détourner la séduction juste nécessaire d'un dispositif pour nourrir l'excitation perverse).

En distinguant ensuite cadre et dispositif et en montrant comment la scène traumatique avec deux psychologues se présente comme un contenant très externe surinvestissant la présence de l'objet, j'ai apporté de nombreux exemples cliniques soulignant comment l'expérience traumatique pouvait se diffracter, se répartir et se psychodramatiser dans le dispositif en double écoute.

Je mets en évidence dans ce chapitre les incidences du face-à-faces (avec deux psychologues), toute l'importance du regard porté sur le traumatisme.

J'aborde ensuite les intérêts de ce dispositif particulier en les mettant en lien avec la possibilité accrue qu'il offre dans la symbolisation de l'expérience. Je montre aussi comment cet intermédiaire entre le simple face-à-face et le groupe permet de créer une doublure face au trauma, limite les risques de séduction et de soumission à l'objet, diffracte les possibilités d'évacuation et de symbolisation de l'expérience.

Un dernier retour sur ma troisième hypothèse revient à comprendre comment le dispositif traite tout particulièrement la forme, l'informativité de l'expérience traumatique en renforçant la résistance et la contenance des psychologues, dramatisant et spatialisant

l'expérience, attractant les imagos pour donner progressivement une configuration, une forme et du relief à cette expérience.

Comme à chaque fois, j'ai essayé de penser aux implications techniques et métapsychologiques de mes propositions. On trouve donc dans ce chapitre, notamment à partir des travaux de D. Stern et de R. Roussillon, de nombreux exemples de comportements thérapeutiques servant de base à l'accordage entre patient et thérapeutes.

Se développerait ainsi un mode d'interaction permettant un renvoi en miroir et en double (R. Roussillon) des éprouvés internes du patient traumatisé. Je fais l'hypothèse que ce reflet serait facilité par la présence de deux psychologues, la plasticité de l'ensemble augmentant les possibilités d'accordages. L'importance donnée à ces accordages va évidemment de pair avec mon insistance sur le partage affectif dans ce type de pathologies et sur une modélisation dynamique et intersubjective où les ajustements sont au fondement du développement psychique. L'accordage confirme au patient l'idée que son expérience est partageable, comme sa vie subjective, et même qu'il est consolable (A. Ciccone et A. Ferrant, 2009).

Au sein de l'économie traumatique l'identification projective est une modalité d'échange très largement utilisée. Ses possibilités d'évacuation, d'exploration de la psyché de l'autre et de communication en font un mode privilégié de communication du traumatisme, paradigme même de l'échange traumatique (M. Klein, W. Bion, H. Rosenfeld, D. Meltzer, A. Ciccone).

Face à une expérience tellement désorganisée et si peu communicable, devant des sujets ayant quasiment renoncé à en faire part, l'identification projective reste très souvent la seule ressource pour tenter à la fois de se débarrasser des éléments traumatiques et de les explorer avec et dans l'autre (parfois dans une version plus pathologique visant à contrôler ou manipuler le psychologue).

Un détour par le concept d'attracteur étrange exposé dans les théories physiques et mathématiques, attracteur poussant le système vers une solution et permettant une représentation géométrique dans l'espace des phénomènes chaotiques, m'a permis d'étendre cette modélisation au dispositif étudié.

A partir des travaux de D. Houzel (1985, 1987 et 1994) et d'A. Ciccone (2001) j'ai exploré les qualités d'attraction de ce dispositif proposant activement une nouvelle expérience de façon plus contenue : l'objet contenant « double écoute » attirerait l'informaté du sujet traumatisé pour essayer de la traiter en drainant la vie psychique du sujet et en donnant forme

à son expérience. Plus globalement, ce dispositif attirerait différentes modalités transférentielles en permettant un jeu.

La clinique du traumatisme pose aussi avec beaucoup d'acuité la question du sentiment d'appartenance à l'humanité, le dispositif en double écoute permettant aussi d'explorer (grâce à la spécularisation et au double proposé) les zones communes à chacun, patient et psychologues, victime et auteur, appartenant à tel ou tel personnage de la scène traumatique. Cette reconnaissance ne va pas de soi.

Cette clinique nous confronte à un fonctionnement complexe, sur plusieurs registres, avec différentes strates psychiques. Pour mieux entendre l'intrication des différents modes de communication comme celle des scènes traumatiques et plus globalement de toutes les expériences psychiques, il faut que le clinicien module son écoute et reste disponible. Je propose dans ce chapitre de considérer les clivages fonctionnels (G. Bayle, 1996) comme un moyen de résister au climat traumatique.

Le clivage fonctionnel permet de rassurer narcissiquement le sujet, de le protéger de ses traumatismes. En tenant temporairement à distance de tout investissement (en déconnectant la représentation et la figuration de sa charge affective) des éléments traumatiques connus du patient mais dont il ne souhaite pas encore entendre parler, ce type de clivage maintient et articule l'élément traumatique à l'ensemble de la vie psychique.

Mis en œuvre par le patient mais aussi par le thérapeute (j'en donne plusieurs exemples), il maintient un temps l'élément traumatique à distance tout en le préservant. En faisant cela, il permet une certaine reprise de l'expérience et n'est pas selon moi seulement un moyen de défense. Le clivage fonctionnel serait facilité dans le dispositif en double écoute parce que ce mouvement paradoxal serait réparti sur les deux psychologues (l'un mettant l'élément à distance, l'autre le préservant). Les parties du Moi des thérapeutes régresseraient, s'abandonnant quelque peu pour mieux saisir, presque attirer par ce moyen l'informaté traumatique du patient dans une variation de l'écoute.

Cette variation se distribue aussi dans un espace transférentiel modulé par la présence de deux psychologues : la distribution de l'intensité transférentielle est modifiée et je questionne la façon dont le dispositif engage les transferts latéraux, centraux et l'intertransfert.

La combinatoire se complexifie donc dans une double écoute donnant la possibilité d'une simultanéité des objets de transfert et l'analyse intertransférentielle (R. Kaës) devient

indispensable, portant sur les effets contre-transférentiels de chaque thérapeute sur son collègue.

J'en arrive enfin à penser l'implication métapsychologique de mon modèle avec l'idée d'une topique atopique et interactive du traumatisme. L'interaction (conçue comme une forme de l'intersubjectivité) permettrait d'intégrer le traumatisme au processus subjectif.

Comme le rappelle R. Kaës, faire du lien suppose d'entrer dans le régime des alliances et ces dernières appartiennent à une autre métapsychologie que celle pensée pour l'appareil psychique individuel. Il devient alors nécessaire de penser des modalités topiques, économiques et dynamiques intersubjectives, des configurations bifaces ni totalement dans le sujet ni totalement dans le groupe.

L'expérience traumatique ne se déploierait que dans un univers à plusieurs centres, plusieurs espaces psychiques, l'illusion d'optique de mon schéma renvoyant à l'illusion topique de localiser l'expérience traumatique.

L'expérience traumatique oblige plus qu'ailleurs à penser un détour par l'autre ; il ne suffit pas d'échanger des fantasmes mais d'interagir avec des éléments psychiques souvent massifs, exportés et agis dans la psyché des thérapeutes. Le traumatisme, non localisable, se joue donc cependant en partie dans un espace commun avec l'autre.

C'est avec l'analyse des limites d'un tel dispositif que se poursuit le chapitre 5. Il faudrait ainsi veiller à ne pas converser entre psychologues (la connivence étant une forme exacerbée et perversie de cette conversation), à ne pas avoir trop de relations ou idées communes qui angoisseraient les patients ; il serait aussi nécessaire de ne pas entrer en compétition ou encore de défendre son cothérapeute. Pendant que les psychologues discuteraient de leurs « affaires », les aspects les plus difficiles du patient risqueraient d'être oubliés.

Je rappelle aussi que le dispositif en double écoute ne fait que mettre l'accent sur des fonctions existant dans tout dispositif et que le double matérialisé par la présence de deux psychologues peut évidemment être pensé en double interne. La présentification du double par deux psychologues est un moyen de l'incarner un peu plus, de présenter en vrai à un sujet en mal de capacités de symbolisation une proposition thérapeutique facilitant l'attraction sécurisée de son infirmité. Elle n'est que cela et la complexité des modalités transférentielles de toute thérapie montre à quel point cela se joue à chaque fois.

C'est enfin sur la paradoxalement et les risques de complicité dans ce dispositif que j'insiste en fin de chapitre.

Les expériences traumatiques courent en effet le risque d'être trop observées par des regards tenant moins de la profondeur d'une perspective que d'une collusion. Le danger de se laisser prendre dans la séduction des regards, dans une problématique exhibitionniste ou voyeuriste par exemple est important. En devenant double regard ce dispositif pourrait courir le risque de perdre de sa capacité d'écoute.

La potentialité d'une scène pervertie où s'exerceraient des séductions narcissiques mutuelles n'est donc exclue que parce qu'elle ne cesse d'être pensée.

Pour terminer cette thèse j'envisage le caractère exportable de mon modèle topique comme de l'intérêt du dispositif en double écoute. J'étends en effet mes propositions à l'ensemble de la question traumatique, au-delà de la clinique particulière du traumatisme sexuel.

La saisie du temps dans l'expérience traumatique me paraît proposer un modèle exportable à toute expérience psychique, soulignant la complexité de la respiration temporelle de la psyché (avec des idées de dilatation et de rétraction par exemple, ou encore de vibration). C'est vers un modèle oscillatoire et rythmique (alternant moments présents, d'investissements et de retraits par exemple) que se dirige donc mon propos.

L'expérience traumatique fournit donc un modèle très pertinent pour comprendre la complexité temporelle liée à la subjectivation de l'expérience, temporalité également indissociable de la spatialisation.

Il était évidemment impossible de terminer cette thèse sans revenir sur la question de la forme de l'expérience traumatique, au centre de cette recherche. De nombreux auteurs ont insisté sur la nécessité d'une mise en forme de la psyché, je rappelle à quel point tout processus de symbolisation en dépend.

Enfin, la perspective d'un défaut de configuration de l'expérience traumatique n'exclue pas, bien au contraire, les efforts du sujet. Ma perspective n'est pas déficitaire mais dynamique.

A travers le recours à d'autres épistémologies (et notamment avec le concept de microgenèse) je souligne les aspects les plus dynamiques et organisateurs de la mise en forme dans le monde du vivant, a fortiori de l'humain.

# Conclusion

Les thérapies de sujets ayant été confrontés à des expériences traumatiques obligent à penser l'innommable, l'irreprésentable. Elles m'ont aussi imposé un travail de recherche sur les limites de déploiement de la réalité psychique, comme celles de la représentation de l'expérience traumatique.

Fondamentalement, cette recherche a posé la question du traumatisme, de ses effets et de ses possibilités de représentation, tant du côté des patients que j'ai rencontrés que de celui du chercheur que je suis, tentant de modéliser l'expérience. Le lecteur aura compris mon insistance sur les aspects dynamiques de l'expérience traumatique :

*« Le traumatisme s'offre à nous comme une notion fertile qui rend compte de la bipolarité psychique, de la capacité transformationnelle de l'activité psychique, quand le sujet peut utiliser une difficulté pour rebondir et accéder à de nouveaux champs de conscience. »<sup>1086</sup>*

Je n'ai trouvé d'autres possibilités de rendre compte de la complexité de mes observations cliniques qu'en créant un schéma topique proposant une sorte de commutabilité, de permutabilité plus ou moins contrôlable mais signifiante. Je crois avoir assez insisté sur la labilité de ce système, cette propriété étant à la fois à la source de la cause traumatique (en désorganisant le sujet incapable de qualifier son expérience) et de son traitement (en autorisant un déploiement des caractéristiques de cette même expérience).

On l'a vu, la moindre insuffisance du thérapeute, le moindre accident dans les séances est susceptible de rompre le processus. Engager la question du traumatique dans une thérapie, la considérer vraiment est une démarche à haut risque.

L'expérience traumatique, lorsqu'on ne fait pas un usage abusif de ce terme, concerne bien les défis et limites de l'analysable, la complexité de la réalité psychique où le *rien* est parfois dévastateur. D'un autre côté, le thérapeute doit prendre garde à ne pas se laisser fasciner par un excès de réel souvent présent dans les récits.

---

<sup>1086</sup> Marty (F.), « Traumatisme, une clinique renouvelée », p.11.



On aura également compris que le travail avec l'expérience traumatique se fait dans des climats rarement tempérés où patient et thérapeutes subissent chaud et froid parfois dans le même temps ; dans ces zones là le gel (celui des défenses autistiques, de l'encapsulation, du froid de la blessure narcissique et de l'abandon) ne fait pas que cotoyer le chaud (de l'excitation, de l'événement, des débordements), les deux se superposent jusqu'à se confondre et permuter. On prend l'un pour l'autre, le patient et ses thérapeutes ne parviennent alors que très difficilement à qualifier l'expérience vécue. C'est cela aussi l'informité et son climat paradoxal.

Plus que tout, les protagonistes voient parfois leurs efforts contrariés et même refusés au moindre progrès. Que la subjectivation de l'expérience avance son nez et le visage du sujet peut se décomposer à tout moment !

Les processus de symbolisation et de subjectivation mis en œuvre sont évidemment semblables à ceux qui se développent dans tout espace thérapeutique mais on y observe cependant peut-être une complexité supplémentaire. Cette complexité n'est pas sans rapport avec ce qui anime le débat psychanalytique autour du traumatisme depuis longtemps sur la question du fantasme et de la réalité, du statut de l'événement réel et psychique. L'expérience traumatique fait en effet s'effondrer les repères topiques, c'est d'ailleurs aussi à cela qu'on la reconnaît.

Ainsi, comme le remarque judicieusement F. Sironi<sup>1087</sup> à propos des traumatismes intentionnels, l'entreprise de subjectivation qui revient à rabattre l'essentiel de l'expérience sur le sujet et des causes intra-psychiques est très vite repérée par ces patients qui interprètent l'« idée » du thérapeute, sa théorie sur l'origine du traumatisme comme celle de l'auteur de leur agression, les deux leur disent qu'ils y sont pour quelque chose :

*« Subjectiver le vécu lié à la torture, c'est incontestablement parachever, en l'intériorisant davantage encore, le travail d'anéantissement de l'identité commencé par le tortionnaire. »<sup>1088</sup>*

C'est ainsi, symboliser l'expérience traumatique passe souvent par une sorte de reviviscence de ce qui n'a pas été subjectivé mais une reviviscence se faisant sur la scène transférentielle. La thérapie ne réactualise pas mais ne fait le plus souvent, dans un premier

---

<sup>1087</sup> Sironi (F.), « Traumatismes intentionnels et psychothérapie », Conférence donnée à l'université de Tours, le 13 mai 1998, in Marty (F.) et al., *Figures et traitements du traumatisme*, p. 135 à 150.

<sup>1088</sup> *Ibid.*, p.145.

temps tout au moins, que présenter à la psyché du patient l'informité qui l'occupe et le harcèle sans répit mais qu'il ne peut cependant ni approcher ni qualifier seul.

Survivre à la destructivité et à la paradoxalité alors déployées par le patient est évidemment une condition sine qua non du progrès thérapeutique. Winnicott avait bien mis en évidence ce processus, processus repris par R. Roussillon (1991) pensant que l'objet, pour être réellement découvert, doit être *détruit-trouvé* :

« « *Survivre* » articule donc trois impératifs : ne pas se retirer de la relation, ne pas exercer de rétorsion agressive et qualifier ce qu'il y a de potentialité créatrice et adaptative dans la destructivité. »<sup>1089</sup>

Ces trois exigences sont essentielles dans les thérapies de victimes de traumatismes sexuels : je crois avoir suffisamment insisté sur la nécessité de psychologues « bien présents » et faisant face, doublement même, à l'expérience traumatique. Toute cette thèse enfin est construite autour de l'idée des potentialités dynamiques de l'expérience traumatique trop souvent conçue comme seulement dévastatrice, exclue de la subjectivité et débordant l'appareil psychique.

Certes, ce *plaidoyer pour une clinique et une topique dynamiques du traumatisme* m'a amené à élargir quelque peu la topique et le dispositif habituellement proposés : une topique extensible, déformable et intégrant les possibilités de permutabilité des éléments psychiques a été proposée, un dispositif en double écoute a été mis en avant. J'insiste encore : cette topique et ce dispositif ne sont que des propositions visant à mieux saisir le déploiement de ce type d'expériences.

Si j'espère avoir bien montré leur intérêt (mais aussi certaines limites) et leur extension possible hors du champ du traumatisme, je reste bien conscient que l'expérience traumatique, comme toute autre expérience d'ailleurs, ne peut se laisser saisir aussi facilement.

R. Roussillon<sup>1090</sup> a repris le paradoxe du transfert exposé par G. Bateson en 1954, paradoxe exposant la nécessité pour l'analysant de vivre les affects transférentiels se développant dans la cure tout en les reconnaissant comme provenant historiquement de représentations aux objets l'ayant précédé. : « (...) L'affect (S. Freud, 1926) porte la mémoire

---

<sup>1089</sup> Roussillon (R.), *Agonie, clivage et symbolisation*, p.90.

<sup>1090</sup> Roussillon (R.), « Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction. », in André (J.) et al., *Transfert et états-limites*, p.49.

d'ébranlements traumatiques de la préhistoire du sujet. »<sup>1091</sup> Cela suppose donc que le sujet accepte que les événements se produisant pendant les séances parlent d'autres choses. R. Roussillon note que les transferts délirants ne permettent plus ce jeu dans le cadre analytique habituel et qu'il convient alors de penser à certains aménagements du dispositif, des « suppléments de cadre » concernant à la fois le dispositif et l'interprétation.

Je crois que la question se pose de façon identique pour ce que je peux maladroitement appeler le « transfert des zones traumatiques » : on aura bien compris l'importance des aménagements proposés (exposés à travers les propositions d'Analyse Transitionnelle de D. Anzieu et le dispositif en double écoute que j'ai longuement décrit) ainsi que la nécessité d'avoir recours le plus souvent dans un premier temps à des constructions (et plus aux seules interprétations).

Le dispositif en double écoute offre notamment un « surcroît de perception actuelle » (R. Roussillon, 2002) dans un face à faces ou faces à face offrant une plasticité et une accroche supplémentaires pour le patient. Sa proposition est de s'adapter le mieux possible aux mouvements psychiques engagés par le déploiement de l'infirmité traumatique, ceci à la fois par sa plasticité et ses capacités de contenance. Tout aménagement suppose également certains renoncements et engage quelques risques, je crois l'avoir rappelé. Cela n'a d'incidence majeure que si les thérapeutes l'oublient, ne tiennent pas compte de ces « insuffisances » ou s'ils fétichisent ou idéalisent leur dispositif et leur théorie du soin.

Dans mon entreprise de mieux comprendre le traumatisme, j'ai beaucoup insisté sur la forme de l'expérience, forme qui n'arrive pas à se qualifier, à se circonscrire et à se délimiter (le sujet est alors confronté à l'infirmité que j'ai définie). De nombreuses recherches contemporaines insistent sur les aspects formels de l'expérience, y compris dans les confrontations les plus précoces du sujet avec son environnement. D. Stern par exemple a montré comment les rencontres du nouveau-né n'étaient pas forcément ressenties comme autant de brefs moments totalement isolés, sans contour ni épaisseur. Ses observations rappellent bien qu'il est question d'enveloppes (pré-narratives), de représentations internes globales. Ainsi, à côté des affects « catégoriels », D. Stern distingue les « affects de vitalité » qui renvoient bien à la forme de l'expérience, affects produits uniquement dans la rencontre intersubjective. Il propose d'ailleurs de trouver une autre terminologie, plus dynamique, pour les qualifier (crescendo, éclater, prolonger, affaiblir...).

---

<sup>1091</sup> *Ibid.*, p.49-50.

D. Stern se sert de ses observations pour nourrir son propos sur la constitution du sentiment d'identité mais on peut tout à fait élargir ses hypothèses à la compréhension de toute expérience, y compris traumatique. On y trouve, comme j'ai souhaité le faire dans cette thèse, l'insistance sur les aspects processuels, la dynamique psychique, la rencontre intersubjective et la forme de l'expérience. Sans déconsidérer ni négliger l'impact du contenu de l'expérience traumatique, j'espère avoir bien montré comment la problématique du traumatisme ne pouvait se lire à la seule lumière des contenus, qu'il fallait impérativement y adjoindre la pensée de la contenance et de la forme :

« Le contenu de l'expérience, bon ou mauvais, n'est qu'une dimension possible, quoique très importante. Les qualités formelles et les contours qu'elle adopte en constitueraient une autre : ceux-ci peuvent autant éveiller, intéresser, stimuler et exciter l'attention, qu'ils l'enveloppent de bonnes expériences ou de mauvaises. Ainsi, le *niveau* d'activation et d'intensité ainsi que la *forme* du contour (trop explosif, ou trop plat et terne) décideraient si l'expérience est psychiquement digeste et peut être pensée, *au même titre que* son contenu, que celui-ci soit positif ou négatif. En général, les recherches sur les traumatismes portent sur les effets du choc subi lors d'une mauvaise expérience, mais peut-être autant d'intérêt devrait-il être consacré, dans la pensée psychanalytique, aux stimuli que sont pour l'apprentissage les surprises agréables offertes par la mère de manière quotidienne et naturelle. »<sup>1092</sup>

Comme le remarque A. Alvarez, il est nécessaire de s'intéresser à la forme que le sujet donne à ses expériences (bonnes ou mauvaises), au dynamisme en question. Il faut mettre en évidence la façon dont le sujet (le nourrisson ou le patient traumatisé) essaie de configurer son expérience, lui trouver une forme au prix parfois d'efforts désespérés.

La clinique du traumatisme sexuel que j'ai exposée révèle bien je l'espère les efforts de ces sujets essayant de configurer leurs expériences traumatiques. Cette configuration là n'a rien à voir avec un formatage informatique, elle est extrêmement dense et personnelle, marquée par l'histoire toute entière du sujet (et pas seulement l'histoire de ses rencontres traumatiques, c'est en cela que je ne me reconnais pas dans les thérapies focalisées sur cet aspect) dans laquelle certaines rencontres, que j'ai qualifiées de traumatiques, occupent une place à part. Mais une place à part ne signifie pas qu'elles sont totalement désintriquées, isolées du reste de la psyché, a fortiori forcloses. Elles sont certes souvent dans des zones

---

<sup>1092</sup> Alvarez (A.), *Une présence bien vivante*, p.91-92.

presque inaccessibles, vaillamment défendues ou totalement laissées à l'abandon mais le transfert leur offre toujours une perspective thérapeutique.

Mes propositions enfin, ont essayé de respecter la complexité de l'humain, comme je l'annonçai dans l'introduction de cette thèse. C'est ainsi que je me suis refusé à localiser l'expérience traumatique, à traquer la place de l'événement, l'impact du traumatisme. J'ai plutôt proposé des conceptions cliniques et topiques « en mouvement » qui respectent la paradoxalité des expériences, leur difficulté à se configurer. Il a fallu parler d'éléments psychiques construits en biface, d'une topique développable et représentée par une sorte d'illusion d'optique rendant compte de la permutabilité de ces éléments.

A. Green, dans son entreprise de situer la pensée<sup>1093</sup>, la place métapsychologiquement à un carrefour (entre dedans et dehors mais aussi entre les deux parties séparées divisant le dedans, limite des systèmes Cs-Pcs et Ics), réhabilitant la notion de limite et insistant sur le va-et-vient que les processus tertiaires, « agents de liaison » (A. Green), impulsent entre les processus primaires et secondaires, y ajoutant une communication dedans-dehors. Les notions de flux et de processus deviennent fondamentales. Explorer de façon dynamique le dedans et le dehors du traumatisme, l'événement extérieur comme le monde interne parfois dévasté, et cela sans négliger ni l'un ni l'autre ni renoncer à la complexité, voilà une des ambitions de cette thèse. Il fallait pour cela constamment lier travail intrapsychique et rencontres intersubjectives, y compris au sein de l'espace thérapeutique.

Le déploiement de l'informité traumatique au sein des entretiens en double écoute est reconnaissable avant tout dans ses effets transféro-contre-transférentiels. Je reviens sur cette idée d'une *climatologie du traumatisme* dont j'ai essayé de dégager quelques éléments : l'ampleur et l'intensité des vécus contre-transférentiels, la paradoxalité plutôt que le conflit, la multiplication et l'intrication/confusion des scènes traumatiques, l'impact des éléments non-verbaux, l'urgence à figurer et les vécus de déformation spatiale de l'expérience en sont des indicateurs cliniques.

Je n'ai trouvé d'autre terminologie que celle de l'*informité* pour traduire cette difficulté du sujet, devant le traumatisme, à configurer son expérience. Dans *Jeu et réalité* Winnicott avait parlé de *formlessness*, d'« aire de l'informe », d'un état « ne se donnant pas

---

<sup>1093</sup> Green (A.), *La folie privée*.

de but ». Il y avait là l'idée d'une certaine acceptation (ne tenant pas de la résignation) d'une confrontation au chaos, au non-sens, à l'informe sans volonté de l'organiser (en tout cas immédiatement).

En ce qui concerne ce que j'ai qualifié d'informité, il y a en effet bien l'idée de vivre, contenir et partager cette informité dans l'espace thérapeutique. Il ne s'agit pas d'une croyance naïve dans le fait que le simple fait de « communier » le traumatisme suffirait, ce serait alors une commémoration, une répétition mortifère aggravant les déformations de l'expérience et ne faisant que confirmer le sujet dans l'idée que circonscrire et qualifier son expérience est impossible. Il s'agit bien au contraire d'être attentif, de contenir activement et même de créer un dispositif attracteur de cette informité pour faciliter son déploiement et trouver dans ce dynamisme les points d'appui pour que le sujet puisse, de lui-même, commencer à symboliser son expérience.

L'expérience traumatique, enfin, n'est même pas un drame. Elle n'a pas de scénario, pas de début ni de fin et le sujet ne parvient même pas à en désespérer. Elle ne se raconte jamais ou alors, lorsque le sujet devient capable de le faire, peut-être peut-on penser qu'elle vient de perdre son statut traumatique, que l'expérience est circonscrite et qualifiée, qu'elle s'est topiquement plus souplement et plus précisément inscrite, que le sujet est parvenu à en symboliser les éléments les plus désorganiseurs.

C'est pour cela je pense qu'il est même difficile d'en trouver des traces dans les œuvres culturelles. Les romanciers et les peintres ne peuvent en faire le récit ni le portrait où, lorsqu'ils y parviennent, cela représente le traumatisme mais n'en est déjà plus. On peut en revanche deviner ce type d'expérience chez ces mêmes auteurs, dans la matière et la facture, dans la prosodie, la trame ou le climat de leur œuvre.

Même S. Beckett, dans les dernières lignes de son *Dépeupleur*, n'en a pas fini d'explorer le cylindre où se déploient ses expériences traumatiques :

« Au pied des échelles dressées contre le mur de façon peu harmonieuse nul grimpeur n'attend plus. Dans les feux sombres du plafond le zénith garde encore sa légende. Le vieux vainqueur de la troisième zone n'a plus autour de lui que des figés à son image au tronc profondément courbé vers le sol. Le bambin qu'étreint encore la jeune chenue se confond à présent avec son giron. De face la tête rousse parvenue aux limites du fléchissement laisse voir une partie de sa nuque. Le voilà donc si c'est un homme qui rouvre les yeux et au bout d'un certain temps se fraye un chemin jusqu'à cette première vaincue si souvent prise comme repère. A genoux il écarte la lourde chevelure et soulève la tête qui

n'offre pas de résistance. Dévoré le visage mis ainsi à nu les yeux enfin par les pouces sollicités s'ouvrent sans façon. Dans ces calmes déserts il promène les siens jusqu'à ce que les premiers ces derniers se ferment et que la tête lâchée retourne à sa vieille place. Lui-même à son tour au bout d'un temps impossible à chiffrer trouve enfin sa place et se pose sur quoi le noir se fait en même temps que la température se fixe dans le voisinage de zéro. Se tait du même coup le grésillement d'insecte mentionné plus haut d'où subitement un silence plus fort que tous ces faibles souffles réunis. Voilà en gros le dernier état du cylindre et de ce petit peuple de chercheurs dont un premier si ce fut un homme dans un passé impensable baissa enfin une première fois la tête si cette notion est maintenue. »<sup>1094</sup>

Car ce qui caractérise l'infirmité traumatique, c'est aussi l'errance à laquelle elle paraît condamnée, au mieux l'illusion de trouver une zone où s'inscrire, au pire la décomposition. Même pas la mort mais, comme les personnages de Beckett, un passé impensable, un temps incommensurable, des états transitoires qui se croient fixes, une recherche incessante de niches, lieux d'inscriptions de l'expérience et de l'histoire du sujet. Un lieu où rien n'est certain et où tout se confond sans évidemment que le sujet en soit conscient.

Mais l'œuvre de Beckett, son *Dépeupleur* et les personnages internes qui l'habitent, n'est qu'une fiction dans laquelle aucun secours n'est possible. Son cylindre n'est qu'un leurre et ses niches ne sont que des caveaux. Les sujets qui y sont enfermés sont effectivement condamnés. La réalité thérapeutique et la psyché du sujet sont toutes autres : on y trouve cette errance et ces risques de décomposition, l'infirmité s'y déploie bien mais elle peut aussi être attirée.

Ce sont les ressources intrapsychiques et intersubjectives qui font la différence avec ce qui se passe dans les tragédies littéraires. Le dynamisme psychique du patient traumatisé et du transfert est d'une autre logique que celle du destin dans la mythologie. Point de naïveté toutefois, le traumatisme sexuel peut être dévastateur et ses effets redoutables mais il est toujours possible d'aider le sujet à configurer ses expériences.

Dans cette tentative de symbolisation, il est rarement question de petits conflits ou d'ambivalence, il s'y joue plutôt la survie du sujet à travers la recherche d'une forme, celle de son expérience. On ne connaît pas de vie sans forme et sans contour, ceci est particulièrement vrai pour l'expérience traumatique.

---

<sup>1094</sup> Beckett (S.), *Le dépeupleur*, p.54-55.

# Bibliographie

ABRAHAM (N.) et TOROK (M.), 1978, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion, 2002, 480 p.

ALVAREZ (A.), 1992, *Une présence bien vivante. Le travail de psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes, borderline, abusés, en grande carence affective*, trad. fr., 1997, Larmor-Plage, Editions du Hublot, 272 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *D.S.M.4. Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux*, tr. fr., 1996, Paris, Masson, 1008 p.

AMY (D.), 2001, Les indications des psychodrames, *Groupal*, n°8, p.44-54.

ANDERSON (R.) et DARTINGTON (A.), 1988, Faire face. Perspectives Cliniques sur les troubles de l'Adolescence, tr. fr., 2003, Larmor-Plage, Editions du Hublot, 190 p.

ANDRE (J.) *et al.*,

1999, *Les états-limites*, Paris, P.U.F., 149 p.

2002, *Transfert et états limites*, Paris, P.U.F., 155 p.

2008, Malaise dans la séduction. Point de vue de la psychanalyse sur la séduction, la déviance, le crime, *Activités scientifiques, Bulletin d'information du Quatrième Groupe*, n°45, automne 2008, O.P.L.F., p.55-61.

ANZIEU (D.)

1974, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 254 p.

1975, *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Bordas, 1984, 234 p.

1975, Le transfert paradoxal. De la connaissance paradoxale à la réaction thérapeutique négative, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°12, p.49-72.

1984, Le double interdit du toucher, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°29, printemps 1984, p.173-189.

1986, Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°2, p.12-24.



- 1986, Introduction à l'étude des fonctions du moi-peau dans le couple, *Gruppo*, n°2, p.75-81.
- 1990, *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Apsygée, 157 p.
- 1993, Le Moi-peau familial et groupal, *Gruppo*, n°9, p.9-18.
- 1994, *Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant.*, Paris, Dunod, 179 p.
- 2007, *Psychanalyse des limites*. Textes réunis et présentés par Catherine Chabert, Paris, Dunod, 300 p.
- 1987, ANZIEU (D.) *et al.*, *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, Deuxième édition, 2000, 282 p.
- APOLLINAIRE (G.), 1925, *Calligrammes, poèmes de la paix et de la guerre* (1913-1916), Paris, Gallimard, 172 p. Edition préfacée par Michel Butor, 1966.
- ARTAUD (A.), 1964, *Le théâtre et son double*, Paris, Gallimard, 251 p.
- ASSEO (R.), 2005, Le traumatisme dans ses fonctions organisatrices et désorganisatrices, *Monographies de la revue française de psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.57-68.
- ASSOUN (P.L.),
- 1997, La mauvaise rencontre ou l'inconscient traumatique, *Champ psychosomatique*, n°10, p.23-35.
- 2006, Leçons psychanalytiques sur le transfert, Editions Economica, 60 p.
- AULAGNIER (P.)
- 1975, *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, P.U.F, 363 p.
- 1986, *Un interprète en quête de sens*, Paris, Ramsay, 215 p.
- AVRON (O.), 1989, Entre immobilisme et activisme (les micro-observations), *Bulletin de psychologie*, Tome XLII, n°394, p.104-108.
- AYOUN (P.), 1995, Inceste, violence et culture, *in* Gabel (M.) *et al.*, *Le traumatisme de l'inceste*, Paris, P.U.F., p. 33-52.
- BAILLY (L.), 1996, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, E.S.F., 135 p.

BALIER (C.)

1988, *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, P.U.F, 1988, 250 p.

1992, Psychopathologie des auteurs de délits sexuels concernant les enfants, *in* Gabel (M.) *et al.*, *les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, P.U.F., p.149-155.

1993, Viols et incestes. Auteurs et victimes, *in* Fine (A.), Le Guen (A.), A.Oppenheimer (A.), *Les troubles de la sexualité*, Monographie de la *Revue française de psychanalyse*, p.159-182.

1994, L'inceste: un meurtre d'identité, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, n°2, p.333-351.

1996, *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, P.U.F., 256 p.

1997, Analyse psychopathologique des comportements violents, *in* Marty F. (Dir.), *L'illégitime violence*, Toulouse, Erès, p.79-94.

BALIER (C.) *et al.*, 2005, *La violence en abyme*, Paris, P.U.F., 389 p.

BARROIS (C.)

1985, Action du traumatisme, traumatisme en action, action sur le traumatisme, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°31, p.239-257.

1988, *Les névroses traumatiques Le psychothérapeute face aux détreesses des chocs psychiques*, Paris, Dunod, 240 p.

1994, Apport de la psychologie à l'aide aux victimes et réflexions générales sur l'assistance psychologique aux victimes, rescapés ou survivants, *Acte des dixièmes assises de l'Inavem*.

BAYLE (G.)

1988, Traumatismes et clivages fonctionnels, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1339-1356.

1996, Les clivages, *Revue française de psychanalyse*, n° spécial congrès, fév. 1997, tome LX, Paris, P.U.F.

BENZAZON (M.) et CHERE (A.), 1996, Réflexions à propos de la technique de travail avec les secrets de famille pathogènes, *Groupal 2*, p. 135-148.

BERGER (M.), 1990, *Des entretiens familiaux à la représentation de soi. La topique de la profondeur*, Paris, Apsygée, 185 p.

BERGERET (J.)

1974, Limite des états analysables et états-limites analysables, *Nouvelle revue de psychanalyse*, Paris, Gallimard, p.107-122.

1984, *La violence fondamentale*, Paris, Dunod, 251 p.

BERTRAND (M.), 1984, Des fragments d'une réalité disparue. Comment faire que le temps passe?, *Revue française de psychanalyse*, n°3, p.164-170.

BICK (E.), 1968, L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces, *International Journal of Psychoanalysis*, trad. Franç. Institut de Psychanalyse, n°49, p.484-486.

BIGRAS (E), 1988, Traitement psychanalytique des victimes de l'inceste père-fille, *Nervure*, n°2, mars 1988, p.64-65.

BION (W.R.)

1961, *Recherches sur les petits groupes*, tr. fr., 2004, Paris, P.U.F., 140 p.

1962, *Aux sources de l'expérience*, tr. fr., 2003, Paris, P.U.F., 135 p.

1970, *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*, tr. fr., 1974, Paris, Payot, 214 p.

BLANQUET (B.), 2005, Cliniques de l'agir. La scène ordalique : de la clinique du sujet perdu à la tentative de localisation psychique, *Les cahiers du C.R.P.P.C.*, n°17, p.36-42.

BLEGER (J.)

1966, Psychanalyse du cadre psychanalytique, in *Crise, rupture et dépassement*, 1979, Paris, Dunod.

BOKANOWSKI (T.)

1988, Entre Freud et Ferenczi: le traumatisme, *Revue française de Psychanalyse*, n°6, tome LII, p.1285-1301.

1995, Le couple « trauma-clivage » dans le Journal clinique de Ferenczi, *Monographies de la Revue française de psychanalyse, S. Ferenczi*, p.133-143.

2002, Traumatisme, traumatique, trauma, in *Revue française de psychanalyse*, Tome LXVI, n°3, p.745-757.

2005, Le concept de trauma chez S. Ferenczi, *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.27-42.

BOTELLA (C. et S.)

1983, Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation, *Revue française de psychanalyse*, n°3, p. 765-776.

1984, L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance, *Revue française de psychanalyse*, n°3, p.687-708.

1988, Trauma et topique (Aspects techniques de l'abord du trauma en séance), *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1461-1477.

1995, Sur le processus analytique: du perceptif aux causalités psychiques, *Revue française de psychanalyse*, n°2, p.349-366.

2001, *La figurabilité psychique*, Lausanne, Delachaux et Niestlé, 261 p.

BOUBLI (M.), KONICHECKIS (A.) *et al.*, 2002, Clinique psychanalytique de la sensorialité, Paris, Dunod, 216 p.

BRETTE (F.)

1982, Du traumatisme, et de l'hystérie pour s'en remettre, *in Quinze études psychanalytiques sur le temps*, sous la direction de Guillaumin (J.), Paris, Ed. Privat, p.41-53.

1988, Le traumatisme et ses théories, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1259-1284.

2005, Le traumatisme : effets positifs et organisateurs, *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.69-88.

BRUN (A.), 2007, *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, Dunod, 283 p.

CAHN (R.), 1983, Le procès du cadre ou la passion de Ferenczi, *Revue française de psychanalyse*, n°5, Tome XLVII, p.1107-1133.

CAILLOT (J.P.),

1996, Transfert antoedipien, *Groupal*, n°2, p.93-100.

1997, L'incestuel meurtrier, *Groupal*, n°3, p.17-26.

2001, L'unité des psychodrames psychanalytiques, *Groupal*, n°8, p.25-43.

2003, Introduction à la psychanalyse du couple. Les thérapies psychanalytiques de couple, *Groupal*, n°14, p.15-34.

CAILLOT (J.-P.), DECHERF (G.)

1982, Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel: deux aspects métapsychologiques de la paradoxalité familiale, *Dialogue*, n°78, p.98-103.

1987, Couple, famille et défense perverse, *Gruppo*, n°3, p.47-68.

1997, L'incestuel meurtrier, *Groupal*, n°3, p.17-27.

CHENE (A.), 2001, Psychodrame de groupe d'enfants : contraignantes successions d'agirs incestuels, *Groupal*, n°8, p.145-180.

CHOUVIER (B.) *et al.*, 2004, *La réalité psychique. Psychanalyse, réel et trauma.*, Paris, Dunod, 215 p.

CHOUVIER *et al.*, 2002, *Les processus psychiques de la médiation : créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*, Paris, Dunod, 286 p.

CIAVALDINI (A.), 1999, *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, 2005, 255 p.

CICCONE (A.)

1997, Répétition d'échecs et rencontre traumatique avec le handicap, dans la perspective de la transmission psychique, *Dialogue*, n°137, p.25-30.

1997, Empiètement imagoïque et fantasme de transmission, *in* Eiguer *et al.*, *Le Générationnel. Approche en thérapie familiale analytique*, Paris, Dunod, p.151-185.

1998, *L'observation clinique*, Paris, Dunod, 128 p.

1999, *La transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, Paris, Dunod, 204 p.

2000, Travail du traumatisme et fantasme de transmission dans la rencontre avec le handicap, *Le divan familial*, n°5, p.177-186.

2001, Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, *Cahiers de psychologie clinique*, n°17, p.81-102.

2002, Fantasme de transmission et appropriation du générationnel, *Groupal*, n°11, p.47-64.

2003, Aux sources du ludique, Intervention au Congrès National de Psychanalyse Groupale et Familiale : « Le ludique et le familial », Paris, 03 octobre 2003.

2005, Connaissance du bébé et théorie des pratiques, intervention au colloque international du C.R.P.P.C. : « L'expérience du bébé. Un modèle pour le soin », 4 et 5 mars 2005, Lyon, Université Lumière Lyon 2

2005, Les bébés qui poussent à bout, intervention au Congrès National de Psychanalyse Groupale et Familiale : « Reconnaître et traiter la souffrance du bébé dans la famille », 15 et 16 octobre 2005, Centre Chaillot-Galliéra, Paris.

2006, *Violence du soin psychique*, XIII ème Cours sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur, « Conflits et conflictualité dans le soin psychique », Santé Mentale et Communautés, Villeurbanne, 28-31 mars 2006.

CICCONE (A.) et FERRANT (A.), 2009, *Honte, Culpabilité et Traumatisme*, Paris, Dunod, 249 p.

CICCONE (A.) et LHOPITAL (M.), 1991, *Naissance à la vie psychique. Modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse*, Paris, Dunod, 317 p.

CICCONE (A.) *et al.* 1998, L'observation du nourrisson et ses applications, Toulouse, Erès, 91 p.

CLANCIER (A.), 1981, Corps, transfert et contre-transfert, *Revue française de psychanalyse*, n°2, p.335-339.

CORCOS (M.) *et al.*, 2003, Psychopathologie de l'alexithymie, Paris, Dunod, 267 p.

COURNUT (J.), Séduction, castration, conviction, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.44-58.

COUVREUR (C.), 1988, Le trauma: les trois temps d'une valse, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1431-1449.

CROCQ (L.) *et al.*, 2007, *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Issy-les-moulineaux, Masson, 308 p.

CYRULNIK (B.), 1999, *Un merveilleux malheur*, Paris, O. Jacob, 238 p.

DALIGAND (L.), 1995, Le trauma de l'inceste, *in* Gabel (M.), Lebovici (S.), Mazet (Ph.)(dir), *Le traumatisme de l'inceste*, Paris, P.U.F., 254 p.

DAVID (C.), 2003, Profil de l'informe, *Penser/rêver*, n°4, p.37-53.

DAYAN (M.), 1995, Economie traumatique, *in* Dayan M. (Dir.), *Trauma et devenir psychique*, Paris, P.U.F., p.9-38.

DECOBERT (S.),

1986, Le groupe comme contenant, *Gruppo*, n°2, p.104-109.

1997, L'incestuel, *Groupal*, n°3, p.5-15.

2001, Spécificité du transfert au psychodrame ?, *Groupal*, n°8, p.11-24.

DECOBERT (S.) et SOULE (M.),

2003, La notion de couple thérapeutique (A propos de l'expérience d'un couple de thérapeutes dans un groupe de couples), *Groupal*, n°14, p.48-80.

DEFONTAINE (B.),

1997, L'incestuel dans les somatoses, *Groupal*, n°3, p.89-108.

2003, A propos de l'illusion gémellaire chez Didier Anzieu, *Groupal*, n°14, p.34-48.

DEFONTAINE (J.), 2003, L'intertransfert dans le couple thérapeutique, *Groupal*, n°14, p.163-182.

DELEUZE (G.),

1967, *Présentation de Sacher-Masoch avec le texte intégral de la vénus à la fourrure* traduit d'après l'édition Cotta (J.G.), Stuttgart, 1870, Paris, Editions de Minuit, 167 p.

1986, Le pli, récapitulation, Cours du 16/12/1986 à l'Université Vincennes-Saint-Denis

1988, *Le pli*, Paris, Les Editions de Minuit, 189 p.

De M'UZAN (M.)

1976, Contre-transfert et système paradoxal, *Revue française de psychanalyse*, n°3, p.575-590.

1991, Du dérangement au changement, *Revue française de psychanalyse*, n°2, p.297-301.

De URTUBEY (L.), 2005, Traumatisme et contre-transfert, *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.89-100.

DONNET (J.L.),

1991, Règle fondamentale, psychanalyse et psychothérapie, *Revue française de psychanalyse*, n°2, p.297-301.

1995, *Le divan bien tempéré*, P.U.F., Paris, 281 p.

DONNET (J.L.) et GREEN (A.), 1973, *L'enfant de Ca. Psychanalyse d'un entretien : La psychose blanche*, Paris, Editions de Minuit, 2004, 350 p.

DOREY (R.), 1981, La relation d'emprise, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°24, automne 1981, p.117-139.

DREYFUS (S.), 2005, Freud, le trauma : culpabilité et détresse, *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.11-26.

DROIT (R.-P), Leibniz selon Deleuze, *Le Monde*, 9/09/1988

DUEZ (B.),

1999, Le traumatisme psychique: de l'affect au modèle, *Canal psy*, Janvier-février 1999, p.5-6.

2004, L'indécidabilité : un modèle générique du traumatisme, *Perspectives psy .*, vol.41, avril-mai 2002, p.113-118.

DUMET (N.), BROYER (G.) *et al.*, 2002, *Cliniques du corps*, Lyon, P.U.L., 256 p.

DUGNAT (M) *et al.*, 2001, Observer un bébé avec attention ?, Toulouse, Erès, 285 p.

EIGUER (A.)

1980, Croyance et narcissisme dans la relation perverse, *Etudes psychothérapiques*, n°42, Tome XI, 4, p.271-278.

1981, Contribution psychanalytique à la théorie et à la pratique de la thérapie familiale analytique, *in* Ruffiot (A.) *et al.*, *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.

1983, *Un divan pour la famille*, Paris, Le Centurion, 223 p.

1984, Le lien d'alliance, la psychanalyse et la thérapie de couple, *in* Eiguer (A.) *et al.*, *La thérapie psychanalytique du couple*, Paris, Dunod, V-VII, p.1-83.

1985, L'interprétation du fantasme transgénérationnel en thérapie familiale analytique, *Dialogue*, n°90, p.37-49.



1986, L'organisation inconsciente du couple, *in* Eiguer (A.) *et al.*, *Le couple: organisation fantasmatique et crise d'identité*, Toulouse, GRECE, p.2-31.

1989, *Le pervers narcissique et son complice*, Paris, Dunod, 186 p.

ENRIQUEZ (E.), 2000, Plus jamais ça, *Revue française de psychanalyse*, n°1, p.189-200.

FAIN (M.), 1982, *Le désir de l'interprète*, introduction de D. Braunschweig, Paris, Aubier-Montaigne, 157 p.

FAVA VIZZIELLO (G.), STERN (D.N.), BIRRAUX (A.), 1995, *Modèles psychothérapeutiques au premier âge. De la théorie à l'intervention*, Paris, Masson, 412 p.

FEDIDA (P.),

1978, *L'absence*, Paris, Gallimard, 521 p.

1991, Contre-transfert, crise et métaphore, *Revue française de psychanalyse*, n°2, p.339-362.

1999, Le mouvement de l'informe, *La part de l'œil*, n°10, p.24.

FERENCZI (S.)

1908-1912, *Psychanalyse I. Œuvres complètes*, tr. fr., 1994, Paris, Payot, 265 p.

1919, La technique psychanalytique, *in Les fantasmes provoqués et leurs dangers. Essais sur la « technique active » en psychanalyse*, tr. fr., Paris, Payot, 2008, p.27-45.

1920, Prolongements de la « technique active » en psychanalyse, *in Les fantasmes provoqués et leurs dangers*, tr. fr., Paris, Payot, 2008, p.48-78.

1924, Les fantasmes provoqués (Activité dans la technique de l'association), *in Les fantasmes provoqués et leurs dangers*, tr. fr., Paris, Payot, 2008, p.80-96.

1925, Psychanalyse des habitudes sexuelles (avec une contribution à la technique thérapeutique), *in Les fantasmes provoqués et leurs dangers*, tr. fr., Paris, Payot, 2008, p.96-156.

1926, Contre-indications de la technique active, *in Les fantasmes provoqués et leurs dangers*, tr. fr., Paris, Payot, 2008, p.158-178.

1927-1933, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, in *Psychanalyse, œuvre complète*, tome 4 (1927-1933), trad. Equipe du Coq Héron, Paris, Payot, 1970-1982, p.125-135.

1928, Elasticité de la technique psychanalytique, in *Les fantasmes provoqués et leurs dangers*, tr. fr., Paris, Payot, p.180-203.

1932, Fragmentation, *note du 27-02-32*.

1932, *Journal clinique (Janvier-octobre 1932)*, Paris, Payot, 1990, 298 p.

1934, Réflexions sur le traumatisme, in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot, 1982, p.139-147.

1982, *Le traumatisme*, tr.fr. équipe du Coq héron, Paris, Payot, 2006, 171 p.

FINE (A.), 2002, *Fixation au trauma ; résurgence, élaboration*, Conférences en ligne de la S.P.P., Conférence Vulpian, mai 2002, p.1-17.

FRAIBERG (S.), 1980, *Fantômes dans la chambre d'enfant*, tr. fr., 1999, Paris, P.U.F., 416 p.

FREUD (A.), 1971, Le traumatisme psychique, in *L'enfant dans la psychanalyse*, tr. fr., 1978, Paris, Gallimard, p.204-220.

FREUD (S.)

1892, Pour une théorie de l'attaque hystérique, in *Résultats, idées, problèmes*, vol. 1, tr. fr., Paris, P.U.F., 1984, p.25-28.

1896, *Sur l'étiologie de l'hystérie*, tr. fr., Paris, P.U.F., 1989, p.147-180.

1897-1904, *Lettres à Fliess*, Edition complète, tr. fr., Paris, P.U.F., 2006, 763 p.

1900, *L'interprétation du rêve*, tr. fr., Paris, P.U.F., 2010, 756 p.

1905, Fragments d'une analyse d'hystérie (Dora), in *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1954, p. 1-91.

1908, Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité, trad. Laplanche (J.) et Pontalis (J.B.), in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, P.U.F., 1973.

1909, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, tr. fr., Paris, Payot, 1966, 149 p.

1910, *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, tr. fr., Paris, Gallimard, 1991, 284 p.

1914, Remémoration, répétition et perlaboration, trad. fr., in *La technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1953, p.105-115.

1915, *Vue d'ensemble sur les névroses de transfert. Un essai métapsychologique*, tr. fr., 1986, Paris, Gallimard, 209 p.

1915-1916, *Le transfert, Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999, p.555.

1916, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1990, 441 p.

1918, Extraits de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups), in *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1954, p.325-420.

1919, Un enfant est battu (Ein Kind wird geschlagen). Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles, in *Névrose, psychose et perversion*, tr. fr. Guérineau (D.), Paris, P.U.F., 1981, p.219-244.

1919, « Introduction » à *Sur la psychanalyse des névroses de guerre*, tr. fr., Paris, P.U.F., 1996, p.217-223.

1920, Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, tr. fr., Paris, Payot, 1977, p. 7-81.

1923, Le moi et le ça, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 280 p.

1924, Note sur le « bloc-notes magique », in *Résultats, idées, problèmes*, t.II, Paris, P.U.F., 304 p.

1925, Inhibition, symptôme et angoisse, tr. fr., Paris, P.U.F., 1992, 112 p.

1927, Le fétichisme, in *La vie sexuelle*, tr. fr., Paris, P.U.F., 1969, p.133-138.

1937, L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, in *Résultats, idées, problèmes*, t.II, tr. fr., Paris, P.U.F., 1985, p.231-281.

1937, Constructions dans l'analyse, in *Résultats, idées, problèmes*, t.II, tr. fr., Paris, P.U.F., 1985, p.269-281.

1938, Le clivage du moi dans les processus de défense, in *Résultats, idées, problèmes*, t.II, tr. fr., Paris, P.U.F., 1985, p.238-284.

1939, *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1993, 256 p.

- GANTHERET (F.), 1981, Emprise et pulsion d'emprise, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°24, p.103-116.
- GARLAND (C.) *et al.*, 1998, *Comprendre le traumatisme. Une approche psychanalytique*, Larmor-Plage, Ed. du Hublot, 2001, 222 p.
- GIBEAULT (A.), 1981, Symbolisme inconscient et symbolisme du langage, *Revue française de psychanalyse*, Janv.fév. 1981, tome XLV, p.139-158.
- GODFRIND (J.), 1986, L'hystérique, un vrai traumatisé?, *Revue française de psychanalyse*, n°3, p. 123-136.
- GOLSE (B.), 1999, *Du corps à la pensée*, Paris, P.U.F., 375 p.
- GRANJON (E.),
- 1989, Transmission psychique et transferts en thérapie familiale psychanalytique, *Gruppo*, n°5, p.47-58.
- 2002, Les fondements groupaux de la thérapie familiale psychanalytique, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°37, p.31-43.
- 2005, Les configurations du lien familial, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°45, p.151-158.
- GREEN (A.)
- 1974, L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique, *Aux limites de l'analysable, Nouvelle revue de psychanalyse*, n°10.
- 1978, Le credo du psychanalyste, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°18, p.263-272.
- 1983, La mère morte, *in Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit, p.222-255.
- 1983, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit, 288 p.
- 1990, *La folie privée*, Paris, Gallimard, 494 p.
- 2000, La position phobique centrale, *Revue Française de psychanalyse*, 64/3, p.743-771.
- 2002, *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, 358 p.
- GREEN (A.) *et al.*, 1995, *Le négatif. Travail et pensée*, Bordeaux-le-Bouscat, L'esprit du temps, 244 p.

GUILLAUMIN (J.)

1974, Construction et réalité dans l'analyse, *in Revue Française de Psychanalyse*, tome 38, n°2-3.

1982, Le traumatisme et l'expérience des limites dans l'analyse, *in* Guillaumin (J.) (Dir.), *Quinze études psychanalytiques sur le temps, Traumatisme et après-coup*, Toulouse, Privat, p. 125-148.

1983, *Psyché. Etudes psychanalytiques sur la réalité psychique*, Paris, P.U.F., 338 p.

1985, Besoin de traumatisme et adolescence, *Adolescence*, Tome 3-1, p.127-137.

1987, Théorie du négatif ou pensée en négatif en psychanalyse, *in Entre blessure et cicatrice. Le destin du négatif dans la psychanalyse. « L'or d'Atalante »*, Seyssel, Champ-Vallon, 225 p.

GUILLAUMIN (J.) *et al.*, 1982, *Quinze études psychanalytiques sur le temps*, Paris, Privat, 238 p.

GUIMARAES (R.), 2004, *Plaidoyer pour une histoire et une clinique du trauma*, thèse de Doctorat de Psychologie et psychopathologie cliniques soutenue le 24 septembre 2004, Université Lumière Lyon 2, 388 p.

HAAG (G.)

1986, Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant, *Gruppo*, n°2, p.45-51.

1988, Aspects du transfert concernant l'introjection de l'enveloppe en situation analytique individuelle et groupale : duplication et dédoublement, introjection du double feuillet, *Gruppo*, n°4, p.71-84.

1995, Comment l'esprit vient au corps, *in* Lacroix (M.-B), Montmayrant (M.) *et al.*, *Les liens d'émerveillement. L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications*, Paris, Erès, p.273-279.

HANUS (M.) *et* STRAUSS (M.), 1989, Dora. Traumatismes sexuels et traumatismes narcissiques, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1305-1319.

HEIMANN (P.) *et al.*, 1950, *Le contre-transfert*, tr. fr., 1987, Paris, Navarin editeur, 141 p.

HELD (T.), 1988, La psychanalyse allemande et la question du traumatisme réel, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1419-1423.

HOCHMANN (J.) *et al.*, 1992, *Imitation, identification chez l'enfant autiste*, Paris, Bayard, 181 p.

HOUZEL (D.), 1988, Interprétation: métaphore ou analogie, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°1, p.159-173.

HURNI (M.) et STOLL (G.), 1997, Stratégies de l'incestualité, *Groupal*, n°3, p.27-36.

JACQUOT (J.P.), 1982, Traumatisme, interaction, symbolisation, *in Quinze études psychanalytiques sur le temps, op. cit.*, p.159-171.

JAITIN (R.), 2006, *Clinique de l'inceste fraternel*, Paris, Dunod, 167 p.

JANIN (C.)

1985, Le chaud et le froid: les logiques du traumatisme et leur gestion dans la cure psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, n°2, mars-avril 1995, p.667-677.

1987, Le traumatisme: entre hystérie et dépression. , *Bulletin de la S.P.P.*, n°12.

1988, Transfert, contre-transfert, supervision. Un thème et quatre variations, *Revue française de psychanalyse*, n°4.

1988, Les séductions de la réalité. Eléments pour une topique du traumatisme, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1451-1459.

1994, Tout analyser: quel cadre?, *Revue française de psychanalyse*, n°4, p.1047-1055.

1995, La réalité entre traumatisme et histoire, *Revue française de psychanalyse*, n°1, tome LIX, p. 115-131.

1995, Le réel, le perçu et l'halluciné, *Revue française de psychanalyse*, n°2, tome LIX., p.401-408.

1996, *Figures et destins du traumatisme*, Paris, P.U.F., Deuxième édition, 1999, 129 p.

1997, Intertransfert et analyse intertransférentielle, *Groupal*, n°3, p.191-198.

2005, Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme, *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.43-55.

KAES (R.)

1976, *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, 270 p.

1985, Affiliation-filiation., *Gruppo*, 1, p.23-46.

1986, Les organisateurs psychiques du groupe, *Gruppo*, 2, première partie, p.117-125.

1989, Les revenants du transfert, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 12, p.35-43.

1996, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 218 p.

1997, Intertransfert et analyse intertransférentielle, *Groupal 3*, L'incestuel, p. 191-198

2005, Sujet du groupe, sujet de l'inconscient. Emergences d'une question, intervention dans le cycle de quatre conférences du Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes, Lyon, 14 avril 2005

2007, *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*, Paris, Dunod, 239 p.

2009, *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod, 248 p.

KAES (R.) *et al.*,

1972, *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod, 281 p.

1996, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 218 p.

KELLEY-LAINE (K.), 2002, *Peter-Pan, la mère morte et la création du double pathologique*, Conférence en ligne de la S.P.P., p.1-6.

KHAN (M.),

1974, Le concept de trauma cumulatif, *in Le soi caché*, 1976, Paris, Gallimard, p.69-87.

1976, *Le soi caché*, Paris, Gallimard, 434 p.

1981, La main mauvaise, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°24, p. 5-51.

KESTENBERG (J.S.), BRENNER (I.), 1988, Le narcissisme comme moyen de survie, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1393-1408.

KLEIN (M.)

1947, *Essais de psychanalyse*, trad. Derrida (M.), Paris, Payot, 1968, 452 p.

1957, *Envie et gratitude*, tr. fr., Paris, Payot, 1968, 230 p.

KONICHECKIS (A.),

2001, Des sens aux sens, sensorialité et signification, in Boubli (M.), Konicheckis (A.) *et al.*, Clinique psychanalytique de la sensorialité, Paris, Dunod, p.125-155.

2004, Noyaux traumatiques précoces et transgénérationnalité, in Anzieu (A.), Gérard (C.) *et al.*, Traumatisme et contre-transfert, Paris, In press Editions, p.53-71.

2006, Subjectivation, vrai self et personnalisation, *La carnet PSY*, 2006/5 n°109, p.35-36.

2008, *De génération en génération : la subjectivation et les liens précoces*, Paris, P.U.F., 264 p.

2008, Noyaux traumatiques primaires, intervention au Colloque Abêbe, Rio, mai 2008.

LACOSTE (P.), 1987, Destins des pulsions, commentaires in Freud (S.), *Vue d'ensemble sur les névroses de transfert. Un essai métapsychologique*, tr. fr., 1986, Paris, Gallimard, p.165-210.

LAMOUR (M.) et BARRACO (M.), 1999, *L'observation du bébé, Méthodes et clinique*, Paris, Gaëtan Morin éditeur, 110 p.

LAPLANCHE (J.),

1970, *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, P.U.F., 2008, 194 p.

1980, *Problématiques III « La sublimation »*, Paris, P.U.F., 2008, 255 p.

1986, De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, *Etudes freudiennes*, n°27, mars 1986, p. 7-25.

1987, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, coll. Quadrige (avec un index général des Problématiques), n°174, Paris, P.U.F., 1994, 206 p.

1993, Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud, in *Problématiques VII*, Paris, P.U.F., 2006, 158 p.



- LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.B.),  
1964, *Fantasme originaire, fantasmes des origines, origines des fantasmes, Les temps modernes*, p.1833-1868.
- 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 523 p.
- LAVALLEE (G.),  
1995, Des « lanternes magiques » à « l'enveloppe visuelle du moi », *Revue française de psychanalyse*, 2, p.427-437.
- 1999, *L'enveloppe visuelle du moi, perception et hallucinatoire*, Paris, Dunod, 240 p.
- LAZAROVICI (R.), 2003, Matière de l'informe, *Penser/rêver*, n°4, p.55-67.
- LEBIGOT (F.), 1997, La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle, *Annales médico-psychologiques*, 155, 8, p.522-526.
- LEBIGOT (F.), DAMIANI (C.), MATHIEU (B.), 2001, Debriefing psychologique des victimes., in M. de Clercq, F.Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
- LEBOVICI (S.), 1990, L'identité du psychanalyste dans ses activités hors séance, *Revue française de psychanalyse*, n°5, p.1149-1665.
- LE GUEN (C.), 1990, L'idéologie, ce piège inconscient de l'inconscient, *Revue française de psychanalyse*, n°5, p.1243-1254.
- LEMAIGRE (B.), Le trauma, ébranlement du temps, *Revue française de psychanalyse*, n°4, tome LIX, p.1173-1186.
- LE POULICHET (S.), 2003, *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*, Paris, Flammarion, 124 p.
- LITTLE (M.), 1985, *Des états-limites. L'alliance thérapeutique*, tr. fr., Lonrai, Editions des Femmes, 1992, 591 p.
- LUSSIER (A.), 1995, L'objet et le rien, *Trans*, n°44, p.43-51.
- MAC DOUGALL (J.), 1989, *Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse*, tr. fr., Paris, Gallimard, 314 p.
- MALLARME (S.), 1895, *Igitur, Divagations, Un coup de dés*, Nouvelle édition annotée par Marchal (B.), 2003, Paris, Gallimard, 522 p.

- MAQUEDA (F.), 2003, Positions du clinicien face aux traumatismes intentionnels extrêmes, *Canal Psy, n° spécial dix ans*, p.53-57.
- MARTY (F.),
- 2001, La violence de l'adolescence : de l'événement traumatique à la névrose de l'adolescence, *in Marty (F.) et al., Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod, p.41-57.
- 2001, Traumatisme, une clinique renouvelée, *in Marty (F.) et al., Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod, p.1-13.
- MARTY (F.) *et al.*,
- 2001, *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod, 256 p.
- 2004, *Ce que souffrir veut dire*, Paris, In Press Editions, 216 p.
- 2008, *Les grands concepts de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, 289 p.
- MELLIER (D.), 2005, Emotion, attention et intersubjectivité, vers un nouveau paradigme ?, intervention au colloque international du C.R.P.P.C. : « L'expérience du bébé. Un modèle pour le soin », 4 et 5 mars 2005, Lyon, Université Lumière Lyon 2
- MELLIER (D.) *et al.*, 2001, *Observer un bébé : un soin*, Toulouse, Erès, 138 p.
- MELTZER (D.),
- 1992, *Le claustrium. Une exploration des phénomènes claustrophobiques*, tr. fr., Larmor-Plage, Editions du Hublot, 2005, 187 p.
- MELTZER (D.) et WILLIAMS (M.), 1988, *L'appréhension de la beauté. Le conflit esthétique. Son rôle dans le développement psychique, la violence, l'art*, tr. fr., Larmor-Plage, Editions du Hublot, 254 p.
- MOYANO (O.), 2001, Un espace pour la pensée, *Les cahiers du C.R.P.P.C.*, 2003, n°12, p.11-15.
- NACHT (M.), 1994, *A l'aise dans la barbarie. Essai sur le traumatisme et la pulsion de mort*, Paris, Grasset., 133 p.
- NATHAN (T.), 1986, Trauma et mémoire, *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, n°6, tome 1, p.7-18.
- NEYRAUT-SUTTERMAN (M.-T.), 1984, Télépathie, double, fantôme de meurtre, *Revue française de psychanalyse*, n°3, p.725-730.

PARADIS (B.), 1988, b - Leibniz : un monde unique et relatif, *Magazine littéraire*,  
Septembre 1988

PIAGET (J.), 1937, *La construction du réel chez l'enfant*, Paris, P.U.F., 2002, 126 p.

PIGOTT (C.),  
1997, Topique interactive, *Groupal*, n°3, p.205-215.  
2001, Représentant-incarnation, *Groupal*, n°8, p.192-200.  
2003, A propos de la notion de couple thérapeutique de Simone Decobert et Michel  
Soulé, *Groupal*, n°14, p.81-92.

POTAMIANOU (A.), 2001, *Le traumatique. Répétition et élaboration*, Paris, Dunod,  
164 p.

RABAIN (J.F.),  
1988, La mise en scène du trauma, *Revue française de psychanalyse*, n°6, p.1373-  
1389.  
2002, *Le maternel et la construction psychique chez Winnicott*, Conférence  
d'introduction à la psychanalyse de l'adulte, Conférence en ligne de la Société de  
Psychanalyse de Paris du 10 Octobre 2002, p.1-22.

RACAMIER (P.C.)  
1989, *Antoedipe et ses destins*, Paris, Apsygée.  
1991, Autour de l'inceste, *Gruppo*, n°7, Le familial et le sexué, Paris, Apsygée, p.49-  
65.  
1992, *Le génie des origines, Psychanalyse et psychoses*, Paris, Payot, 420 p.  
1994, *L'inceste et l'Incestuel*, Paris, Dunod, 2010, 174 p.

REVOL (E.) et FERRANT (A.), 2003, Le psychodrame psychanalytique, *Canal Psy*, n°  
spécial dix ans, p.15-21.

ROSENBLUM (R.), 2000, Peut-on mourir de dire? Sarah Kofman, Primo Lévi., *Revue  
française de psychanalyse*, 1, p.113-138.

ROSENTHAL (V.), 2005, *Formes, sens et développement : quelques aperçus de la  
microgenèse*, Communication en ligne, *Texto*, mars 2005 pour l'édition électronique,  
p.1-14.

ROSOLATO (G.)

1984, Le signifiant de démarcation et la communication non-verbale., *in Art et fantasme*, Seyssel, Champ Vallon, p.165-183.

1985, *Eléments de l'interprétation*, Paris, Gallimard, 338 p.

1999, *Les cinq axes de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 240 p.

ROTH (B.), 1994, *Dans le silence des mots. L'activité psychanalytique*, tr. fr., Paris, L'Harmattan, 175 p.

ROUART (J.), 1974, De l'après-coup traumatique de la séduction à l'après-coup constructif de l'analyse, *Revue française de psychanalyse*, Janv-fév. 1974, tome XXXVIII, p. 183-211.

ROUSSILLON (R.)

1974, L'aventure technique de Ferenczi, *in Sandor Ferenczi, Monographie de la revue française de psychanalyse*, vol. 38, n°4 à 6, p.103-105.

1988, Le traumatisme perdu, *Bulletin de la S.P.P.*, 12, p.26-38.

1991, *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, P.U.F. 258 p.

1995, *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, Paris, P.U.F., 245 p.

1995, La métapsychologie des processus et la transitionnalité. Rapport au LVème congrès des psychanalystes de langue française des pays romans, *Revue française de psychanalyse*, t.LIX, numéro spécial congrès, p.1351-1518.

1998, Le transitionnel et l'indéterminé, *in Chouvier (B.) et al., Les processus psychiques de la médiation*, p.62-80.

1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, P.U.F., 245 p.

2001, *Le plaisir et la répétition*, Paris, Dunod, 218 p.

2001, La fonction sémaphorisante du site analytique et des dispositifs-analysants, *Les cahiers du C.R.P.P.C.*, 2003, n°12, p.131-145.

2003, Le jeu et la symbolisation, Intervention au Congrès National de Psychanalyse Groupale et Familiale : « Le ludique et le familial », Paris, Samedi 4 octobre 2003.

2004, La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double, *Revue française de Psychanalyse*, LVIII, n°2, Paris, P.U.F, p.421-439.

2007, L'exploration psychanalytique « aux marges », intervention au deuxième colloque du Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes : Les nouvelles données pour la pratique psychanalytique, Lyon, 21/04/2007

2008, *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris, Dunod, 257 p.

ROUSSILLON (R.) *et al.*, 2007, *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, 702 p.

RUFFIOT (A.), 1991, Famille cherche scène primitive tolérable. , *Gruppo*, N°7, « Le familial et le sexué», Paris, Apsygée, p.99-114.

RUFFIOT (A.) *et al.*, 1981, *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod, Deuxième édition, 1982, 240 p.

SABOURIN (P.),

1992, Face à l'inceste, la thérapie familiale, pourquoi?, *in Les enfants victimes d'abus sexuels*, sous la dir. De Gabel (M.), Paris, P.U.F., p.213-225.

2007, Prise en charge de la violence incestueuse sur mineur, *Topique*, n°99, p.29-40.

SACCO (F.), 2001, Identification dans l'espace groupal du psychodrame analytique individuel à l'adolescence, *Groupal*, n°8, p.77-91.

SALEM (I.), 2001, Groupe, psychose et psychodrame, *Groupal*, n°8, p.92-101.

SAVIN (B.), 1995, Abord analytique groupal dans le traitement des délinquants sexuels, *in Le traumatisme de l'inceste*, sous la dir. De Gabel (M.), Lebovici (S.), Mazet (Ph.), Paris, P.U.F., p.223-238.

SCARFONE (D.), 1997, *Jean Laplanche*, Paris, P.U.F., 128 p.

SCHNEIDER (M.)

1980, *La parole et l'inceste*, Paris, Aubier Montaigne, 229 p.

1988, *Le trauma et la filiation paradoxale. De Freud à Ferenczi*, Paris, Ramsay, 363 p.

1992, *La part de l'ombre. Approche d'un trauma féminin*, Paris, Aubier, 226 p.

SOULIE (M.), 2001, La cothérapie, *Dialogue*, 154, p.67-72.

SPEZIALE-BAGLIACCA (R.), 1990, La capacité à contenir : notes sur la façon dont elle opère dans le changement psychique, *Revue française de psychanalyse*, n°5, Tome LIV, p.1305-1315.

STERN (D.N.)

1981, *Mère-enfant. Les premières relations*, Bruxelles, Mardaga., 196 p.

1992, *Journal d'un bébé*, Paris, Calmann-Lévy, 217 p.

1985, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, trad. fr., 1989, Paris, P.U.F., 381 p.

1998, *La naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob. (D. Stern et Nadia Braunschweig-stern), 238 p.

TISSERON (S.), 2003, Schèmes d'enveloppes et schèmes de transformation dans le fantasme et dans la cure, *in* Anzieu (D.), *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod, p.61-82.

TUSTIN (F.), 1986, *Le trou noir de la psyché*, tr. fr., 1989, Paris, Seuil, 275 p.

VACHERET (C.), 2001, L'articulation des espaces intrapsychique et intersubjectif dans la diffraction du transfert, *Les cahiers du C.R.P.P.C.*, 2003, n°12, p.87-97.

VARELA (F.), THOMPSON (E.), ROSCH (E.), 1993, *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expérience humaine*, Paris, Seuil, 378 p.

VIDERMAN (S.), 1970, *La construction de l'espace analytique*, Paris, Denoël, 350 p.

WAINRIB (S.), 2007, Un concept à revisiter, Intervention au congrès annuel du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale : « Le narcissisme et ses dérives », Paris, 20 et 21 octobre 2007.

WIDLÖCHER (D.),

1990, Le cas au singulier, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°42, p.285-301.

2007, Co-pensée et psychothérapie, intervention au deuxième colloque du Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes : Les nouvelles données pour la pratique psychanalytique, Lyon, 21/04/2007

WINNICOTT (D.W.)

1957, *L'enfant et sa famille. Les premières relations*, tr. fr., Paris, Payot, 1971, 214 p.

1957, *L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations*, tr. fr., Paris, Payot, 1972, 177 p.

1969, Entre la mère et l'infans : expérience de l'échange, *in* *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, 2000, p.177-189.

1971, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr. fr., Paris, Gallimard, 2000, 373 p.

1971, *La consultation thérapeutique et l'enfant*, tr. fr., Paris, Gallimard, 411 p.

ZAJDE (N.), 1998, Le traumatisme., in Nathan (T.) *et al.*, *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob, 327 p.

# Résumé de thèse

Cette thèse s'attache à dégager les effets spécifiques des expériences traumatiques de nature sexuelle, et plus largement à modéliser le déploiement de tout traumatisme. *L'infirmité traumatique* y est particulièrement mise en évidence dans la façon dont l'expérience est atteinte au-delà de son contenu dans sa substance, ses contours et sa forme.

Devant cette clinique de l'extrême où le patient se débat dans une économie le plus souvent paradoxale, le clinicien doit faire face à l'enchevêtrement des scènes traumatiques de l'histoire de son patient, d'un sujet n'abandonnant jamais véritablement le projet de configurer son expérience et de la situer topiquement.

On y trouve d'abord l'exposé des modèles et des issues les plus dynamiques pensés par la pensée psychanalytique, de son commencement aux propositions plus contemporaines.

Y sont ensuite envisagés, au milieu de l'errance des éléments de son trauma, les efforts du sujet pour figurer, circonscrire et situer une expérience ayant très largement dépassé ses capacités de représentation, efforts qui renseignent aussi sur les zones psychiques impactées. Sans négliger l'aspect destructeur de ce type d'expériences, la manière dont elles peuvent atomiser la vie psychique, cette thèse soutient l'idée d'un déploiement et d'une dynamique de l'économie traumatique, dynamique potentiellement organisatrice et de grande ampleur, oeuvrant le plus souvent en deça du langage.

Pour rendre compte à la fois des effets du traumatisme et de son appel à former l'expérience, il convient de penser une topique au sein de laquelle peuvent se jouer et l'errance des éléments psychiques et la façon dont ils sont attractés pour arriver à configurer l'expérience, la symboliser. Cette topique est représentable par un cylindre développable en rubans de Möbius, cylindre contenant l'identité du sujet et dans lequel des zones de plis figurent les points où la matière psychique se forme et se spatialise.

Ce cylindre où se joue l'expérience traumatique organisée en couple d'opposés, où se lisent également les efforts du sujet pour la circonscrire, n'est pensable que dans un modèle intersubjectif. Dans cette optique, et parce que l'économie traumatique impose plus que d'autres une réflexion sur le dispositif de soins et l'implication du thérapeute, on saisit mieux l'intérêt d'une double écoute (par deux psychologues cliniciens).



Une part importante de ce travail de recherche concerne l'étude de la congruence de cette « copensée » avec la nouvelle modélisation du traumatisme. A cette fin, les enjeux du regard, de la psychodramatisation et de la spatialisation de l'expérience comme bien entendu des capacités de contenance du dispositif en double écoute y sont particulièrement analysés, sans en sous-estimer les limites (d'une trop grande séduction par exemple).

Ce travail de recherche laisse une large place à la clinique par l'exposé de longues vignettes retraçant le récit d'expériences traumatiques de patients, en replaçant ce déploiement (parfois sur plus de dix ans) dans l'épaisseur des séances, des échanges et des interactions entre les deux psychologues et leur patient. Evidemment, les enjeux transféro-contre-transférentiels occupent une place importante dans cette dynamique.

En liant les aspects métapsychologiques et techniques de la modélisation de l'expérience traumatique proposée, on comprend par exemple à quel point la construction (et plus seulement l'interprétation) est utile, comment les signifiants formels (D. Anzieu) sont d'une grande pertinence pour lire le déploiement de l'expérience, comment les clivages fonctionnels (G. Bayle) facilitent la « communication traumatique ».

Dans une économie au climat rarement tempéré, les psychologues sont souvent malmenés et l'identification projective devient paradigme de l'échange traumatique. Véritables « attracteurs humains » de la forme en errance du trauma, les thérapeutes se trouvent souvent confrontés à des places et fonctions à la limite de leur position clinique.

Penser les traces de telles expériences oblige bien sûr à considérer la façon dont l'appareil psychique garde ou pas la mémoire de rencontres aussi peu subjectivées. En insistant toutefois sur les processus par lesquels la psyché conserve, transforme, déforme et réactive les traces des expériences traumatiques, on arrive aussi à comprendre comment la méthodologie psychanalytique parvient à garantir la question de l'humain et de son potentiel de transformation, cela même dans les expériences les plus désastreuses.

De même que le sujet ne peut se réduire à une victime, son expérience traumatique ne peut être traitée indépendamment de l'ensemble de la psyché, elle ne peut être « débriefée » ni évacuée aussi facilement que le socius pousse quelquefois à le faire. Bien au contraire, il est ici plutôt question de laisser se déployer les atteintes traumatiques en même temps que leur potentiel de mise en forme.

# Thesis summary

The present thesis focuses on finding out the specific effects of a sexually traumatic experience and more generally on modelling the broadening of any trauma. It especially discusses the notion of traumatic informity by which an experience is impacted not simply in terms of its content, but also in terms of its essence, outline, and shape.

Faced with these extreme clinical situations where the patient struggles in a most often paradoxical situation, the clinician must deal with the muddle of traumatic scenes characterizing his or her patient's background, when the latter never completely gives up configuring his or her experience and topically situating it.

Firstly, the present thesis exposes the various models of psychoanalytic thought along with the more dynamic solutions it offers, from its beginnings to more contemporary ideas.

Then, it moves on to examining the efforts made by the patient, amidst the wandering elements of his trauma, to represent, define, and situate an experience which is far beyond his representational abilities. Those efforts tell us about which psychic zones have been impacted. Neither overlooking the destructive dimension of such experiences, nor the way in which they may atomize one's mental life, the present thesis supports the idea of a broadening and dynamic aspect of the trauma economy, and supports that such a dynamic aspect has the potential to yield more organisation, is of major significance, and operates on a level which is beyond what language can express.

In order to unearth the effects of the trauma as well as its ability to shape the experience, it is necessary to imagine a topique at the core of which the wandering psychic elements as the way they are attracted to each other - in such a way as to configurate and symbolize the experience - are at stake. This topique can be represented as a cylinder which can be unfolded into Möbius strips, and it contains the patient's identity. The creases symbolize the places where psychic matter takes shape and broadens out.

This cylinder, where the traumatic experience is at stake in opposed pairs and where the patient's efforts to define it can be read, can only be envisioned as part of an intersubjective model. In this perspective, because traumatic economies necessitate pondering

on health care measures and on the therapist's level of engagement, it is easier for one to see how much more valuable a consultation with two clinical psychologists is.

A significant part of this research work involves the study of the congruity of this "co-thought" with the new way of modelling a trauma. To that purpose, what is at stake in the eyes, in the psychodramatization and in the spatialization as well as in the containing capacities of a consultation with two therapists is especially analysed without underestimating its limits.

This research work leaves much room for clinical practice through long accounts retracing the patients' history of traumatic experiences, as the two psychologists resituate the patient's trauma's broadening (sometimes over the course of ten years) during the intensity of the sessions, exchanges, and interactions. It is obvious that the issues of transference and countertransference hold a significant importance in this dynamic process.

When one combines the metapsychological and technical aspects of the modelization of traumatic experiences that has been put forward, one can understand why construction (and no longer just interpretation) is so useful, why it is so relevant to use formal signifiers (D. Anzieu) to read the broadening of an experience, and how functional divides (G. Bayle) facilitate "traumatic communication."

In a rarely temperate economic climate, psychologists are often given a rough time and so the projective identification becomes the paradigm of the traumatic exchange. As true "human attractors" of the wandering trauma's shape, therapists are often faced with positions and roles that are hardly in keeping with their role as clinicians.

Imagining the traces of such experiences inevitably forces us to consider looking at whether or not one's psychic apparatus keeps in memory such hardly subjectivized meetings. However, by insisting upon the processes through which the psyche retains, transforms, deforms, and reactivate the traces of traumatic experiences, one can also understand how psychoanalytic methodology is able to ensure that the human character and its potential for transformation exists, even in the case of the most disastrous experiences.

In the same way that the patient cannot be considered as a mere victim, his traumatic experience cannot be treated as independent from the whole psyche, it can be neither "debriefed" nor kicked out as easily as one's social habits sometimes demand it. On the contrary, this is more about letting traumatic impacts broaden at the same time as their potential for shape-taking.

# Index

---

## A

- ABRAHAM K. - 536 -  
ABRAHAM K. et TOROK M - 4 -, - 183 -, - 243 -, - 325 -, - 326 -, - 329 -, - 331 -, - 332 -, - 566 -, - 662 -, - 809 -  
Abyrne - 344 -, - 400 -, - 401 -, - 413 -, - 445 -, - 502 -, - 618 -, - 619 -, - 620 -, - 630 -, - 655 -, - 656 -, - 657 -, - 658 -, - 671 -, -  
756 -, - 757 -, - 758 -, - 764 -, - 782 -, - 846 -, - 870 -, - 882 -, - 883 -, - 932 -  
Accordage - 5 -, - 6 -, - 83 -, - 98 -, - 100 -, - 121 -, - 220 -, - 315 -, - 364 -, - 393 -, - 424 -, - 427 -, - 651 -, - 652 -, - 668 -, - 679 -,  
- 692 -, - 693 -, - 736 -, - 765 -, - 776 -, - 819 -, - 820 -, - 821 -, - 822 -, - 823 -, - 824 -, - 825 -, - 839 -, - 847 -, - 859 -, - 881 -,  
- 892 -, - 893 -, - 901 -, - 904 -, - 908 -, - 917 -, - 918 -  
Accordage affectif - 83 -, - 824 -  
Accordage esthétique - 652 -, - 823 -  
ALVAREZ A. - 26 -, - 113 -, - 264 -, - 672 -, - 673 -, - 690 -, - 737 -, - 787 -, - 788 -, - 800 -, - 804 -, - 814 -, - 815 -, - 828 -, - 926 -  
Analyse mutuelle - 216 -, - 226 -, - 232 -, - 233 -, - 234 -, - 235 -, - 285 -, - 368 -, - 439 -, - 610 -, - 621 -, - 660 -, - 671 -  
Analyse transitionnelle - 62 -, - 63 -, - 68 -, - 85 -, - 145 -, - 625 -, - 662 -, - 664 -, - 672 -, - 714 -, - 715 -, - 722 -, - 724 -, - 816 -,  
- 925 -  
Anneaux de Möbius - 4 -, - 52 -, - 216 -, - 296 -, - 322 -, - 429 -, - 444 -, - 454 -, - 458 -, - 459 -, - 462 -, - 463 -, - 466 -, - 467 -, -  
475 -, - 527 -, - 529 -, - 547 -, - 556 -, - 557 -, - 560 -, - 600 -, - 615 -, - 843 -, - 901 -, - 954 -, - 956 -  
ANZIEU D. - 11 -, - 30 -, - 47 -, - 55 -, - 62 -, - 63 -, - 64 -, - 76 -, - 85 -, - 86 -, - 88 -, - 145 -, - 220 -, - 267 -, - 431 -, - 440 -, - 448 -  
, - 598 -, - 599 -, - 600 -, - 606 -, - 614 -, - 634 -, - 635 -, - 637 -, - 638 -, - 640 -, - 641 -, - 642 -, - 652 -, - 662 -, - 664 -, - 670 -  
, - 672 -, - 676 -, - 687 -, - 688 -, - 714 -, - 715 -, - 718 -, - 722 -, - 723 -, - 724 -, - 760 -, - 773 -, - 774 -, - 788 -, - 802 -, - 803 -  
, - 805 -, - 806 -, - 816 -, - 817 -, - 872 -, - 876 -, - 901 -, - 902 -, - 909 -, - 910 -, - 925 -, - 937 -, - 946 -, - 952 -, - 955 -, - 957 -  
Après-coup - 4 -, - 7 -, - 8 -, - 40 -, - 52 -, - 73 -, - 128 -, - 153 -, - 155 -, - 188 -, - 191 -, - 195 -, - 200 -, - 227 -, - 249 -, - 250 -, -  
274 -, - 297 -, - 298 -, - 299 -, - 300 -, - 301 -, - 302 -, - 303 -, - 306 -, - 307 -, - 308 -, - 309 -, - 310 -, - 314 -, - 317 -, - 318 -, -  
334 -, - 335 -, - 336 -, - 346 -, - 356 -, - 359 -, - 362 -, - 365 -, - 368 -, - 424 -, - 425 -, - 441 -, - 442 -, - 471 -, - 476 -, - 505 -, -  
528 -, - 538 -, - 563 -, - 577 -, - 578 -, - 587 -, - 594 -, - 595 -, - 596 -, - 606 -, - 616 -, - 758 -, - 781 -, - 837 -, - 943 -, - 950 -  
Attention- 2 -, - 3 -, - 20 -, - 26 -, - 33 -, - 41 -, - 56 -, - 57 -, - 66 -, - 67 -, - 69 -, - 80 -, - 84 -, - 85 -, - 86 -, - 91 -, - 93 -, - 96 -, - 97  
, - 98 -, - 99 -, - 100 -, - 101 -, - 102 -, - 103 -, - 104 -, - 105 -, - 106 -, - 107 -, - 108 -, - 112 -, - 113 -, - 117 -, - 124 -, - 146 -  
, - 176 -, - 182 -, - 188 -, - 209 -, - 210 -, - 213 -, - 231 -, - 232 -, - 243 -, - 247 -, - 263 -, - 273 -, - 290 -, - 330 -, - 336 -, - 375 -  
, - 403 -, - 442 -, - 486 -, - 504 -, - 511 -, - 536 -, - 548 -, - 555 -, - 570 -, - 620 -, - 643 -, - 645 -, - 646 -, - 648 -, - 650 -, - 654 -  
, - 655 -, - 659 -, - 661 -, - 687 -, - 693 -, - 697 -, - 703 -, - 704 -, - 715 -, - 717 -, - 718 -, - 726 -, - 730 -, - 734 -, - 735 -, - 745 -  
, - 761 -, - 762 -, - 767 -, - 776 -, - 785 -, - 793 -, - 802 -, - 804 -, - 805 -, - 816 -, - 822 -, - 860 -, - 861 -, - 881 -, - 891 -, - 898 -  
, - 926 -, - 933 -, - 938 -, - 948 -  
Attracteur - 6 -, - 257 -, - 258 -, - 263 -, - 334 -, - 336 -, - 350 -, - 386 -, - 421 -, - 435 -, - 442 -, - 585 -, - 607 -, - 608 -, - 617 -, -  
674 -, - 791 -, - 799 -, - 800 -, - 831 -, - 832 -, - 833 -, - 834 -, - 835 -, - 836 -, - 837 -, - 838 -, - 843 -, - 844 -, - 918 -, - 928 -, -  
955 -  
Attraction - 6 -, - 73 -, - 83 -, - 334 -, - 336 -, - 393 -, - 420 -, - 426 -, - 454 -, - 584 -, - 696 -, - 700 -, - 734 -, - 784 -, - 801 -, - 809  
, - 811 -, - 812 -, - 813 -, - 819 -, - 831 -, - 835 -, - 836 -, - 837 -, - 838 -, - 839 -, - 840 -, - 842 -, - 876 -, - 879 -, - 884 -, - 887  
, - 917 -, - 919 -, - 920 -  
AULAGNIER P. - 12 -, - 48 -, - 49 -, - 72 -, - 76 -, - 211 -, - 260 -, - 619 -, - 632 -, - 635 -, - 637 -, - 640 -, - 867 -

---

## B

- BALIER C. - 70 -, - 242 -, - 344 -, - 345 -, - 400 -, - 401 -, - 412 -, - 413 -, - 434 -, - 445 -, - 502 -, - 618 -, - 619 -, - 620 -, - 630 -, -  
655 -, - 656 -, - 657 -, - 658 -, - 671 -, - 722 -, - 727 -, - 732 -, - 734 -, - 755 -, - 756 -, - 757 -, - 758 -, - 764 -, - 770 -, - 782 -, -  
846 -, - 870 -, - 882 -, - 883 -  
BAYLE G. - 374 -, - 526 -, - 546 -, - 553 -, - 650 -, - 667 -, - 849 -, - 850 -, - 851 -, - 852 -, - 855 -, - 919 -, - 955 -, - 957 -  
BERGER M. - 288 -, - 577 -, - 590 -, - 591 -, - 602 -, - 603 -, - 669 -, - 670 -, - 717 -, - 718 -

BION W.-R. - 32 -, - 48 -, - 55 -, - 62 -, - 76 -, - 93 -, - 97 -, - 98 -, - 99 -, - 104 -, - 105 -, - 106 -, - 107 -, - 108 -, - 113 -, - 132 -, - 137 -, - 189 -, - 220 -, - 222 -, - 260 -, - 265 -, - 276 -, - 376 -, - 404 -, - 484 -, - 502 -, - 544 -, - 738 -, - 787 -, - 788 -, - 789 -, - 793 -, - 802 -, - 803 -, - 804 -, - 807 -, - 826 -, - 828 -, - 830 -, - 865 -, - 885 -, - 891 -, - 911 -, - 918 -  
 Bloc-notes magique - 149 -, - 267 -, - 268 -, - 269 -, - 440 -, - 566 -, - 941 -  
 BOKANOWSKI T. - 53 -, - 153 -, - 164 -, - 214 -, - 218 -, - 223 -, - 227 -  
 BOTELLA C. et S. - 72 -, - 160 -, - 161 -, - 195 -, - 196 -, - 243 -, - 244 -, - 245 -, - 253 -, - 295 -, - 302 -, - 306 -, - 342 -, - 346 -, - 373 -, - 405 -, - 438 -, - 439 -, - 441 -, - 449 -, - 543 -, - 617 -, - 657 -, - 729 -, - 760 -, - 781 -, - 880 -, - 881 -

## C

CIAVALDINI A. - 376 -, - 377 -, - 434 -, - 889 -  
 CICCONE A. - 0 -, - 2 -, - 12 -, - 72 -, - 91 -, - 93 -, - 94 -, - 102 -, - 112 -, - 113 -, - 114 -, - 115 -, - 116 -, - 125 -, - 171 -, - 186 -, - 211 -, - 259 -, - 273 -, - 291 -, - 300 -, - 301 -, - 326 -, - 327 -, - 328 -, - 333 -, - 334 -, - 336 -, - 364 -, - 373 -, - 380 -, - 381 -, - 382 -, - 389 -, - 390 -, - 414 -, - 415 -, - 416 -, - 417 -, - 418 -, - 419 -, - 420 -, - 421 -, - 422 -, - 423 -, - 424 -, - 425 -, - 427 -, - 428 -, - 429 -, - 441 -, - 442 -, - 446 -, - 476 -, - 477 -, - 537 -, - 538 -, - 539 -, - 540 -, - 541 -, - 544 -, - 545 -, - 561 -, - 563 -, - 608 -, - 657 -, - 667 -, - 793 -, - 801 -, - 824 -, - 827 -, - 828 -, - 829 -, - 836 -, - 837 -, - 839 -, - 848 -, - 849 -, - 850 -, - 860 -, - 861 -, - 865 -, - 884 -, - 890 -, - 903 -, - 904 -, - 905 -, - 909 -, - 918 -, - 919 -  
 Climatologie - 44 -, - 60 -, - 104 -, - 220 -, - 444 -, - 568 -, - 780 -, - 869 -, - 919 -, - 923 -, - 927 -, - 928 -, - 955 -  
 Clivage au moi - 31 -, - 476 -, - 842 -  
 Clivage du moi - 216 -, - 281 -, - 605 -, - 942 -  
 Clivage fonctionnel - 6 -, - 371 -, - 526 -, - 546 -, - 547 -, - 553 -, - 650 -, - 667 -, - 758 -, - 819 -, - 844 -, - 848 -, - 849 -, - 850 -, - 851 -, - 852 -, - 853 -, - 854 -, - 855 -, - 861 -, - 919 -, - 932 -, - 955 -, - 968 -  
 Coexcitation libidinale - 4 -, - 89 -, - 207 -, - 357 -, - 370 -, - 375 -, - 376 -, - 379 -, - 386 -, - 443 -, - 538 -, - 703 -  
 Collapsus topique - 4 -, - 38 -, - 94 -, - 192 -, - 323 -, - 324 -, - 376 -, - 442 -, - 466 -, - 525 -, - 526 -, - 538 -, - 542 -, - 606 -, - 786 -, - 789 -, - 861 -, - 900 -  
 Confusion des langues - 204 -, - 213 -, - 214 -, - 219 -, - 227 -, - 517 -, - 681 -, - 704 -  
 Construction - 3 -, - 5 -, - 10 -, - 42 -, - 43 -, - 51 -, - 58 -, - 63 -, - 73 -, - 74 -, - 89 -, - 94 -, - 98 -, - 126 -, - 128 -, - 130 -, - 133 -, - 136 -, - 143 -, - 147 -, - 150 -, - 164 -, - 177 -, - 178 -, - 182 -, - 216 -, - 219 -, - 221 -, - 222 -, - 225 -, - 247 -, - 255 -, - 264 -, - 268 -, - 270 -, - 271 -, - 274 -, - 276 -, - 282 -, - 283 -, - 300 -, - 302 -, - 310 -, - 328 -, - 345 -, - 347 -, - 355 -, - 370 -, - 374 -, - 387 -, - 397 -, - 398 -, - 415 -, - 418 -, - 420 -, - 448 -, - 455 -, - 469 -, - 475 -, - 499 -, - 538 -, - 547 -, - 556 -, - 559 -, - 560 -, - 561 -, - 582 -, - 591 -, - 595 -, - 597 -, - 599 -, - 600 -, - 602 -, - 604 -, - 608 -, - 615 -, - 616 -, - 621 -, - 623 -, - 624 -, - 625 -, - 626 -, - 627 -, - 628 -, - 629 -, - 630 -, - 634 -, - 638 -, - 643 -, - 670 -, - 686 -, - 722 -, - 725 -, - 733 -, - 737 -, - 769 -, - 770 -, - 773 -, - 777 -, - 816 -, - 823 -, - 832 -, - 846 -, - 851 -, - 865 -, - 869 -, - 898 -, - 903 -, - 904 -, - 906 -, - 907 -, - 913 -, - 925 -, - 949 -, - 952 -, - 955 -, - 957 -  
 Contenance - 5 -, - 6 -, - 22 -, - 27 -, - 37 -, - 39 -, - 40 -, - 83 -, - 86 -, - 95 -, - 96 -, - 97 -, - 103 -, - 112 -, - 114 -, - 121 -, - 146 -, - 150 -, - 222 -, - 260 -, - 264 -, - 265 -, - 302 -, - 334 -, - 345 -, - 362 -, - 440 -, - 455 -, - 468 -, - 474 -, - 543 -, - 610 -, - 620 -, - 639 -, - 641 -, - 649 -, - 650 -, - 656 -, - 692 -, - 693 -, - 694 -, - 698 -, - 699 -, - 733 -, - 736 -, - 771 -, - 781 -, - 782 -, - 787 -, - 790 -, - 796 -, - 800 -, - 801 -, - 802 -, - 803 -, - 804 -, - 805 -, - 806 -, - 811 -, - 812 -, - 835 -, - 836 -, - 839 -, - 856 -, - 857 -, - 878 -, - 881 -, - 888 -, - 890 -, - 917 -, - 918 -, - 925 -, - 926 -, - 955 -  
 Contenant - 4 -, - 13 -, - 22 -, - 32 -, - 40 -, - 66 -, - 97 -, - 98 -, - 121 -, - 129 -, - 146 -, - 150 -, - 169 -, - 222 -, - 260 -, - 261 -, - 262 -, - 263 -, - 264 -, - 265 -, - 266 -, - 296 -, - 324 -, - 337 -, - 339 -, - 373 -, - 407 -, - 408 -, - 423 -, - 425 -, - 428 -, - 442 -, - 454 -, - 475 -, - 525 -, - 529 -, - 578 -, - 595 -, - 599 -, - 609 -, - 611 -, - 639 -, - 640 -, - 642 -, - 652 -, - 658 -, - 676 -, - 718 -, - 735 -, - 736 -, - 758 -, - 760 -, - 761 -, - 771 -, - 779 -, - 787 -, - 791 -, - 792 -, - 799 -, - 800 -, - 801 -, - 802 -, - 803 -, - 804 -, - 806 -, - 807 -, - 813 -, - 836 -, - 837 -, - 839 -, - 882 -, - 889 -, - 902 -, - 907 -, - 910 -, - 913 -, - 917 -, - 919 -, - 937 -, - 943 -, - 954 -  
 Continuité d'être - 4 -, - 472 -, - 479 -, - 551 -, - 603 -, - 841 -  
 Contre-transfert - 11 -, - 27 -, - 39 -, - 40 -, - 41 -, - 42 -, - 43 -, - 46 -, - 53 -, - 70 -, - 79 -, - 86 -, - 90 -, - 100 -, - 103 -, - 112 -, - 121 -, - 125 -, - 137 -, - 145 -, - 254 -, - 257 -, - 285 -, - 287 -, - 292 -, - 372 -, - 393 -, - 397 -, - 503 -, - 531 -, - 532 -, - 543 -, - 591 -, - 592 -, - 631 -, - 636 -, - 647 -, - 648 -, - 649 -, - 651 -, - 663 -, - 710 -, - 722 -, - 725 -, - 758 -, - 767 -, - 769 -, - 794 -, - 803 -, - 805 -, - 828 -, - 829 -, - 844 -, - 852 -, - 858 -, - 859 -, - 860 -, - 861 -, - 862 -, - 863 -, - 864 -, - 865 -, - 878 -, - 889 -, - 896 -, - 899 -, - 936 -, - 938 -, - 944 -, - 946 -  
 Copensée - 794 -, - 795 -, - 955 -  
 Cothérapie - 5 -, - 208 -, - 286 -, - 409 -, - 653 -, - 703 -, - 713 -, - 716 -, - 728 -, - 732 -, - 734 -, - 735 -, - 737 -, - 756 -, - 764 -, - 770 -, - 777 -, - 785 -, - 789 -, - 790 -, - 791 -, - 792 -, - 856 -, - 857 -, - 864 -, - 871 -, - 872 -, - 875 -, - 878 -, - 879 -, - 887 -, - 896 -, - 917 -, - 951 -  
 Crainte d'effondrement - 69 -, - 77 -, - 111 -, - 219 -, - 251 -, - 314 -, - 337 -, - 342 -, - 344 -, - 345 -, - 347 -, - 390 -, - 395 -, - 442 -, - 476 -, - 538 -, - 578 -, - 590 -, - 621 -, - 861 -, - 953 -  
 Culpabilité - 4 -, - 12 -, - 21 -, - 22 -, - 33 -, - 36 -, - 112 -, - 114 -, - 128 -, - 156 -, - 171 -, - 186 -, - 211 -, - 217 -, - 234 -, - 239 -, - 273 -, - 291 -, - 300 -, - 310 -, - 333 -, - 334 -, - 373 -, - 382 -, - 390 -, - 414 -, - 416 -, - 417 -, - 418 -, - 420 -, - 421 -, - 422 -, - 423 -, - 424 -, - 425 -, - 443 -, - 476 -, - 510 -, - 521 -, - 523 -, - 537 -, - 544 -, - 566 -, - 653 -, - 683 -, - 696 -, - 707 -, - 712 -, - 727 -, - 824 -, - 827 -, - 848 -, - 849 -, - 860 -, - 890 -, - 903 -, - 905 -, - 909 -, - 938 -

---

**D**

Débriefing - 129 -, - 149 -, - 156 -, - 169 -, - 172 -, - 173 -, - 174 -, - 175 -, - 176 -, - 177 -, - 184 -, - 265 -, - 282 -, - 336 -, - 437 -, - 580 -, - 673 -, - 734 -, - 796 -

Déformation - 79 -, - 80 -, - 87 -, - 88 -, - 120 -, - 123 -, - 223 -, - 273 -, - 351 -, - 406 -, - 429 -, - 462 -, - 463 -, - 465 -, - 466 -, - 468 -, - 546 -, - 547 -, - 557 -, - 558 -, - 560 -, - 633 -, - 635 -, - 636 -, - 637 -, - 849 -, - 928 -

Défusing - 437 -

DELEUZE G. - 450 -, - 451 -, - 474 -, - 487 -, - 493 -, - 560 -

Déploiement - 5 -, - 9 -, - 10 -, - 13 -, - 15 -, - 17 -, - 28 -, - 37 -, - 38 -, - 40 -, - 50 -, - 59 -, - 61 -, - 71 -, - 74 -, - 75 -, - 80 -, - 81 -, - 90 -, - 98 -, - 103 -, - 113 -, - 114 -, - 120 -, - 124 -, - 137 -, - 139 -, - 140 -, - 141 -, - 142 -, - 144 -, - 146 -, - 148 -, - 162 -, - 179 -, - 186 -, - 196 -, - 208 -, - 220 -, - 239 -, - 289 -, - 290 -, - 291 -, - 295 -, - 296 -, - 302 -, - 313 -, - 318 -, - 323 -, - 347 -, - 348 -, - 349 -, - 356 -, - 357 -, - 358 -, - 366 -, - 367 -, - 379 -, - 382 -, - 401 -, - 415 -, - 417 -, - 420 -, - 426 -, - 435 -, - 449 -, - 453 -, - 455 -, - 456 -, - 463 -, - 465 -, - 469 -, - 473 -, - 475 -, - 481 -, - 487 -, - 495 -, - 497 -, - 501 -, - 502 -, - 524 -, - 527 -, - 529 -, - 538 -, - 541 -, - 544 -, - 545 -, - 549 -, - 552 -, - 554 -, - 558 -, - 559 -, - 560 -, - 563 -, - 566 -, - 578 -, - 579 -, - 586 -, - 588 -, - 589 -, - 591 -, - 595 -, - 600 -, - 601 -, - 602 -, - 604 -, - 615 -, - 616 -, - 617 -, - 622 -, - 670 -, - 672 -, - 674 -, - 675 -, - 692 -, - 699 -, - 700 -, - 714 -, - 715 -, - 716 -, - 717 -, - 719 -, - 722 -, - 723 -, - 726 -, - 730 -, - 733 -, - 737 -, - 756 -, - 763 -, - 766 -, - 771 -, - 775 -, - 778 -, - 785 -, - 792 -, - 799 -, - 800 -, - 801 -, - 806 -, - 812 -, - 813 -, - 814 -, - 819 -, - 825 -, - 850 -, - 853 -, - 856 -, - 857 -, - 860 -, - 879 -, - 881 -, - 888 -, - 897 -, - 898 -, - 899 -, - 901 -, - 909 -, - 913 -, - 915 -, - 916 -, - 917 -, - 922 -, - 924 -, - 925 -, - 927 -, - 928 -, - 954 -, - 955 -

Diffraction - 83 -, - 146 -, - 434 -, - 435 -, - 502 -, - 550 -, - 653 -, - 698 -, - 701 -, - 704 -, - 737 -, - 738 -, - 750 -, - 752 -, - 782 -, - 789 -, - 798 -, - 807 -, - 808 -, - 810 -, - 839 -, - 853 -, - 857 -, - 864 -, - 879 -, - 898 -, - 952 -

Dispositif - 3 -, - 5 -, - 6 -, - 10 -, - 11 -, - 13 -, - 14 -, - 15 -, - 17 -, - 22 -, - 24 -, - 26 -, - 27 -, - 31 -, - 37 -, - 38 -, - 39 -, - 44 -, - 45 -, - 46 -, - 47 -, - 55 -, - 62 -, - 71 -, - 72 -, - 74 -, - 79 -, - 81 -, - 83 -, - 84 -, - 85 -, - 86 -, - 89 -, - 90 -, - 94 -, - 95 -, - 96 -, - 102 -, - 103 -, - 106 -, - 108 -, - 113 -, - 116 -, - 119 -, - 121 -, - 123 -, - 126 -, - 133 -, - 135 -, - 144 -, - 145 -, - 146 -, - 172 -, - 173 -, - 208 -, - 209 -, - 218 -, - 262 -, - 286 -, - 313 -, - 321 -, - 345 -, - 350 -, - 358 -, - 364 -, - 368 -, - 406 -, - 409 -, - 423 -, - 443 -, - 502 -, - 503 -, - 506 -, - 515 -, - 516 -, - 518 -, - 528 -, - 551 -, - 558 -, - 617 -, - 620 -, - 622 -, - 648 -, - 650 -, - 664 -, - 669 -, - 673 -, - 679 -, - 691 -, - 692 -, - 695 -, - 696 -, - 698 -, - 700 -, - 701 -, - 703 -, - 704 -, - 706 -, - 708 -, - 713 -, - 714 -, - 715 -, - 716 -, - 717 -, - 718 -, - 721 -, - 722 -, - 723 -, - 724 -, - 726 -, - 729 -, - 730 -, - 734 -, - 735 -, - 736 -, - 737 -, - 749 -, - 750 -, - 752 -, - 756 -, - 761 -, - 762 -, - 763 -, - 764 -, - 765 -, - 766 -, - 767 -, - 768 -, - 769 -, - 770 -, - 771 -, - 772 -, - 773 -, - 774 -, - 775 -, - 776 -, - 777 -, - 778 -, - 779 -, - 780 -, - 781 -, - 782 -, - 783 -, - 784 -, - 785 -, - 786 -, - 787 -, - 789 -, - 790 -, - 791 -, - 794 -, - 795 -, - 798 -, - 800 -, - 801 -, - 802 -, - 806 -, - 807 -, - 808 -, - 809 -, - 810 -, - 811 -, - 812 -, - 813 -, - 815 -, - 816 -, - 817 -, - 818 -, - 819 -, - 823 -, - 825 -, - 831 -, - 835 -, - 836 -, - 837 -, - 838 -, - 839 -, - 840 -, - 847 -, - 848 -, - 849 -, - 852 -, - 854 -, - 855 -, - 856 -, - 857 -, - 859 -, - 860 -, - 863 -, - 864 -, - 866 -, - 867 -, - 871 -, - 873 -, - 876 -, - 877 -, - 878 -, - 879 -, - 881 -, - 882 -, - 883 -, - 884 -, - 885 -, - 886 -, - 887 -, - 889 -, - 890 -, - 891 -, - 892 -, - 894 -, - 896 -, - 897 -, - 898 -, - 899 -, - 904 -, - 905 -, - 906 -, - 913 -, - 917 -, - 918 -, - 919 -, - 920 -, - 921 -, - 924 -, - 925 -, - 928 -, - 954 -, - 955 -, - 968 -

DONNET J.-L. - 33 -, - 54 -, - 86 -, - 90 -, - 127 -, - 128 -, - 136 -, - 138 -, - 254 -, - 290 -, - 409 -, - 543 -, - 626 -, - 627 -, - 720 -, - 721 -, - 780 -, - 781 -

Double - 5 -, - 6 -, - 10 -, - 11 -, - 13 -, - 14 -, - 15 -, - 24 -, - 26 -, - 31 -, - 39 -, - 44 -, - 46 -, - 50 -, - 53 -, - 55 -, - 71 -, - 72 -, - 74 -, - 75 -, - 81 -, - 83 -, - 86 -, - 87 -, - 94 -, - 101 -, - 102 -, - 103 -, - 108 -, - 109 -, - 113 -, - 116 -, - 119 -, - 121 -, - 126 -, - 135 -, - 139 -, - 146 -, - 158 -, - 164 -, - 189 -, - 202 -, - 206 -, - 207 -, - 208 -, - 222 -, - 245 -, - 247 -, - 267 -, - 269 -, - 276 -, - 290 -, - 293 -, - 318 -, - 320 -, - 321 -, - 337 -, - 349 -, - 350 -, - 352 -, - 353 -, - 358 -, - 364 -, - 368 -, - 369 -, - 372 -, - 402 -, - 405 -, - 406 -, - 409 -, - 423 -, - 429 -, - 432 -, - 440 -, - 443 -, - 465 -, - 466 -, - 472 -, - 481 -, - 490 -, - 519 -, - 543 -, - 546 -, - 559 -, - 565 -, - 566 -, - 576 -, - 598 -, - 611 -, - 631 -, - 636 -, - 639 -, - 648 -, - 651 -, - 652 -, - 657 -, - 672 -, - 682 -, - 691 -, - 692 -, - 693 -, - 696 -, - 704 -, - 714 -, - 715 -, - 716 -, - 717 -, - 718 -, - 719 -, - 726 -, - 729 -, - 730 -, - 733 -, - 735 -, - 738 -, - 749 -, - 756 -, - 762 -, - 763 -, - 765 -, - 766 -, - 768 -, - 769 -, - 770 -, - 776 -, - 777 -, - 778 -, - 779 -, - 780 -, - 781 -, - 782 -, - 783 -, - 784 -, - 786 -, - 787 -, - 790 -, - 791 -, - 795 -, - 796 -, - 798 -, - 799 -, - 800 -, - 801 -, - 803 -, - 808 -, - 809 -, - 811 -, - 812 -, - 815 -, - 818 -, - 819 -, - 820 -, - 821 -, - 822 -, - 823 -, - 825 -, - 835 -, - 836 -, - 838 -, - 839 -, - 840 -, - 845 -, - 846 -, - 847 -, - 848 -, - 849 -, - 852 -, - 854 -, - 855 -, - 857 -, - 859 -, - 871 -, - 872 -, - 873 -, - 875 -, - 876 -, - 877 -, - 878 -, - 879 -, - 880 -, - 881 -, - 882 -, - 883 -, - 884 -, - 887 -, - 889 -, - 890 -, - 891 -, - 892 -, - 896 -, - 897 -, - 899 -, - 904 -, - 905 -, - 917 -, - 918 -, - 919 -, - 920 -, - 921 -, - 924 -, - 925 -, - 927 -, - 931 -, - 934 -, - 943 -, - 945 -, - 949 -, - 951 -, - 954 -, - 955 -, - 968 -

Double écoute - 5 -, - 10 -, - 11 -, - 13 -, - 14 -, - 15 -, - 24 -, - 26 -, - 31 -, - 39 -, - 46 -, - 71 -, - 72 -, - 74 -, - 75 -, - 81 -, - 83 -, - 86 -, - 94 -, - 101 -, - 102 -, - 103 -, - 113 -, - 116 -, - 119 -, - 121 -, - 126 -, - 135 -, - 139 -, - 146 -, - 208 -, - 222 -, - 320 -, - 321 -, - 350 -, - 358 -, - 364 -, - 368 -, - 406 -, - 423 -, - 443 -, - 466 -, - 559 -, - 651 -, - 652 -, - 672 -, - 691 -, - 692 -, - 696 -, - 704 -, - 714 -, - 715 -, - 716 -, - 717 -, - 726 -, - 730 -, - 749 -, - 756 -, - 762 -, - 763 -, - 765 -, - 766 -, - 768 -, - 769 -, - 770 -, - 777 -, - 778 -, - 779 -, - 780 -, - 781 -, - 782 -, - 783 -, - 784 -, - 786 -, - 787 -, - 790 -, - 791 -, - 795 -, - 798 -, - 800 -, - 801 -, - 803 -, - 808 -, - 809 -, - 811 -, - 812 -, - 815 -, - 818 -, - 819 -, - 820 -, - 821 -, - 822 -, - 823 -, - 825 -, - 835 -, - 836 -, - 838 -, - 839 -, - 840 -, - 847 -, - 848 -, - 852 -, - 854 -, - 855 -, - 857 -, - 859 -, - 871 -, - 872 -, - 875 -, - 876 -, - 877 -, - 878 -, - 879 -, - 881 -, - 882 -, - 883 -, - 884 -, - 889 -, - 890 -, - 891 -, - 892 -, - 896 -, - 897 -, - 899 -, - 904 -, - 905 -, - 917 -, - 919 -, - 920 -, - 921 -, - 924 -, - 925 -, - 927 -, - 954 -, - 955 -, - 968 -

Dramatisation - 6 -, - 83 -, - 146 -, - 418 -, - 667 -, - 806 -, - 808 -, - 809 -

---

**E**

E.M.D.R. - 149 -, - 175 -, - 180 -, - 181 -, - 182 -, - 437 -  
Effraction - 79 -, - 152 -, - 153 -, - 161 -, - 162 -, - 219 -, - 309 -, - 352 -, - 359 -, - 506 -, - 639 -, - 908 -  
Empathie - 111 -, - 112 -, - 116 -, - 326 -, - 337 -, - 656 -, - 657 -, - 658 -, - 666 -, - 667 -, - 671 -, - 804 -  
Encapsulation- 4 -, - 210 -, - 325 -, - 357 -, - 364 -, - 385 -, - 386 -, - 388 -, - 391 -, - 392 -, - 395 -, - 396 -, - 443 -, - 477 -, - 478 -,  
- 479 -, - 501 -, - 842 -, - 912 -, - 923 -  
Encapsulation autistique - 4 -, - 210 -, - 225 -, - 325 -, - 357 -, - 364 -, - 373 -, - 385 -, - 386 -, - 387 -, - 388 -, - 389 -, - 390 -, -  
392 -, - 394 -, - 395 -, - 396 -, - 443 -, - 477 -, - 478 -, - 479 -, - 501 -, - 842 -, - 894 -, - 912 -, - 923 -  
Enfouissement - 5 -, - 300 -, - 348 -, - 349 -, - 384 -, - 390 -, - 428 -, - 429 -, - 487 -, - 545 -, - 547 -, - 561 -, - 849 -  
Etat de Stress Post Traumatique - 4 -, - 149 -, - 170 -, - 177 -, - 178 -, - 181 -, - 184 -, - 351 -, - 437 -, - 471 -  
Etats-limites - 26 -, - 31 -, - 34 -, - 51 -, - 53 -, - 55 -, - 56 -, - 58 -, - 63 -, - 259 -, - 339 -, - 388 -, - 399 -, - 400 -, - 542 -, - 543 -, -  
555 -, - 625 -, - 663 -, - 708 -, - 718 -, - 721 -, - 804 -, - 862 -, - 886 -, - 896 -, - 925 -, - 930 -, - 933 -, - 947 -

---

**F**

Face-à-face - 5 -, - 22 -, - 64 -, - 66 -, - 145 -, - 716 -, - 724 -, - 729 -, - 755 -, - 766 -, - 767 -, - 788 -, - 790 -, - 791 -, - 800 -, - 871  
-, - 913 -, - 917 -  
Fantasme de culpabilité - 4 -, - 328 -, - 416 -, - 417 -, - 420 -, - 422 -, - 423 -  
Fantasme de transmission - 416 -, - 417 -, - 419 -  
FERENCZI S. - 4 -, - 7 -, - 10 -, - 13 -, - 29 -, - 32 -, - 46 -, - 47 -, - 58 -, - 61 -, - 62 -, - 113 -, - 156 -, - 159 -, - 164 -, - 166 -, - 167 -,  
- 177 -, - 188 -, - 198 -, - 204 -, - 212 -, - 213 -, - 214 -, - 215 -, - 216 -, - 217 -, - 218 -, - 219 -, - 220 -, - 221 -, - 222 -, - 223 -,  
- 224 -, - 225 -, - 226 -, - 227 -, - 232 -, - 233 -, - 234 -, - 235 -, - 236 -, - 237 -, - 238 -, - 239 -, - 240 -, - 241 -, - 242 -, - 243 -,  
- 250 -, - 251 -, - 253 -, - 255 -, - 259 -, - 267 -, - 272 -, - 275 -, - 278 -, - 281 -, - 282 -, - 283 -, - 284 -, - 285 -, - 286 -, - 287 -,  
- 288 -, - 292 -, - 295 -, - 304 -, - 305 -, - 312 -, - 314 -, - 316 -, - 317 -, - 323 -, - 332 -, - 335 -, - 340 -, - 342 -, - 345 -, - 346 -,  
- 348 -, - 349 -, - 354 -, - 360 -, - 367 -, - 368 -, - 372 -, - 373 -, - 375 -, - 381 -, - 382 -, - 383 -, - 384 -, - 385 -, - 391 -, - 392 -,  
- 402 -, - 404 -, - 424 -, - 439 -, - 447 -, - 448 -, - 451 -, - 452 -, - 536 -, - 562 -, - 568 -, - 569 -, - 571 -, - 572 -, - 602 -, - 605 -,  
- 610 -, - 611 -, - 612 -, - 617 -, - 620 -, - 621 -, - 623 -, - 624 -, - 625 -, - 627 -, - 628 -, - 630 -, - 631 -, - 632 -, - 633 -, - 640 -,  
- 652 -, - 654 -, - 655 -, - 659 -, - 660 -, - 661 -, - 666 -, - 669 -, - 670 -, - 671 -, - 721 -, - 722 -, - 764 -, - 776 -, - 783 -, - 784 -,  
- 792 -, - 793 -, - 839 -, - 851 -, - 856 -, - 868 -, - 908 -, - 910 -, - 934 -, - 935 -, - 950 -, - 951 -  
Figurabilité- 12 -, - 59 -, - 60 -, - 62 -, - 72 -, - 78 -, - 97 -, - 195 -, - 244 -, - 247 -, - 248 -, - 250 -, - 251 -, - 253 -, - 355 -, - 406 -, -  
439 -, - 635 -, - 638 -, - 671 -, - 729 -, - 760 -, - 789 -, - 790 -, - 880 -, - 934 -  
Fixation - 4 -, - 123 -, - 152 -, - 167 -, - 168 -, - 169 -, - 223 -, - 238 -, - 245 -, - 274 -, - 299 -, - 355 -, - 359 -, - 360 -, - 363 -, - 365  
-, - 366 -, - 380 -, - 397 -, - 443 -, - 514 -, - 538 -, - 595 -, - 605 -, - 652 -, - 809 -, - 838 -, - 842 -, - 843 -  
Forme - 3 -, - 5 -, - 6 -, - 8 -, - 9 -, - 11 -, - 12 -, - 13 -, - 14 -, - 17 -, - 25 -, - 26 -, - 28 -, - 31 -, - 33 -, - 37 -, - 38 -, - 39 -, - 40 -, - 41  
-, - 44 -, - 45 -, - 47 -, - 48 -, - 49 -, - 50 -, - 51 -, - 52 -, - 56 -, - 58 -, - 59 -, - 60 -, - 67 -, - 71 -, - 72 -, - 73 -, - 74 -, - 75 -, - 76 -,  
-, - 77 -, - 78 -, - 79 -, - 80 -, - 81 -, - 86 -, - 87 -, - 88 -, - 89 -, - 91 -, - 93 -, - 96 -, - 98 -, - 99 -, - 100 -, - 101 -, - 102 -, - 105 -, -  
108 -, - 109 -, - 114 -, - 119 -, - 120 -, - 121 -, - 122 -, - 130 -, - 133 -, - 134 -, - 138 -, - 144 -, - 146 -, - 148 -, - 159 -, - 161 -, -  
169 -, - 175 -, - 185 -, - 189 -, - 192 -, - 195 -, - 212 -, - 215 -, - 216 -, - 217 -, - 219 -, - 222 -, - 223 -, - 244 -, - 245 -, - 247 -, -  
248 -, - 251 -, - 252 -, - 253 -, - 261 -, - 262 -, - 263 -, - 264 -, - 265 -, - 267 -, - 270 -, - 276 -, - 280 -, - 288 -, - 290 -, - 296 -, -  
298 -, - 301 -, - 302 -, - 304 -, - 306 -, - 310 -, - 313 -, - 324 -, - 330 -, - 334 -, - 335 -, - 336 -, - 342 -, - 345 -, - 347 -, - 348 -, -  
350 -, - 351 -, - 355 -, - 356 -, - 364 -, - 365 -, - 366 -, - 368 -, - 371 -, - 374 -, - 376 -, - 378 -, - 385 -, - 389 -, - 391 -, - 393 -, -  
396 -, - 397 -, - 398 -, - 406 -, - 407 -, - 420 -, - 421 -, - 425 -, - 434 -, - 435 -, - 439 -, - 440 -, - 441 -, - 442 -, - 444 -, - 445 -, -  
446 -, - 447 -, - 448 -, - 449 -, - 453 -, - 454 -, - 456 -, - 457 -, - 462 -, - 465 -, - 466 -, - 469 -, - 471 -, - 473 -, - 480 -, - 481 -, -  
485 -, - 486 -, - 492 -, - 495 -, - 496 -, - 497 -, - 499 -, - 501 -, - 502 -, - 535 -, - 536 -, - 543 -, - 547 -, - 557 -, - 558 -, - 559 -, -  
561 -, - 565 -, - 567 -, - 569 -, - 571 -, - 573 -, - 576 -, - 577 -, - 578 -, - 579 -, - 580 -, - 581 -, - 582 -, - 583 -, - 584 -, - 586 -, -  
587 -, - 588 -, - 589 -, - 591 -, - 592 -, - 595 -, - 600 -, - 601 -, - 602 -, - 603 -, - 604 -, - 607 -, - 608 -, - 609 -, - 612 -, - 613 -, -  
614 -, - 615 -, - 616 -, - 617 -, - 618 -, - 619 -, - 622 -, - 630 -, - 632 -, - 633 -, - 634 -, - 635 -, - 637 -, - 642 -, - 644 -, - 648 -, -  
649 -, - 651 -, - 652 -, - 653 -, - 656 -, - 662 -, - 669 -, - 670 -, - 671 -, - 675 -, - 688 -, - 689 -, - 692 -, - 694 -, - 715 -, - 717 -, -  
729 -, - 733 -, - 736 -, - 754 -, - 760 -, - 761 -, - 765 -, - 766 -, - 769 -, - 786 -, - 789 -, - 792 -, - 806 -, - 811 -, - 813 -, - 819 -, -  
820 -, - 822 -, - 827 -, - 828 -, - 831 -, - 832 -, - 833 -, - 837 -, - 839 -, - 841 -, - 843 -, - 844 -, - 845 -, - 846 -, - 850 -, - 860 -, -  
864 -, - 866 -, - 868 -, - 870 -, - 885 -, - 890 -, - 891 -, - 902 -, - 903 -, - 907 -, - 910 -, - 911 -, - 912 -, - 913 -, - 914 -, - 915 -, -  
916 -, - 918 -, - 919 -, - 920 -, - 921 -, - 922 -, - 925 -, - 926 -, - 930 -, - 954 -, - 955 -, - 967 -  
Fragmentation - 215 -, - 219 -, - 224 -, - 225 -, - 226 -, - 227 -, - 240 -, - 296 -, - 304 -, - 330 -, - 332 -, - 349 -, - 351 -, - 367 -, -  
368 -, - 373 -, - 383 -, - 384 -, - 391 -, - 424 -, - 439 -, - 447 -, - 448 -, - 452 -, - 483 -, - 611 -, - 614 -, - 624 -, - 625 -, - 629 -, -  
670 -, - 714 -, - 731 -, - 732 -, - 762 -, - 808 -, - 848 -, - 856 -, - 881 -, - 912 -, - 933 -, - 940 -  
FREUD S. - 3 -, - 7 -, - 8 -, - 9 -, - 13 -, - 28 -, - 29 -, - 36 -, - 37 -, - 46 -, - 75 -, - 79 -, - 88 -, - 89 -, - 106 -, - 108 -, - 113 -, - 114 -, -  
115 -, - 132 -, - 140 -, - 141 -, - 149 -, - 151 -, - 152 -, - 153 -, - 154 -, - 155 -, - 156 -, - 157 -, - 158 -, - 159 -, - 160 -, - 162 -, -  
163 -, - 164 -, - 165 -, - 166 -, - 167 -, - 168 -, - 169 -, - 170 -, - 178 -, - 184 -, - 185 -, - 188 -, - 191 -, - 192 -, - 193 -, - 194 -, -  
195 -, - 196 -, - 197 -, - 198 -, - 199 -, - 200 -, - 201 -, - 202 -, - 207 -, - 213 -, - 214 -, - 217 -, - 219 -, - 220 -, - 221 -, - 222 -, -  
227 -, - 228 -, - 229 -, - 233 -, - 234 -, - 235 -, - 236 -, - 237 -, - 239 -, - 240 -, - 241 -, - 242 -, - 243 -, - 248 -, - 249 -, - 250 -, -

252 -, - 253 -, - 256 -, - 260 -, - 267 -, - 268 -, - 270 -, - 272 -, - 273 -, - 274 -, - 275 -, - 276 -, - 277 -, - 278 -, - 280 -, - 281 -, -  
282 -, - 283 -, - 284 -, - 286 -, - 287 -, - 291 -, - 292 -, - 293 -, - 294 -, - 295 -, - 296 -, - 297 -, - 298 -, - 299 -, - 300 -, - 302 -, -  
303 -, - 305 -, - 307 -, - 308 -, - 310 -, - 311 -, - 312 -, - 313 -, - 314 -, - 317 -, - 323 -, - 326 -, - 327 -, - 332 -, - 335 -, - 339 -, -  
345 -, - 346 -, - 348 -, - 349 -, - 351 -, - 352 -, - 353 -, - 354 -, - 356 -, - 357 -, - 359 -, - 360 -, - 361 -, - 362 -, - 363 -, - 364 -, -  
365 -, - 368 -, - 369 -, - 370 -, - 371 -, - 372 -, - 375 -, - 376 -, - 379 -, - 380 -, - 381 -, - 382 -, - 384 -, - 397 -, - 398 -, - 400 -, -  
403 -, - 428 -, - 431 -, - 433 -, - 437 -, - 438 -, - 439 -, - 440 -, - 441 -, - 449 -, - 452 -, - 457 -, - 471 -, - 472 -, - 476 -, - 486 -, -  
487 -, - 511 -, - 526 -, - 531 -, - 532 -, - 533 -, - 534 -, - 535 -, - 536 -, - 537 -, - 552 -, - 561 -, - 563 -, - 564 -, - 565 -, - 566 -, -  
567 -, - 568 -, - 572 -, - 573 -, - 574 -, - 575 -, - 576 -, - 577 -, - 578 -, - 580 -, - 581 -, - 582 -, - 583 -, - 586 -, - 587 -, - 588 -, -  
592 -, - 593 -, - 594 -, - 597 -, - 598 -, - 602 -, - 603 -, - 604 -, - 605 -, - 606 -, - 608 -, - 611 -, - 612 -, - 613 -, - 614 -, - 616 -, -  
619 -, - 620 -, - 621 -, - 622 -, - 623 -, - 626 -, - 628 -, - 629 -, - 630 -, - 633 -, - 634 -, - 655 -, - 661 -, - 668 -, - 669 -, - 670 -, -  
673 -, - 682 -, - 714 -, - 716 -, - 717 -, - 718 -, - 728 -, - 767 -, - 768 -, - 770 -, - 779 -, - 780 -, - 783 -, - 784 -, - 787 -, - 792 -, -  
793 -, - 794 -, - 808 -, - 837 -, - 838 -, - 842 -, - 855 -, - 859 -, - 880 -, - 883 -, - 896 -, - 903 -, - 908 -, - 912 -, - 925 -, - 934 -, -  
938 -, - 946 -, - 947 -, - 951 -, - 967 -

Fueros

- 13 -, - 374 -, - 563 -, - 582 -, - 583 -, - 669 -, - 903 -

---

## G

GARLAND C. - 36 -, - 43 -, - 150 -, - 191 -, - 249 -, - 261 -, - 262 -, - 264 -, - 265 -, - 301 -, - 334 -, - 336 -, - 342 -, - 421 -, - 440 -, -  
441 -, - 474 -, - 500 -, - 563 -, - 578 -, - 608 -, - 642 -, - 716 -, - 727 -, - 731 -, - 736 -, - 790 -, - 800 -, - 803 -, - 837 -

Gel de l'expérience

- 4 -, - 385 -

GREEN A. - 32 -, - 33 -, - 49 -, - 52 -, - 54 -, - 59 -, - 69 -, - 72 -, - 76 -, - 86 -, - 90 -, - 94 -, - 113 -, - 116 -, - 123 -, - 127 -, - 128 -, -  
136 -, - 138 -, - 205 -, - 206 -, - 207 -, - 209 -, - 210 -, - 243 -, - 247 -, - 254 -, - 255 -, - 256 -, - 275 -, - 290 -, - 304 -, - 315 -, -  
324 -, - 342 -, - 346 -, - 373 -, - 399 -, - 400 -, - 401 -, - 403 -, - 406 -, - 438 -, - 439 -, - 525 -, - 538 -, - 543 -, - 549 -, - 550 -, -  
562 -, - 579 -, - 613 -, - 626 -, - 630 -, - 665 -, - 666 -, - 754 -, - 759 -, - 760 -, - 799 -, - 800 -, - 810 -, - 829 -, - 927 -

GUILLAUMIN J. - 254 -, - 281 -, - 406 -, - 429 -, - 438 -, - 439 -, - 476 -, - 578 -, - 591 -, - 592 -, - 610 -, - 722 -, - 838 -, - 862 -, -  
863 -, - 878 -

---

## H

Hallucination négative - 4 -, - 401 -, - 402 -, - 403 -, - 404 -, - 405 -, - 406 -, - 407 -, - 408 -, - 409 -, - 410 -, - 411 -, - 412 -, - 413  
-, - 443 -, - 626 -, - 658 -, - 765 -, - 781 -, - 783 -, - 872 -

Honte- 4 -, - 20 -, - 138 -, - 164 -, - 259 -, - 310 -, - 325 -, - 333 -, - 334 -, - 374 -, - 390 -, - 414 -, - 420 -, - 421 -, - 424 -, - 425 -, -  
426 -, - 427 -, - 428 -, - 429 -, - 430 -, - 443 -, - 446 -, - 476 -, - 510 -, - 539 -, - 540 -, - 541 -, - 544 -, - 545 -, - 546 -, - 561 -, -  
662 -, - 663 -, - 667 -, - 688 -, - 700 -, - 707 -, - 710 -, - 849 -, - 858 -

HOUZEL D. - 102 -, - 114 -, - 169 -, - 551 -, - 652 -, - 836 -, - 839 -, - 919 -

---

## I

Identification à l'agresseur - 4 -, - 208 -, - 345 -, - 380 -, - 381 -, - 382 -, - 384 -, - 660 -

Identification endocryptique - 4 -, - 325 -, - 326 -, - 327 -, - 328 -, - 442 -

Identification projective - 6 -, - 40 -, - 43 -, - 45 -, - 53 -, - 66 -, - 71 -, - 106 -, - 121 -, - 123 -, - 220 -, - 255 -, - 261 -, - 270 -, -  
326 -, - 373 -, - 382 -, - 383 -, - 389 -, - 394 -, - 415 -, - 418 -, - 419 -, - 649 -, - 658 -, - 661 -, - 671 -, - 687 -, - 690 -, - 710 -, -  
759 -, - 793 -, - 816 -, - 824 -, - 825 -, - 826 -, - 828 -, - 829 -, - 830 -, - 844 -, - 852 -, - 855 -, - 862 -, - 872 -, - 918 -, - 955 -

Identité du sujet - 257 -, - 271 -, - 326 -, - 328 -, - 473 -, - 474 -, - 477 -, - 481 -, - 484 -, - 549 -, - 551 -, - 603 -, - 791 -, - 792 -, -  
954 -

Implication- 3 -, - 5 -, - 42 -, - 63 -, - 104 -, - 108 -, - 112 -, - 113 -, - 137 -, - 145 -, - 146 -, - 164 -, - 279 -, - 569 -, - 653 -, - 654 -, -  
655 -, - 656 -, - 657 -, - 659 -, - 661 -, - 664 -, - 667 -, - 671 -, - 839 -, - 866 -, - 906 -, - 920 -, - 954 -

Inceste- 18 -, - 21 -, - 28 -, - 126 -, - 127 -, - 133 -, - 148 -, - 155 -, - 183 -, - 242 -, - 289 -, - 326 -, - 362 -, - 427 -, - 632 -, - 663 -, -  
682 -, - 683 -, - 685 -, - 703 -, - 706 -, - 744 -, - 751 -, - 786 -, - 932 -, - 933 -, - 937 -, - 944 -, - 949 -, - 951 -, - 967 -, - 968 -

Incestuel - 40 -, - 44 -, - 683 -, - 747 -, - 774 -, - 811 -, - 879 -, - 935 -, - 937 -, - 945 -

Indécidabilité- 4 -, - 149 -, - 204 -, - 246 -, - 266 -, - 267 -, - 268 -, - 269 -, - 270 -, - 271 -, - 276 -, - 277 -, - 291 -, - 323 -, - 440 -, -  
466 -, - 476 -, - 524 -, - 538 -, - 769 -, - 770 -, - 789 -, - 790 -, - 798 -, - 862 -, - 938 -

Informe - 3 -, - 39 -, - 41 -, - 51 -, - 58 -, - 78 -, - 79 -, - 86 -, - 99 -, - 106 -, - 107 -, - 119 -, - 120 -, - 121 -, - 146 -, - 388 -, - 406 -, -  
556 -, - 557 -, - 558 -, - 580 -, - 584 -, - 712 -, - 748 -, - 812 -, - 813 -, - 817 -, - 830 -, - 849 -, - 882 -, - 911 -, - 928 -, - 937 -, -  
939 -, - 947 -

Informité- 0 -, - 5 -, - 13 -, - 14 -, - 15 -, - 51 -, - 72 -, - 73 -, - 75 -, - 77 -, - 80 -, - 81 -, - 82 -, - 119 -, - 120 -, - 121 -, - 122 -, - 142  
-, - 145 -, - 146 -, - 248 -, - 252 -, - 264 -, - 273 -, - 306 -, - 366 -, - 374 -, - 388 -, - 396 -, - 406 -, - 446 -, - 448 -, - 449 -, - 454  
-, - 457 -, - 462 -, - 463 -, - 465 -, - 472 -, - 475 -, - 485 -, - 486 -, - 492 -, - 499 -, - 501 -, - 502 -, - 527 -, - 529 -, - 547 -, - 550  
-, - 556 -, - 558 -, - 560 -, - 561 -, - 586 -, - 588 -, - 589 -, - 595 -, - 600 -, - 602 -, - 609 -, - 615 -, - 616 -, - 620 -, - 634 -, - 640



- , - 642 -, - 671 -, - 715 -, - 717 -, - 722 -, - 723 -, - 724 -, - 730 -, - 731 -, - 733 -, - 734 -, - 736 -, - 737 -, - 762 -, - 763 -, - 771  
-, - 782 -, - 792 -, - 795 -, - 796 -, - 797 -, - 798 -, - 799 -, - 800 -, - 801 -, - 803 -, - 808 -, - 809 -, - 812 -, - 813 -, - 817 -, - 825  
-, - 830 -, - 831 -, - 836 -, - 837 -, - 839 -, - 840 -, - 851 -, - 855 -, - 860 -, - 866 -, - 869 -, - 877 -, - 879 -, - 881 -, - 882 -, - 884  
-, - 887 -, - 897 -, - 898 -, - 899 -, - 901 -, - 902 -, - 903 -, - 905 -, - 907 -, - 908 -, - 911 -, - 913 -, - 918 -, - 919 -, - 921 -, - 923  
-, - 924 -, - 925 -, - 927 -, - 928 -, - 929 -, - 954 -, - 968 -  
Inscription traumatique - 5 -, - 150 -, - 267 -, - 269 -, - 275 -, - 291 -, - 313 -, - 441 -, - 586 -, - 593 -, - 604 -, - 669 -  
Interaction - 41 -, - 63 -, - 92 -, - 101 -, - 145 -, - 202 -, - 213 -, - 216 -, - 218 -, - 222 -, - 230 -, - 235 -, - 241 -, - 247 -, - 376 -, -  
439 -, - 471 -, - 649 -, - 659 -, - 661 -, - 667 -, - 671 -, - 673 -, - 714 -, - 715 -, - 773 -, - 807 -, - 823 -, - 827 -, - 860 -, - 863 -, -  
866 -, - 869 -, - 870 -, - 882 -, - 890 -, - 918 -, - 920 -, - 944 -  
Interprétation - 5 -, - 28 -, - 31 -, - 49 -, - 52 -, - 53 -, - 60 -, - 63 -, - 64 -, - 66 -, - 72 -, - 84 -, - 85 -, - 86 -, - 91 -, - 93 -, - 94 -, - 97  
-, - 98 -, - 100 -, - 107 -, - 112 -, - 113 -, - 117 -, - 128 -, - 137 -, - 138 -, - 145 -, - 158 -, - 185 -, - 199 -, - 211 -, - 221 -, - 233 -,  
- 239 -, - 249 -, - 260 -, - 264 -, - 267 -, - 270 -, - 275 -, - 291 -, - 307 -, - 309 -, - 310 -, - 313 -, - 339 -, - 345 -, - 467 -, - 502 -,  
- 510 -, - 512 -, - 513 -, - 531 -, - 535 -, - 567 -, - 574 -, - 578 -, - 580 -, - 587 -, - 589 -, - 592 -, - 620 -, - 621 -, - 625 -, - 626 -,  
- 627 -, - 628 -, - 629 -, - 632 -, - 636 -, - 637 -, - 638 -, - 640 -, - 652 -, - 653 -, - 660 -, - 661 -, - 665 -, - 666 -, - 670 -, - 689 -,  
- 695 -, - 718 -, - 735 -, - 749 -, - 770 -, - 780 -, - 794 -, - 799 -, - 803 -, - 814 -, - 816 -, - 827 -, - 847 -, - 858 -, - 865 -, - 869 -,  
- 874 -, - 878 -, - 891 -, - 910 -, - 925 -, - 931 -, - 933 -, - 934 -, - 939 -, - 940 -, - 950 -, - 955 -  
Intertransfert - 771 -, - 839 -, - 854 -, - 857 -, - 858 -, - 864 -, - 896 -, - 920 -, - 937 -

---

## J

JANIN C. - 94 -, - 149 -, - 152 -, - 187 -, - 192 -, - 212 -, - 216 -, - 257 -, - 271 -, - 272 -, - 283 -, - 289 -, - 308 -, - 313 -, - 317 -, -  
318 -, - 322 -, - 323 -, - 324 -, - 346 -, - 356 -, - 362 -, - 368 -, - 376 -, - 412 -, - 439 -, - 440 -, - 441 -, - 476 -, - 525 -, - 538 -, -  
542 -, - 578 -, - 606 -, - 608 -, - 617 -, - 667 -, - 768 -, - 789 -, - 830 -

---

## K

KAËS R. - 62 -, - 63 -, - 74 -, - 145 -, - 415 -, - 417 -, - 777 -, - 778 -, - 788 -, - 793 -, - 802 -, - 808 -, - 856 -, - 858 -, - 859 -, - 864 -,  
- 865 -, - 867 -, - 868 -, - 877 -, - 891 -, - 892 -, - 893 -, - 895 -, - 896 -, - 920 -  
KHAN M. - 314 -, - 315 -, - 316 -, - 343 -, - 441 -  
KONICHECKIS A. - 25 -, - 480 -, - 481 -, - 482 -, - 483 -, - 564 -, - 565 -, - 791 -, - 840 -, - 841 -, - 842 -, - 843 -, - 844 -, - 845 -, -  
946 -

---

## L

LAPLANCHE J. - 197 -, - 198 -, - 199 -, - 200 -, - 201 -, - 202 -, - 203 -, - 204 -, - 211 -, - 227 -, - 260 -, - 308 -, - 384 -, - 385 -, -  
438 -, - 780 -, - 885 -, - 887 -, - 941 -, - 951 -  
LAVALLEE G. - 399 -, - 407 -, - 408 -, - 409 -, - 410 -, - 412 -, - 757 -, - 759 -, - 760 -, - 761 -, - 762 -, - 763 -, - 764 -  
LE POULICHET S. - 78 -, - 79 -, - 80 -, - 556 -, - 557 -, - 812 -, - 813 -, - 817 -  
LEIBNIZ G.-W. - 202 -, - 465 -, - 474 -, - 487 -, - 488 -, - 489 -, - 490 -, - 491 -, - 492 -, - 493 -, - 494 -, - 495 -, - 496 -, - 497 -, -  
498 -, - 499 -, - 561 -, - 938 -, - 949 -  
LITTLE M. - 286 -, - 339 -, - 625 -, - 664 -, - 665 -, - 719 -, - 804 -, - 862 -, - 863 -, - 885 -, - 886 -

---

## M

MARTY F. - 8 -, - 149 -, - 177 -, - 184 -, - 204 -, - 299 -, - 308 -, - 309 -, - 310 -, - 352 -, - 359 -, - 434 -, - 445 -, - 524 -, - 631 -, -  
716 -, - 719 -, - 720 -, - 725 -, - 758 -, - 856 -, - 868 -, - 869 -, - 900 -, - 922 -, - 923 -, - 948 -  
MARTY P. - 259 -, - 348 -, - 365 -, - 366 -, - 393 -, - 553 -, - 568 -, - 569 -, - 570 -, - 597 -, - 607 -, - 669 -  
MELTZER D. - 65 -, - 169 -, - 204 -, - 544 -, - 548 -, - 549 -, - 561 -, - 625 -, - 708 -, - 761 -, - 826 -, - 827 -, - 836 -, - 904 -, - 918 -  
Mémoire - 3 -, - 5 -, - 18 -, - 21 -, - 37 -, - 39 -, - 58 -, - 74 -, - 87 -, - 88 -, - 107 -, - 108 -, - 137 -, - 162 -, - 168 -, - 172 -, - 181 -, -  
187 -, - 215 -, - 250 -, - 257 -, - 273 -, - 285 -, - 286 -, - 305 -, - 306 -, - 310 -, - 336 -, - 346 -, - 354 -, - 355 -, - 407 -, - 424 -, -  
425 -, - 435 -, - 507 -, - 508 -, - 512 -, - 528 -, - 562 -, - 563 -, - 565 -, - 566 -, - 568 -, - 571 -, - 572 -, - 574 -, - 575 -, - 576 -, -  
578 -, - 580 -, - 581 -, - 582 -, - 583 -, - 584 -, - 586 -, - 587 -, - 588 -, - 589 -, - 593 -, - 597 -, - 598 -, - 612 -, - 631 -, - 635 -, -  
647 -, - 669 -, - 671 -, - 685 -, - 691 -, - 837 -, - 866 -, - 903 -, - 913 -, - 925 -, - 948 -, - 955 -  
Métapsychologie - 5 -, - 11 -, - 73 -, - 74 -, - 79 -, - 115 -, - 167 -, - 189 -, - 190 -, - 193 -, - 221 -, - 278 -, - 280 -, - 287 -, - 323 -, -  
347 -, - 371 -, - 471 -, - 554 -, - 573 -, - 593 -, - 601 -, - 604 -, - 605 -, - 608 -, - 612 -, - 668 -, - 669 -, - 670 -, - 714 -, - 837 -, -  
867 -, - 892 -, - 911 -, - 920 -, - 950 -  
Möbius - 444 -, - 454 -, - 458 -, - 459 -, - 463 -, - 466 -, - 467 -, - 475 -, - 527 -, - 529 -, - 547 -, - 556 -, - 557 -, - 600 -, - 615 -, -  
843 -, - 901 -, - 954 -, - 956 -

---

## N

Négativité- 4 -, - 34 -, - 46 -, - 72 -, - 116 -, - 118 -, - 145 -, - 150 -, - 160 -, - 161 -, - 188 -, - 226 -, - 243 -, - 244 -, - 245 -, - 247 -, - 248 -, - 249 -, - 250 -, - 251 -, - 252 -, - 253 -, - 254 -, - 255 -, - 256 -, - 257 -, - 258 -, - 259 -, - 304 -, - 315 -, - 326 -, - 328 -, - 342 -, - 345 -, - 346 -, - 353 -, - 359 -, - 373 -, - 386 -, - 400 -, - 401 -, - 402 -, - 403 -, - 404 -, - 405 -, - 406 -, - 407 -, - 408 -, - 409 -, - 410 -, - 411 -, - 412 -, - 413 -, - 439 -, - 440 -, - 441 -, - 443 -, - 455 -, - 471 -, - 536 -, - 549 -, - 550 -, - 562 -, - 570 -, - 571 -, - 608 -, - 626 -, - 655 -, - 658 -, - 688 -, - 720 -, - 760 -, - 761 -, - 763 -, - 764 -, - 765 -, - 767 -, - 781 -, - 783 -, - 801 -, - 803 -, - 838 -, - 842 -, - 843 -, - 844 -, - 857 -, - 872 -, - 893 -, - 912 -, - 926 -, - 943 -

Névrose traumatique- 4 -, - 161 -, - 179 -, - 192 -, - 193 -, - 194 -, - 195 -, - 196 -, - 243 -, - 244 -, - 250 -, - 252 -, - 253 -, - 299 -, - 304 -, - 330 -, - 331 -, - 355 -, - 358 -, - 449 -, - 781 -, - 841 -, - 947 -

Nourrisson savant - 218 -, - 227 -, - 383 -, - 660 -, - 851 -, - 908 -

Noyau traumatique précoce - 482 -, - 840 -, - 841 -, - 842 -, - 946 -

Noyaux chaud et froid du traumatisme - 308 -, - 317 -, - 319 -, - 320 -, - 321 -, - 322 -, - 323 -, - 346 -, - 362 -, - 441 -, - 578 -, - 617 -

---

## O

Observation - 3 -, - 55 -, - 74 -, - 80 -, - 86 -, - 88 -, - 90 -, - 91 -, - 92 -, - 93 -, - 94 -, - 97 -, - 100 -, - 101 -, - 102 -, - 103 -, - 104 -, - 108 -, - 112 -, - 117 -, - 119 -, - 120 -, - 124 -, - 125 -, - 129 -, - 134 -, - 142 -, - 143 -, - 146 -, - 170 -, - 196 -, - 199 -, - 200 -, - 227 -, - 234 -, - 276 -, - 279 -, - 280 -, - 296 -, - 303 -, - 329 -, - 335 -, - 338 -, - 344 -, - 355 -, - 361 -, - 386 -, - 392 -, - 408 -, - 585 -, - 608 -, - 633 -, - 640 -, - 735 -, - 768 -, - 775 -, - 833 -, - 860 -, - 912 -, - 935 -, - 936 -, - 943 -, - 946 -

---

## P

Paradoxe - 3 -, - 10 -, - 12 -, - 27 -, - 29 -, - 30 -, - 31 -, - 32 -, - 33 -, - 34 -, - 36 -, - 44 -, - 53 -, - 54 -, - 59 -, - 62 -, - 83 -, - 107 -, - 119 -, - 120 -, - 121 -, - 131 -, - 143 -, - 144 -, - 146 -, - 156 -, - 187 -, - 189 -, - 257 -, - 258 -, - 259 -, - 260 -, - 266 -, - 295 -, - 316 -, - 331 -, - 340 -, - 341 -, - 381 -, - 390 -, - 403 -, - 491 -, - 565 -, - 616 -, - 686 -, - 706 -, - 713 -, - 731 -, - 741 -, - 799 -, - 809 -, - 846 -, - 847 -, - 851 -, - 854 -, - 868 -, - 907 -, - 921 -, - 924 -, - 925 -, - 927 -, - 935 -

Partage - 3 -, - 18 -, - 27 -, - 28 -, - 53 -, - 57 -, - 69 -, - 72 -, - 80 -, - 108 -, - 112 -, - 113 -, - 114 -, - 115 -, - 116 -, - 173 -, - 230 -, - 279 -, - 326 -, - 364 -, - 375 -, - 413 -, - 630 -, - 657 -, - 658 -, - 659 -, - 671 -, - 719 -, - 734 -, - 756 -, - 764 -, - 768 -, - 821 -, - 823 -, - 824 -, - 825 -, - 827 -, - 828 -, - 830 -, - 839 -, - 840 -, - 846 -, - 848 -, - 855 -, - 856 -, - 890 -, - 896 -, - 903 -, - 905 -, - 909 -, - 918 -

Partage d'affect - 112 -, - 113 -, - 114 -, - 115 -, - 413 -, - 657 -, - 658 -, - 828 -, - 848 -, - 903 -, - 909 -

Phénoménologie - 108 -, - 109 -, - 110 -, - 116 -, - 477 -, - 830 -, - 914 -

Pli - 4 -, - 216 -, - 248 -, - 271 -, - 355 -, - 365 -, - 386 -, - 398 -, - 435 -, - 449 -, - 450 -, - 451 -, - 452 -, - 454 -, - 467 -, - 470 -, - 474 -, - 479 -, - 481 -, - 486 -, - 487 -, - 488 -, - 489 -, - 490 -, - 491 -, - 492 -, - 493 -, - 495 -, - 496 -, - 497 -, - 498 -, - 499 -, - 500 -, - 525 -, - 526 -, - 527 -, - 528 -, - 529 -, - 549 -, - 551 -, - 559 -, - 560 -, - 561 -, - 579 -, - 584 -, - 585 -, - 592 -, - 594 -, - 595 -, - 596 -, - 600 -, - 602 -, - 609 -, - 615 -, - 616 -, - 759 -, - 778 -, - 814 -, - 835 -, - 838 -, - 850 -, - 937 -, - 954 -

Position phobique centrale - 4 -, - 180 -, - 315 -, - 399 -, - 400 -, - 538 -, - 579 -, - 942 -

POTAMIANOU A. - 61 -, - 70 -, - 85 -, - 250 -, - 296 -, - 365 -, - 366 -, - 377 -, - 476 -, - 484 -, - 485 -, - 486 -, - 552 -, - 553 -, - 554 -, - 560 -, - 561 -, - 607 -, - 608 -, - 887 -

Psychodramatisation - 5 -, - 83 -, - 146 -, - 737 -, - 738 -, - 776 -, - 782 -, - 807 -, - 808 -, - 809 -, - 838 -, - 898 -, - 955 -, - 968 -

---

## R

RANK O. - 3 -, - 7 -, - 114 -, - 166 -, - 167 -, - 168 -, - 169 -, - 170 -, - 437 -, - 611 -

Récupération - 172 -, - 471 -, - 572 -, - 592 -, - 788 -, - 804 -, - 805 -, - 828 -, - 829 -

Regard- 5 -, - 6 -, - 60 -, - 70 -, - 83 -, - 96 -, - 146 -, - 210 -, - 232 -, - 313 -, - 332 -, - 345 -, - 346 -, - 410 -, - 434 -, - 475 -, - 556 -, - 566 -, - 618 -, - 642 -, - 643 -, - 646 -, - 647 -, - 650 -, - 656 -, - 657 -, - 667 -, - 671 -, - 681 -, - 691 -, - 692 -, - 694 -, - 700 -, - 701 -, - 703 -, - 717 -, - 720 -, - 743 -, - 745 -, - 746 -, - 749 -, - 755 -, - 756 -, - 757 -, - 759 -, - 760 -, - 764 -, - 766 -, - 768 -, - 769 -, - 778 -, - 791 -, - 792 -, - 804 -, - 805 -, - 806 -, - 812 -, - 813 -, - 814 -, - 872 -, - 882 -, - 883 -, - 884 -, - 886 -, - 887 -, - 888 -, - 897 -, - 906 -, - 917 -, - 921 -, - 936 -, - 955 -

Résistance - 6 -, - 83 -, - 127 -, - 143 -, - 215 -, - 238 -, - 316 -, - 317 -, - 384 -, - 492 -, - 567 -, - 675 -, - 682 -, - 758 -, - 801 -, - 803 -, - 857 -, - 918 -, - 929 -

RESNIK S. - 118 -, - 364 -, - 771 -, - 904 -

Restrictions du Moi - 5 -, - 61 -, - 63 -, - 250 -, - 296 -, - 476 -, - 552 -, - 553 -, - 554 -, - 555 -, - 561 -, - 607 -

ROSOLATO G. - 76 -, - 117 -, - 119 -, - 228 -, - 229 -, - 355 -, - 614 -, - 634 -, - 670 -, - 911 -

ROUSSILLON R. - 12 -, - 25 -, - 26 -, - 27 -, - 31 -, - 32 -, - 33 -, - 46 -, - 47 -, - 53 -, - 54 -, - 55 -, - 59 -, - 72 -, - 74 -, - 75 -, - 76 -, - 77 -, - 88 -, - 96 -, - 119 -, - 136 -, - 145 -, - 152 -, - 153 -, - 156 -, - 157 -, - 232 -, - 238 -, - 239 -, - 240 -, - 246 -, - 254 -, - 258 -

- , - 259 -, - 267 -, - 274 -, - 276 -, - 280 -, - 281 -, - 289 -, - 298 -, - 302 -, - 307 -, - 311 -, - 312 -, - 313 -, - 340 -, - 342 -, - 346  
-, - 349 -, - 350 -, - 351 -, - 352 -, - 356 -, - 357 -, - 370 -, - 371 -, - 373 -, - 374 -, - 379 -, - 385 -, - 389 -, - 391 -, - 392 -, - 397  
-, - 398 -, - 399 -, - 403 -, - 412 -, - 421 -, - 433 -, - 439 -, - 440 -, - 441 -, - 446 -, - 475 -, - 476 -, - 487 -, - 537 -, - 538 -, - 542  
-, - 543 -, - 561 -, - 562 -, - 563 -, - 565 -, - 567 -, - 571 -, - 573 -, - 575 -, - 576 -, - 577 -, - 578 -, - 579 -, - 580 -, - 581 -, - 582  
-, - 584 -, - 585 -, - 586 -, - 587 -, - 588 -, - 589 -, - 590 -, - 593 -, - 594 -, - 595 -, - 596 -, - 597 -, - 598 -, - 613 -, - 614 -, - 615  
-, - 616 -, - 618 -, - 621 -, - 622 -, - 634 -, - 652 -, - 658 -, - 668 -, - 669 -, - 670 -, - 674 -, - 675 -, - 693 -, - 713 -, - 714 -, - 715  
-, - 729 -, - 730 -, - 734 -, - 766 -, - 767 -, - 768 -, - 769 -, - 773 -, - 781 -, - 782 -, - 783 -, - 784 -, - 793 -, - 795 -, - 796 -, - 798  
-, - 800 -, - 818 -, - 821 -, - 822 -, - 823 -, - 838 -, - 845 -, - 847 -, - 863 -, - 866 -, - 871 -, - 872 -, - 886 -, - 894 -, - 896 -, - 899  
-, - 908 -, - 911 -, - 918 -, - 924 -, - 925 -  
Ruban de Möbius - 89 -, - 229 -, - 247 -, - 398 -, - 458 -, - 459 -, - 462 -, - 463 -, - 466 -, - 468 -, - 469 -, - 481 -, - 543 -, - 602 -, -  
604 -, - 761 -  
Rythme - 6 -, - 22 -, - 25 -, - 47 -, - 64 -, - 73 -, - 89 -, - 93 -, - 161 -, - 174 -, - 182 -, - 500 -, - 636 -, - 639 -, - 648 -, - 652 -, - 690 -  
-, - 719 -, - 731 -, - 741 -, - 774 -, - 820 -, - 822 -, - 900 -, - 901 -, - 902 -, - 903 -, - 904 -, - 906 -, - 907 -, - 908 -, - 909 -

---

## S

Schéma topique - 15 -, - 216 -, - 245 -, - 252 -, - 348 -, - 365 -, - 366 -, - 386 -, - 389 -, - 398 -, - 407 -, - 429 -, - 434 -, - 445 -, -  
446 -, - 454 -, - 457 -, - 462 -, - 463 -, - 466 -, - 479 -, - 480 -, - 483 -, - 485 -, - 486 -, - 495 -, - 500 -, - 502 -, - 526 -, - 528 -, -  
538 -, - 542 -, - 554 -, - 556 -, - 557 -, - 559 -, - 579 -, - 586 -, - 588 -, - 589 -, - 592 -, - 594 -, - 608 -, - 618 -, - 635 -, - 640 -, -  
655 -, - 668 -, - 670 -, - 759 -, - 867 -, - 922 -  
Sédution- 3 -, - 5 -, - 6 -, - 10 -, - 21 -, - 30 -, - 46 -, - 83 -, - 124 -, - 135 -, - 136 -, - 137 -, - 138 -, - 153 -, - 163 -, - 164 -, - 192 -,  
- 193 -, - 194 -, - 195 -, - 197 -, - 198 -, - 199 -, - 200 -, - 201 -, - 202 -, - 211 -, - 216 -, - 222 -, - 260 -, - 267 -, - 268 -, - 275 -,  
- 277 -, - 289 -, - 292 -, - 297 -, - 300 -, - 303 -, - 305 -, - 308 -, - 309 -, - 324 -, - 353 -, - 368 -, - 376 -, - 382 -, - 518 -, - 532 -,  
- 536 -, - 610 -, - 657 -, - 658 -, - 664 -, - 683 -, - 702 -, - 735 -, - 756 -, - 764 -, - 772 -, - 775 -, - 783 -, - 784 -, - 785 -, - 787 -,  
- 788 -, - 789 -, - 801 -, - 837 -, - 857 -, - 876 -, - 879 -, - 882 -, - 884 -, - 885 -, - 886 -, - 887 -, - 888 -, - 889 -, - 890 -, - 896 -,  
- 898 -, - 917 -, - 921 -, - 930 -, - 946 -, - 950 -, - 955 -  
Signifiant de démarcation - 39 -, - 76 -, - 228 -, - 614 -, - 634 -, - 635 -, - 649 -, - 911 -, - 950 -  
Signifiant formel - 5 -, - 27 -, - 37 -, - 38 -, - 39 -, - 40 -, - 73 -, - 76 -, - 77 -, - 91 -, - 97 -, - 100 -, - 103 -, - 120 -, - 145 -, - 220 -, -  
255 -, - 273 -, - 313 -, - 446 -, - 448 -, - 456 -, - 466 -, - 473 -, - 476 -, - 480 -, - 591 -, - 597 -, - 599 -, - 612 -, - 614 -, - 632 -, -  
633 -, - 634 -, - 635 -, - 636 -, - 637 -, - 639 -, - 640 -, - 641 -, - 649 -, - 670 -, - 715 -, - 812 -, - 814 -, - 817 -, - 845 -, - 901 -, -  
910 -, - 911 -, - 955 -, - 967 -, - 968 -  
STERN D.N. - 111 -, - 113 -, - 134 -, - 364 -, - 666 -, - 667 -, - 819 -, - 820 -, - 821 -, - 822 -, - 823 -, - 824 -, - 825 -, - 901 -, - 904 -,  
- 908 -, - 909 -, - 912 -, - 913 -, - 915 -, - 918 -, - 925 -, - 926 -, - 952 -  
Supervision - 27 -, - 45 -, - 98 -, - 101 -, - 102 -, - 128 -, - 650 -, - 651 -, - 757 -, - 758 -, - 771 -, - 843 -, - 852 -, - 854 -, - 864 -, -  
888 -, - 889 -, - 896 -, - 944 -  
Symbolisation primaire - 5 -, - 76 -, - 77 -, - 252 -, - 259 -, - 357 -, - 582 -, - 583 -, - 588 -, - 610 -, - 613 -, - 614 -, - 615 -, - 616 -,  
- 632 -, - 670 -, - 674 -, - 675 -, - 710 -, - 715 -, - 793 -, - 818 -, - 823 -, - 845 -, - 898 -

---

## T

Techniques actives - 167 -, - 188 -, - 219 -, - 232 -, - 236 -, - 238 -, - 239 -, - 285 -, - 439 -, - 621 -, - 671 -  
Théorie de la séduction généralisée - 4 -, - 197 -, - 201 -, - 202 -, - 438 -, - 946 -  
Topique interactive - 865 -, - 873 -  
Topologie- 355 -, - 449 -, - 450 -, - 451 -, - 452 -, - 455 -, - 458 -, - 465 -, - 466 -, - 467 -, - 468 -, - 486 -, - 499 -, - 544 -, - 559 -, -  
814 -, - 914 -  
Traces - 5 -, - 12 -, - 41 -, - 60 -, - 73 -, - 74 -, - 76 -, - 77 -, - 78 -, - 101 -, - 102 -, - 105 -, - 117 -, - 155 -, - 158 -, - 172 -, - 181 -, -  
189 -, - 210 -, - 220 -, - 243 -, - 260 -, - 274 -, - 306 -, - 310 -, - 311 -, - 313 -, - 314 -, - 330 -, - 340 -, - 354 -, - 355 -, - 365 -, -  
374 -, - 397 -, - 398 -, - 435 -, - 445 -, - 446 -, - 499 -, - 527 -, - 538 -, - 542 -, - 543 -, - 548 -, - 549 -, - 550 -, - 559 -, - 561 -, -  
562 -, - 563 -, - 564 -, - 565 -, - 566 -, - 567 -, - 568 -, - 569 -, - 571 -, - 572 -, - 573 -, - 575 -, - 576 -, - 577 -, - 578 -, - 579 -, -  
580 -, - 581 -, - 582 -, - 583 -, - 584 -, - 586 -, - 587 -, - 588 -, - 590 -, - 591 -, - 592 -, - 593 -, - 594 -, - 595 -, - 596 -, - 597 -, -  
598 -, - 599 -, - 602 -, - 606 -, - 610 -, - 611 -, - 612 -, - 618 -, - 634 -, - 639 -, - 656 -, - 668 -, - 669 -, - 670 -, - 674 -, - 695 -, -  
755 -, - 841 -, - 928 -, - 955 -, - 957 -  
Traces mnésiques- 181 -, - 260 -, - 306 -, - 310 -, - 340 -, - 355 -, - 365 -, - 549 -, - 575 -, - 577 -, - 583 -, - 584 -, - 590 -, - 596 -, -  
597 -, - 668 -, - 670 -, - 674 -  
Traumatisme cumulatif - 4 -, - 314 -, - 315 -, - 316 -, - 441 -, - 578 -, - 843 -  
Traumatisme perdu - 4 -, - 12 -, - 302 -, - 310 -, - 311 -, - 313 -, - 342 -, - 441 -, - 537 -, - 538 -, - 563 -, - 590 -, - 595 -, - 596 -, -  
950 -  
Traumatophilie - 4 -, - 187 -, - 192 -, - 309 -, - 325 -, - 359 -, - 438 -, - 538 -, - 578 -

---

**U**

Urgence- 3 -, - 27 -, - 59 -, - 60 -, - 61 -, - 62 -, - 69 -, - 114 -, - 115 -, - 137 -, - 145 -, - 154 -, - 174 -, - 176 -, - 177 -, - 222 -, - 230  
-, - 255 -, - 277 -, - 326 -, - 351 -, - 353 -, - 385 -, - 387 -, - 394 -, - 402 -, - 457 -, - 468 -, - 474 -, - 484 -, - 560 -, - 575 -, - 585  
-, - 613 -, - 647 -, - 670 -, - 710 -, - 753 -, - 804 -, - 830 -, - 846 -, - 910 -, - 928 -

---

**V**

Victimologie - 28 -, - 39 -, - 46 -, - 96 -, - 115 -, - 144 -, - 164 -, - 170 -, - 171 -, - 210 -, - 227 -, - 262 -, - 279 -, - 321 -, - 375 -, -  
382 -, - 384 -, - 437 -, - 445 -, - 501 -, - 527 -, - 533 -, - 561 -, - 618 -, - 619 -, - 632 -, - 642 -, - 644 -, - 647 -, - 649 -, - 663 -, -  
699 -, - 779 -, - 786 -, - 852 -, - 861 -, - 881 -, - 882 -, - 889 -, - 919 -, - 955 -, - 967 -, - 968 -

---

**W**

WINNICOTT D.-W. - 30 -, - 31 -, - 32 -, - 33 -, - 43 -, - 55 -, - 62 -, - 63 -, - 69 -, - 74 -, - 77 -, - 80 -, - 93 -, - 111 -, - 119 -, - 121 -, -  
197 -, - 219 -, - 224 -, - 251 -, - 263 -, - 266 -, - 267 -, - 269 -, - 286 -, - 311 -, - 313 -, - 314 -, - 323 -, - 337 -, - 338 -, - 339 -, -  
340 -, - 341 -, - 342 -, - 343 -, - 344 -, - 346 -, - 353 -, - 390 -, - 395 -, - 410 -, - 442 -, - 476 -, - 538 -, - 578 -, - 590 -, - 621 -, -  
625 -, - 657 -, - 665 -, - 675 -, - 756 -, - 803 -, - 804 -, - 841 -, - 861 -, - 863 -, - 885 -, - 886 -, - 896 -, - 902 -, - 906 -, - 910 -, -  
911 -, - 924 -, - 928 -, - 949 -

# Principaux cas cliniques

## **1- Madame Korschov: “Une brèche s’ouvre”, la forme fissurée du traumatisme.** **p.17-23**

Récit de sept mois de thérapie d’une femme trentenaire victime d’inceste. Proposition de lecture de l’enchevêtrement des scènes traumatiques à l’aide des signifiants formels. Premier cas clinique permettant de dégager les particularités de la clinique du traumatisme sexuel.

## **2- Illustration clinique du modèle : Denis ou les incessantes pliures de l’expérience.** **p.501-530**

Suivi thérapeutique d’un adolescent de 15 à 18 ans, auteur et victime d’agressions sexuelles (intra et extra-familiales). Mise en clinique du modèle topique proposé à partir de ce cas.

## **3- Dora et l’intrication traumatique.** **p.530-536**

Reprise du cas Dora exposé par S. Freud. Lecture clinique à partir du modèle proposé.

**4- Un exemple clinique : « Ça s’effondre, glisse et frappe »,  
l’infirmité traumatique de Betty.** **p.642-653**

Exposé de huit mois de thérapie d’une adolescente de seize ans victime d’agression sexuelle. Etude des clivages fonctionnels et des signifiants formels.

**5- Présentation d’un cas clinique : Astrid ou le jeu traumatique  
avec les psychologues.** **p.676-713**

Présentation de la longue thérapie d’Astrid, jeune femme victime d’agressions sexuelles intra et extra-familiales. Etude de la façon dont Astrid a déployé pendant les cinq premières années (215 entretiens) d’une thérapie de dix ans son expérience au sein du dispositif en double écoute.

**6- Un exemple de psychodramatisation de  
l’expérience traumatique: Emilie.** **p. 738-755**

Récit de deux ans de thérapie d’une jeune femme (vingt ans) victime d’un inceste paternel, notamment de la façon dont elle parvient à visiter une imago maternelle froide et terrifiante.

# Thesis summary

The present thesis focuses on finding out the specific effects of a sexually traumatic experience and more generally on modelling the broadening of any trauma. It especially discusses the notion of traumatic infirmity by which an experience is impacted not simply in terms of its content, but also in terms of its essence, outline, and shape.

Faced with these extreme clinical situations where the patient struggles in a most often paradoxical situation, the clinician must deal with the muddle of traumatic scenes characterizing his or her patient's background, when the latter never completely gives up configuring his or her experience and topically situating it.

Firstly, the present thesis exposes the various models of psychoanalytic thought along with the more dynamic solutions it offers, from its beginnings to more contemporary ideas.

Then, it moves on to examining the efforts made by the patient, amidst the wandering elements of his trauma, to represent, define, and situate an experience which is far beyond his representational abilities. Those efforts tell us about which psychic zones have been impacted. Neither overlooking the destructive dimension of such experiences, nor the way in which they may atomize one's mental life, the present thesis supports the idea of a broadening and dynamic aspect of the trauma economy, and supports that such a dynamic aspect has the potential to yield more organisation, is of major significance, and operates on a level which is beyond what language can express.

In order to unearth the effects of the trauma as well as its ability to shape the experience, it is necessary to imagine a topique at the core of which the wandering psychic elements as the way they are attracted to each other - in such a way as to configurate and symbolize the experience - are at stake. This topique can be represented as a cylinder which can be unfolded into Möbius strips, and it contains the patient's identity. The creases symbolize the places where psychic matter takes shape and broadens out.

This cylinder, where the traumatic experience is at stake in opposed pairs and where the patient's efforts to define it can be read, can only be envisioned as part of an intersubjective model. In this perspective, because traumatic economies necessitate pondering on health care measures and on the therapist's level of engagement, it is easier for one to see how much more valuable a consultation with two clinical psychologists is.

A significant part of this research work involves the study of the congruity of this "co-thought" with the new way of modelling a trauma. To that purpose, what is at stake in the eyes, in the psychodramatization and in the spatialization as well as in the containing capacities of a consultation with two therapists is especially analysed without underestimating its limits.

This research work leaves much room for clinical practice through long accounts retracing the patients' history of traumatic experiences, as the two psychologists resituate the patient's trauma's broadening (sometimes over the course of ten years) during the intensity of the sessions, exchanges, and interactions. It is obvious that the issues of transference and countertransference hold a significant importance in this dynamic process.

When one combines the metapsychological and technical aspects of the modelization of traumatic experiences that has been put forward, one can understand why construction (and no longer just interpretation) is so useful, why it is so relevant to use formal signifiers (D. Anzieu) to read the broadening of an experience, and how functional divides (G. Bayle) facilitate "traumatic communication."

In a rarely temperate economic climate, psychologists are often given a rough time and so the projective identification becomes the paradigm of the traumatic exchange. As true "human attractors" of the wandering trauma's shape, therapists are often faced with positions and roles that are hardly in keeping with their role as clinicians.

Imagining the traces of such experiences inevitably forces us to consider looking at whether or not one's psychic apparatus keeps in memory such hardly subjectivized meetings. However, by insisting upon the processes through which the psyche retains, transforms, deforms, and reactivate the traces of traumatic experiences, one can also understand how psychoanalytic methodology is able to ensure that the human character and its potential for transformation exists, even in the case of the most disastrous experiences.

In the same way that the patient cannot be considered as a mere victim, his traumatic experience cannot be treated as independent from the whole psyche, it can be neither "debriefed" nor kicked out as easily as one's social habits sometimes demand it. On the contrary, this is more about letting traumatic impacts broaden at the same time as their potential for shape-taking.