HAL
open science

Psychopathologie du traumatisme psychique et enjeux cliniques entre répétition, perversion et sublimation

Nicolas Sajus

▶ **To cite this version:**

Nicolas Sajus. Psychopathologie du traumatisme psychique et enjeux cliniques entre répétition, perversion et sublimation. Psychologie. Université Paris Cité, 2020. Français. NNT : 2020UNIP7132 . tel-03256573

HAL Id: tel-03256573

https://theses.hal.science/tel-03256573v1

Submitted on 10 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Paris
École doctorale CRPMS - ED 450
Centre de recherches psychanalyse, médecine et société

PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE ET ENJEUX CLINIQUES ENTRE REPETITION, PERVERSION ET SUBLIMATION

Par Nicolas Sajus

Thèse de doctorat de psychopathologie clinique

Dirigée par **Isée Bernateau**, Maître de conférence, HDR

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 septembre 2020

Devant un jury composé de :

Yorgos Dimitriadis, Professeur des Universités, Université de Paris, président de jury

Solange Carton, Professeure des Universités, Université Paul Valéry, Montpellier 3, rapporteur.

Christian Bonnet, Maître de conférence, HDR, Université Aix Marseille, rapporteur.

Manuella De Luca, Professeure des Universités, Université de Paris, membre du jury.

Except where otherwise noted, this is work licensed under
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/

Psychopathologie du traumatisme psychique et enjeux cliniques entre répétition, perversion et sublimation

Résumé

La question du traumatisme fait partie des notions les plus complexes et énigmatiques de la psychanalyse. Elle tient de la dialectique qui existe entre liens intrapsychiques du sujet et monde extérieur ; enjeux de répétition ; rupture et perte ; dynamique de protection de la psyché et pouvoir d'effraction. Une voie élective de sortie du trauma en serait la sublimation ? Cependant serait-ce aussi simple ? Le champ d'investigation du trauma a connu depuis ces dernières décennies des avancées théoriques et techniques considérables. À la fois, à la lumière de notre civilisation, il semble pertinent de revisiter cette notion, sa prise en charge et de préciser les différentes formes que revêt la souffrance psychique, en relation avec la destructivité du sujet en regard d'enjeux qui peuvent osciller entre répétition, perversion et sublimation.

Mots clés : psychopathologie, traumatisme psychique, répétition, sublimation, perversion.

Abstract

The traumatic question is doubtless one of the most complex and most enigmatic notions of the psychoanalysis. It holds of the proximity that it exists between links intrapsychiques of the subject and the outside world, the stakes in repetition, break and loss, dynamics of protection of the psyche and power of burglary. An elective way of exitof the trauma would be the sublimation? However, it would be also simple? The field of investigation of the trauma knew for these last decades the considerable theoretical and technical advances. At the same time, in the light of our civilization, in particular in the western world, it seems relevant to revisit this notion, its coverage and to specify the various forms that dress the psychic suffering in connection with the destructiveness of the subject compared to stakes which can oscillate between repetition, perversion and sublimation.

Keywords: psychopathology, psychic trauma, repetition, sublimation, perversion

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance à ma Directrice de thèse, Madame Isée Bernateau, qui m'a accompagné dans ce travail d'écriture. Je la remercie pour sa bienveillance, sa rigueur d'encadrement, sa disponibilité et son soutien dans la réalisation de cette recherche. Sa présence a été notamment d'un grand soutien dans une période où je me questionnais à renoncer à cette entreprise.

Sur cette route, je souhaitais également remercier :

Le CRPMS (Centre de Recherches, Psychanalyse, Médecine et Société), le CERT (Centre d'Étude des Radicalisations et de leurs Traitements, le GREP (Groupe de Recherche et d'Études sur les Prisons) laboratoire et groupes de recherche de l'Université Paris Diderot, pour la pertinence de tous les partages cliniques lors des différentes rencontres. Le travail universitaire auquel j'ai pu contribuer notamment par le biais des séminaires et ma participation à divers colloques ont été d'une grande richesse humaine et intellectuelle.

J'exprime tous mes remerciements au jury qui me fait l'honneur de prendre part à ce travail de recherche et de l'enrichir de leur expérience, leur expertise et de leur temps :

- Monsieur Yorgos Dimitriadis : Professeur des Universités, Université de Paris, président de jury
- Madame Solange Carton, Professeure des Universités, Université Paul Valéry, Montpellier 3, rapporteur.
- Monsieur Christian Bonnet, Maître de conférence, HDR, Université Aix Marseille, rapporteur.
- Madame Manuella De Luca, Professeure des Universités, Université de Paris, membre du jury.

Je veux également exprimer toute ma gratitude aux patients que j'accompagne depuis des années. Ce sont eux qui m'enseignent sans cesse et m'apprennent à me réajuster dans mes questionnements cliniques et dans le dispositif psychothérapeutique à mettre en place. Ces remises en question professionnelles n'auraient pas eu lieu sans mon superviseur, le Professeur Michel Marie Cardine de Lyon qui vient de décéder voilà quelques mois. Je lui dédie ce travail de recherche. Vous m'avez tant appris, Professeur, durant toutes ces années !

Enfin mes mots s'adressent à Siméon, Timothée, Samuel, ma famille, mes proches qui ont toujours soutenu mes projets avec grande patience. Merci !

« *Je ne savais pas que la parole d'un homme pût toucher à ce point le cœur, qu'il suffît d'une simple voix humaine pour éveiller en nous tant de sentiments cachés, profonds. Il me semble que cet homme m'a révélé mon cœur* ! » [1]

Antonin Artaud

[1] Artaud A., *Le Moine*, Paris, Gallimard 1975, p. 67

SOMMAIRE

Remerciements 9

Introduction 19

Chapitre I. Concepts théoriques 28

1. Théorie du traumatisme chez S. Freud 28
   1.1. Fondements théoriques du traumatisme 28
   1.2. Le traumatisme versus la sexualité 32
   1.3. L'abandon de la Neurotica ou *la théorie du traumatisme sexuel précoce* (1897) 35

2. Théorie du traumatisme chez S. Fenrenczi 38

3. Théorie du traumatisme chez J. Lacan 43

4. Théorie du traumatisme chez O. Rank 45

5. Théorie du traumatisme chez D.W. Winnicott 46
   5.1. Le trauma : de la dépendance infantile au concept d'empiétement…….. 48
   5.2. L'hypermaturation intellectuelle ou le clivage corps/psyché 49

6. Évolution contemporaine de la pensée psychanalytique 53

7. Traumatisme psychique et psychopathologie 59
   7.1. L'événement traumatique 59
   7.2. Clinique du traumatisme 64

8. La clinique contemporaine du traumatisme 67
8.1. Sémiologie clinique du traumatisme…….. 67
8.2. Les troubles immédiats et précoces du traumatisme ……..… 75

9. Traumatisme et sublimation 87
9.1. Concept de sublimation..... 87
9.2. Les sublimations 94
9.3. Enjeux des liens d'attachement sur la personnalité de l'enfant : traumatisme et destins du narcissisme blessé..... 99

Chapitre II. Méthodologie de l'analyse et présentations cliniques..... 115

1. Le choix méthodologique 115
- L'entretien, l'étude de cas et le récit de vie ……. 115

2. Présentations cliniques..... 118
2.1 Roland et sa famille..... 118
2.2 Christine..... 135
2.3 Patrick ou le « moine nounours » 140
2.4 Victor……..…… 143
2.5 Le Traumatisme et dialectique d'enjeux comme analyse clinique de construction d'actes criminels…… 148

Chapitre III. Analyse clinique 155

1. L'effraction traumatique comme facteur émergeant de différents mécanismes de défense 155

2. Le trauma comme facteur de transmission intrapsychique 157

3. Le traumatisme : des neurosciences à la psychodynamique 168
3.1. De la génétique à l'épigénétique 168
3.2. La possible transmission des marqueurs génétiques 169

3.3. De la plasticité neuronale à la psychalyse…….....…….. 170

4. Le traumatisme psychique : enjeu complexe de la dialectique perversion et sublimation..... 176

4.1. Le concept de perversion 176

4.2. Dialectique entre sublimation et perversion 178

Chapitre IV. Discussion 191

Conclusion 210

- Critiques, limites et réflexions 213
- Perspectives d'ouverture 214

Annexes 221

- Annexe 1 : Lettre à Fliess 222
- Annexe 2 : Lettre de Freud à Marie Bonaparte …… 228
- Annexe 3 : Lettre de Freud à Pfister à la mort de sa fille…….. 231
- Annexe 4 : Entretien Monique 234
- Annexe 5 : Entretien Benoit 240
- Annexe 6 : Entretien Laurent 247
- Annexe 7 : Entretien épouse de Laurent 255
- Annexe 8 : Entretien Émilie 259
- Annexe 9 : Entretien Monique et Émilie 262
- Annexe 10 : Lettre de Christine …… 265
- Annexe 11 : Dessin de Christine 266
- Annexe 12 : Entretien de Victor …… 270

Sigles et acronymes…… 277

Glossaire …… 279

Bibliographie 296

Table des matières…….……..…….. 313

INTRODUCTION

La question traumatique est contiguë à celle de la souffrance humaine, de la personnalité du sujet et du noyau identitaire. Comme l'affirme Ferenczi, elle ne doit donc pas être étudiée « comme une vétille »[2]. Mon travail de recherche s'inscrit d'emblée dans celui du paradoxe : rendre représentable l'irreprésentable du trauma et les divers enjeux qu'il occasionne. Son épistémologie est excessivement complexe, se situant dans des paradigmes épistémologiques qui excèdent la psychanalyse. Tout discours sur le trauma engage son auteur, sa manière d'appréhender à la fois le traumatisme et le sujet traumatisé. Mon objectif au travers de cette recherche est de souligner cette complexité du sujet liée à sa singularité à travers les aléas générés par le trauma et qui vont devoir être (ou non) symbolisés. Peut-être qu'en prenant de la hauteur, dans une méta-observation, pourrais-je analyser ce paradoxe et ses conséquences ? Le traumatisme se situe sur une ligne de crête qui touche les limites de l'analysable, mettant au défi nos modèles de compréhension tant il y existe des enchevêtrements.

Une autre ambition de ce travail de recherche, concerne évidemment la clinique exposée et qui découle de mon activité professionnelle. Cette dernière a été essentiellement centrée sur la prise en charge de situation de crises, des états de stress post traumatiques (STP) au sein d'unités pour malades difficiles puis des urgences psychiatriques de ma ville (Rodez en Aveyron[3]) de 2003 à 2011. Par ailleurs, j'exerce depuis 2014 comme expert psychologue près la Cour d'Appel de Montpellier aussi bien au civil (JAF : juge des affaires familiale) qu'au pénal, pour les enfants et les adultes. J'assure également des suivis dans le cadre d'injonction de soins. Je réalise également un travail de supervision auprès de professionnels accueillant des mineurs non accompagnés et des jeunes délinquants accueillis au sein de foyers et de centres d'éducation fermé. Au plan institutionnel, il s'agissait donc majoritairement d'états de souffrance aigüe, aussi bien d'adultes que d'adolescents. Les thérapies étaient individuelles, en couple et/ou familiales, adressées sur indication médicale

[2] Ferenczi, S., (1934), *Le traumatisme*, Paris, Payot, 2006

[3] Rodez, est une commune française de 23477 habitants, située dans le Midi de la France, au nord-est de Toulouse. Elle est la préfecture du département de l'Aveyron en Midi-Pyrénées, première circonscription de l'Aveyron ainsi que du conseil départemental de l'Aveyron.

et pouvant néanmoins durer plusieurs années. Au fur et à mesure de mon cheminement professionnel, j'ai réalisé combien la perspective de la prise en charge du sujet était complexe dans la mesure où elle s'articule, tel un prisme, autour de dimensions nombreuses et variées : psychologiques, psychanalytiques, éducatives, anthropologiques, sociologiques, philosophiques, linguistiques, spirituelles, neuroscientifiques, etc.

L'outil thérapeutique essentiel que j'utilise est la parole dans une perspective psychanalytique. L'axe relationnel, à savoir communicationnel et donc linguistique, est essentiel pour accompagner au mieux les personnes. Il constitue le cadre thérapeutique des personnes que je reçois, notamment des adolescents. Lacan en a même fait un néologisme : le « parlêtre »[4], c'est à dire la dimension du sujet à se parler, lui permettant de développer l'axe symbolique. Paul Watzlawick [5] cite, quant à lui, l'un des pionniers de la communication : Socrate (avec la maïeutique Socratique). Évoquant Platon, il écrit : « Les propos de Platon sur la rhétorique valent tout autant pour les recherches modernes sur la communication, pour les conséquences thérapeutiques que l'on peut en tirer et donc pour la thèse de ce livre ». À partir de 2003, j'ai travaillé plus spécifiquement au sein de mon unité de consultations, auprès de la population adolescente en regard de la demande de soin psychique qui y était très importante. De 2003 à 2009, j'ai créé un « point écoute jeunes » au sein d'un collège et lycée à la demande du directeur d'établissement qui se sentait débordé face aux problématiques diverses et variées qui émergeaient : incompréhension intrafamiliale entre parents et enfants, racket, violence, drogue et jusqu'au suicide par pendaison d'un enfant de 9 ans. Aux urgences psychiatriques, une part de mes consultations est dédiée à cette tranche de la population car peu de professionnels sont formés à ce type de prises en charge qui demeurent spécifiques. La démarche clinique et psychothérapeutique que je réalise, au plan institutionnel (urgences psychiatriques et en activité libérale aujourd'hui), au plan des suivis criminologiques judiciaires, puis au sein des CUMP depuis 2006, m'a souvent interrogé sur différentes voies de bascule du sujet face à la perspective psychotraumatique. Le constat retiré témoigne de la grande complexité du rapport du sujet au trauma qui peut s'exprimer de manière très différenciée. Si certains enjeux peuvent être de l'ordre d'une adaptation, d'autres peuvent être radicaux, par exemple, l'anéantissement dans une addiction ou le passage à l'acte suicidaire (conscient ou inconscient) et ce, dès l'adolescence, parfois même durant l'enfance.

---

[4] Lacan, J., *Joyce le symptôme II*, in Joyce avec Lacan, Paris, Navarin, 1987.
[6] Watzlawick P., *Le langage du changement – éléments de communication thérapeutique*, Paris, Points, 1986, p. 15.

De nombreux ouvrages, revues de psychopathologie et de psychologie, des colloques et formations sont consacrés à la dimension psychotraumatique, et à sa prise en charge. Le traumatisme psychique constitue donc une épistémologie incontournable, qui, jadis était assimilé à l'hystérie.

> « Notre actualité évoque régulièrement de nouvelles catastrophes, et le mot traumatisme fait désormais partie de notre vocabulaire ordinaire. Comme le remarquait déjà Freud, il n'est plus possible à l'homme contemporain de s'appuyer sur une vision du monde, faisant récit et produisant du sens dans un espace et un temps, perçus comme homogènes. »[6]

Il est intéressant de repérer que la question traumatique ressurgit en Occident dans un contexte de paix bien éloigné des deux guerres mondiales. Pourrait-on envisager un effet d'après-coup ? Pourtant, la réalité contemporaine semble bien loin d'en appréhender toute la complexité des dimensions quant aux liens intrapsychiques du sujet et le monde extérieur, aux enjeux de répétition, les enjeux entre rupture et perte, à la dynamique de protection de la psyché et son pouvoir d'effraction telle que la définit la psychanalyse. Quel que soit sa dénomination : névrose traumatique, psychotrauma, PTSD, état de stress post-traumatique, je peux observer combien ces termes deviennent l'enjeu de « techniques » de prises en charge afin de recouvrer une adaptation sociale, bien plus que la rencontre d'un événement avec la question du sujet.

Des divergences irréductibles opposent toujours les écoles. Néanmoins, faudrait-il en rester aux débats d'écoles, aux débats claniques ? Au-delà de toute controverse, la souffrance a toujours questionné l'humanité. Tôt ou tard, tout Homme doit l'affronter, mais quel sens lui donner ? Comment l'orienter ? La dimension clinique touche toujours une véritable question dans notre civilisation actuelle. En conséquence, j'ai fait le choix au travers de ma thèse d'argumenter ma pensée en regard de l'approche psychanalytique qui est ma formation de base.

Deux types de raisons ont amené cette réflexion. Confronté professionnellement à de nombreuses situations psychotraumatiques, à des personnes aux comportements difficiles, violentes, tant dans les conséquences des maltraitances que des séquelles traumatiques, le travail autour de la dimension sublimatoire me semble une perspective pertinente à travailler

[6] Hoffmann C., *Traumas et catastrophe aujourd'hui*, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01511854, 2015 p. 98.

pour éviter l'enfermement dans le trauma. Il s'agit de mobiliser chez les patients leurs propres ressources et potentialités dans une démarche de réflexivité s'inscrivant dans une approche langagière. Mon parcours à Paris 7, les réflexions, les différents séminaires et colloques réalisés ont participé à confirmer mon intérêt pour cette recherche avec un désir de découverte, d'apprentissage, de mettre à l'épreuve des hypothèses... Mais aussi et surtout, parce que la singularité humaine impliquera toujours une mise en questionnement permanente chez le clinicien. Je suis donc attiré par la recherche et, à la fois, je reste convaincu de la complémentarité avec la clinique dans un va-et-vient continuel. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de réaliser mon exercice de chercheur en parallèle de mon activité professionnelle. Face à des sujets ayant vécu des maltraitances et stigmatisés par un passé traumatique, j'ai souhaité analyser le processus de sublimation. Il s'agit donc de mobiliser les ressources du sujet et de l'insérer dans une nouvelle perspective qui ouvre une voie de sortie face à la pathologie et/ou à la reproduction des actes. La sublimation viendrait s'inscrire dans une dimension de non-déterminisme de la vie humaine où l'être humain ne se limite pas à sa seule souffrance. Ma réflexion dans le cadre épistémologique pose les bases de la notion traumatique et de ses voies électives vers la sublimation. Néanmoins, ce chemin n'est pas aussi simple car le trauma peut mettre en jeu d'autres postures que sont la répétition et la perversion.

Du point de vue méthodologique, je proposerai quatre situations cliniques. Comme l'évoquait Laplanche[7], pulsion et trauma ne sont pas à opposer mais s'articulent autour d'un va et vient qui à la fois les sépare et les unit. Il en serait de même concernant les concepts de sublimation et perversion. Les analyses présentées dans ma thèse visent à repérer les enjeux de grande complexité du trauma avec la répétition, mais peut-être plus encore, la dialectique qui existe entre sublimation et perversion. Le travail autour de ces cas cliniques vise à repérer les effets des évènements traumatiques. Comment le trauma s'inscrit-il dans le destin d'une vie ? Je peux analyser la trajectoire de vie du sujet subjective et singulière, et la part interactionnelle qui impacte ce dernier. Dans cette perspective, il semble délicat de différencier intra-subjectivité et inter-subjectivité tant elles interagissent l'une sur l'autre. Ce que je tenterai donc de mettre en lumière, ce n'est pas seulement l'événement traumatique en lui-même, mais la représentation du sujet, sa subjectivation, et la manière dont il peut le « métaboliser » ou tenter de gérer l'anéantissement. Je travaillerai aussi la question du

[7] Laplanche J., Pontalis JB., (1966), *Fantasme originaire, fantasme des origines, origine des fantasmes*, Paris, Hachette, 1985.

narcissisme qu'évoquait Freud. J'évoquerai les enjeux du transfert qui en découlent et les modes d'adaptation du cadre thérapeutique que cela implique dans certains contextes. Il me semblait important de confronter ma clinique à la lumière de l'évolution de notre monde contemporain et des auteurs qui ont travaillé cette question et la poursuivent. Cependant, de mon travail, je ne pourrai en établir nullement une vérité, ni une généralité. Il s'agira néanmoins d'en faire émerger des pistes de réflexions, éclairées par mon expérience clinique.

Ma problématique interroge les enjeux complexes des remaniements intrapsychiques qui s'articulent entre objets de répétition, sublimation, et perversion face à la dimension psycho traumatique du sujet. Elle m'a donc imposé de réfléchir aux différents destins du traumatisme sur le psychisme du sujet.

Dans ma pratique, je suis souvent confronté à des patients dont les conséquences d'effraction traumatique compromettent voire hypothèquent leur développement psychique. Ce postulat - étayé de situations de ma clinique - démontre que, ce qui est désorganisateur dans l'effraction traumatique, demeure parfois insuffisamment élaboré, et fait retour. La perspective d'après-coup comme je le développerai, peut être considérée sous deux pôles que Freud décrivait : négatif ou positif. Cet après-coup peut être favorable et défavorable dans la notion de transfert. Il s'agirait d'un chiasme où peut s'opérer au niveau psychique une dimension conciliable en regard de la naissance du traumatisme et une perspective non conciliable. Ma posture psychothérapeutique devient fondamentale. Mon engagement est alors d'accompagner le sujet à poursuivre, dans l'après-coup d'un évènement potentiellement délabrant, le processus progrédient notamment chez les plus jeunes sujets. Caroline Garlan montre que les patients ont besoin d'accéder progressivement aux aires verrouillées de leur vie psychique et il est nécessaire de leur éviter d'être débordés. La tâche de l'analyste devient celle d'un contenant eu égard aux transferts intenses qu'il incarne, mouvements suscités par la dépendance de ces sujets et par la haine que peut également générer cet état[8]. Si la perspective d'après-coup propose une réponse : le sujet traumatisé pourrait sortir de la compulsion de répétition si une deuxième expérience non identique au trauma lui advient et qu'il parvient à s'en saisir pour tisser des liens entre les deux. Grâce à la seconde expérience, il peut modifier la valeur de l'inscription traumatique première et en faire alors un usage psychique. L'après-coup permettrait de restaurer la trame des

[8] Garland C., « Réfugiés et développement d'un « capital émotionnel », in *psychanalyse de groupe*, 2015, pp. 109-127.

représentations inconscientes d'un sujet, et fournirait un biais pour faire repasser l'insupportable, régi par la compulsion de répétition, sous l'égide du principe de plaisir. C'est du moins une perspective que je peux poser. À investiguer la dimension clinique, le psychotraumatisme laisse entrevoir divers destins pulsionnels que je vérifierai au travers de ma clinique. À titre d'exemple, dans le clivage que peut créer un trauma, la perspective de destructivité via la compulsion de répétition peut être une émergence. Néanmoins, différentes voies peuvent s'opérer en regard de résurgences au cours du temps car les situations cliniques ont démontré que bien des configurations pouvaient advenir, ce qui confère au trauma une dimension singulière.

Au travers de ces pôles « positifs et négatifs », l'effraction traumatique développe des défenses qui peuvent être aussi bien protectrices que destructrices. Comme évoqué, je constate que les concepts ne sont pas clivés mais deviennent alors dialectiques, ambivalents. Refoulement, amnésie, clivage, enkystement traumatique, passage transgénérationnel, sont autant de concepts qui peuvent créer des chemins qui pourraient sembler éloignés mais peuvent être très proches. Il en est de même de la dyade perversion, sublimation, pôles qui émergent du trauma et que j'étudierai. Le travail psychanalytique devient alors un enjeu d'interprétation qui a pour rôle de mettre en évidence ces différentes dialectiques. Cette perspective convoque des éprouvés transféro-contretransfétentiels parfois très complexes comme la colère, la haine, la jalousie, la rivalité… qui font partie selon Garland, de « l'héritage biologique de l'homme »[9]. La plupart du temps, l'écoute impose de surmonter chez l'analyste l'affect de sidération qui peut devenir envahissant, dans un processus d'identification au sujet. Alors dans un second temps, il s'agit de s'engager avec le patient à l'accompagner d'une réalité insupportable vers un processus d'élaboration mentale, nécessité inhérente au dépassement de l'innommable, pour préserver son avenir. Au travers de mes questionnements des hypothèses de travail seront mises en tension et traverseront mon élaboration.

Ma **première hypothèse est qu'il existe des effets cliniques spécifiques de l'expérience traumatique, induisant une dialectique elle aussi spécifique entre répétition, perversion et sublimation chez le sujet.**

Le traumatisme se situe dans une notion de transnosographie. Sa complexité amène le clinicien à démêler une pelote de différentes réalités convoquées par l'évènement qui fait

[9] Garland C., *Comprendre le traumatisme*, Paris, Le Hublot, 2001, p. 175.

effraction psychique. Quelles que soient les circonstances de l'existence du sujet, l'expérience traumatique fait basculer son fonctionnement psychique.

Une seconde hypothèse investigue la **clinique des différents impacts traumatiques sur la structure de sujet comme point de rencontre avec son environnement.**
Il existe une singularité de l'impact traumatique eu égard à l'histoire de vie du sujet, des éléments subjectifs, les traits de personnalité, la manière dont le sujet répond à la logique de survie. Cet impact influe de manière interactionnelle étant à l'origine de transmissions transgénérationnelles.

Enfin, ma troisième partie, qui découle de la précédente, **explore la relation transféro-contre-transférentielle comme manière de repenser le cadre thérapeutique et le dispositif dans la mesure où le sujet a besoin de donner sens et de symboliser**. L'interprétation tente ici, de retrouver, de tisser, de retisser un accordage, un lien dans la relation transféro-contre-transférentielle. Dans cette dynamique le modèle de la troisième topique me fait envisager une perspective métapsychologique incluant des modèles théoriques venus des pratiques des psychanalystes dans d'autres champs, d'autres cadres et d'autres dispositifs techniques que la cure dite classique : le face-à-face, le couple, la famille, l'institution, le groupe. La perspective clinique me conduit à porter toute mon attention sur la dimension narcissique du transfert et ses aléas, et sur mes éprouvés dans le travail de contre-transfert, afin d'être particulièrement vigilant à maintenir une certaine continuité psychique, garante d'une contenance.

Le cheminement de cette thèse s'attache donc à rendre compte des énigmes, des tensions, de la clinique traumatique. Je vais tour d'abord exposer les divers concepts théoriques psychanalytiques du traumatisme et leurs évolutions (chapitre I).

Par la suite, je vais expliquer mon choix concernant l'axe méthodologique ainsi que les différents situations cliniques (chapitre II). Je vais explorer les diverses voies électives des issues traumatiques, en insistant sur les enjeux dialectiques entre répétition, perversion et sublimation.

Enfin, j'ouvrirai le débat vers la discussion (chapitre IV), qui va mettre en évidence l'adaptation de la relation transféro-contre-transférentielle qui va souligner certaines

difficultés et qui implique de repenser le cadre thérapeutique en fonction des enjeux émotionnels qui varient, fluctuent.

La conclusion mettra en perspective les limites et l'ouverture à venir de mon travail de recherche.

Chapitre I. Concepts théoriques

1. Théorie du traumatisme selon S. Freud

La dénomination des troubles psychiques (dénommés plus tardivement névroses traumatiques) existe depuis l'aube de l'humanité, à savoir depuis l'émergence du langage et d'une certaine représentation de la mort par l'Homme. En grec ancien, trauma signifie blessure. Les blessures psychiques n'étaient autrefois pas qualifiées de traumatiques. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il fut importé dans le domaine du trouble mental pour qualifier les blessures psychiques.

1.1 Fondements théoriques du traumatisme

La fin du XIXème siècle est marqué par l'émergence de nouvelles définitions. En 1888, le neurologue allemand Herman Oppennheim considéré historiquement comme l'auteur de référence du concept de névrose traumatique[10], décrit une situation clinique. Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars qui n'apparaissaient qu'après l'accident, généralement, un accident de chemin de fer. Kraepelin[11], alors Professeur de psychiatrie, va amener des apports sur une nouvelle nosographie qu'il nomme « névrose d'effroi ». Elle ressemble étroitement à la névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique du sujet au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir vécu l'accident mais qu'il suffisait d'en être spectateur. Dans ses « leçons du mardi » Charcot[12] présente de nombreuses observations « d'hystéries traumatiques » comme il les nomme. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique.

C'est dans ce contexte, que s'inscrit la rencontre entre Charcot et Freud. Il existe un va-et-vient, entre la question historique de l'hystérie et la question épistémologique du traumatisme qui fait évoluer le concept de trauma dans la pensée freudienne. L'hystérie, dès 1888, devient l'objet d'études privilégiées du passage du somatique à la psyché. Freud constatera que le comportement de l'hystérie fait fi de l'anatomie.

---

[10] Oppenheim H., (1888), *Die traumatischen neurosen*, vol.1, Berlin, Von August Hirschwald, 2e éd., vol. 1, 1892.
[11] Kraepelin E., *Psychiatrie, Ein Lehrbrech für studietende und Aerzte*, Leipzig, Barth J, 1889.
[12] Charcot J.M., *Leçons du mardi à la Salpétrière*, Notes de cours, tome 2, Paris, Bureaux du progrès médical, 1888.

> « C'est M. Charcot qui nous a enseigné le premier qu'il faut s'adresser à la psychologie pour l'explication de la névrose hystérique. Nous avons suivi son exemple, Breuer et moi, dans un mémoire préliminaire. Nous démontrons dans ce mémoire que les symptômes permanents de l'hystérie dite non traumatique s'expliquent (à part les stigmates) par le même mécanisme que Charcot a reconnu dans les paralysies traumatiques. Mais nous donnons aussi la raison pour laquelle ces symptômes persistent et peuvent être guéris par un procédé spécial de psychothérapie hypnotique. Chaque événement, chaque impression psychique est munie d'une certaine valeur affective (Affectbetrag), dont le moi se délivre ou par la voie de réaction motrice ou par un travail psychique associatif. Si l'individu ne peut ou ne veut s'acquitter du surcroit, le souvenir de cette impression acquiert l'importance d'un trauma et devient la cause de symptômes permanents d'hystérie. L'impossibilité de l'élimination s'impose quand l'impression reste dans le subconscient »[13].

La valeur affective associée au corps et la parole deviennent prépondérantes face à la lésion. Freud se démarque ici de l'héritage de Charcot. En effet, il met l'accent sur la valeur affective de l'événement traumatique, et sur la conflictualité qui peut exister pour le moi de s'acquitter d'un travail associatif psychique. Il pose le concept de l'événement pensé, comme « cause précipitante » du symptôme hystérique. Il y a une « connexion causale » entre un événement et un symptôme. Néanmoins il semble difficile d'établir de manière consciente ce lien causal par le biais d'une anamnèse classique. Le sujet face à son énigme est plus spectateur qu'acteur de l'événement. Un moyen de le décaler de cette posture sera l'hypnose qu'il exercera avec Breuer : « ceci fait, il devient possible de démontrer la connexion de la façon la plus claire et la plus convaincante »[14].

Utilisant la même procédure que Charcot, Freud émet de nouvelles conclusions : « les événements extérieurs déterminent la pathologie de l'hystérie dans une mesure beaucoup plus grande que celle qui est connue et admise »[15]. D'une famille neuropathologique, qui correspond à sa spécialité médiale, Freud va étendre le concept d'hystérie traumatique. Il affirmera le rôle fondamental du traumatisme dans l'étiopathogénie de tous types d'hystérie[16]. La pertinence de l'évolution de la pensée de Freud vient alors souligner que ce n'est pas directement l'événement traumatisant qui motive le symptôme sinon sa représentation en tant qu'elle conditionne ce que le sujet en retient. Le souvenir du trauma agit à la façon d'un corps étranger dont l'action peut se prolonger bien longtemps après l'effraction psychique. Quand l'affect du sujet sera connecté à la

---

[13] Freud S., *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques*, *Archives de Neurologie*, Tome XXVI, Paris, PUF, 1893, pp. 29-43 in Étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques. Archives de Neurologie, 1893.
[14] Freud S., *Standard Edition of the Complete Psychological Works*, London, The Hogarth Press, London, II, p. 7.
[15] *Ibid.*
[16] Breuer J., Freud S., (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, Puf, 2003.

représentation de l'évènement traumatique, le symptôme disparaît. Ici se différencient les destins de l'affect et la représentation ; les deux opèrent comme souvenirs mais de façon bien distincte. Cette dissociation est liée à l'assimilation de l'affect à une source pulsionnelle : une énergie. L'hypnose a montré en faisant remonter les représentations traumatiques qu'elles étaient conservées intactes, là où le sujet n'y a pas accès dans un état normal. Néanmoins si les représentations peuvent revenir il n'en est pas de même du destin de l'affect, qui lui, peut rester « bloqué ». L'expérience vécue par le sujet relève de l'insupportable.

La question des souvenirs intacts demeure encore en suspens surtout quant à leur localisation. Freud demeure partagé par l'approche de Breuer quant à l'utilisation de l'hypnose. Il existait un débat au XIXème siècle concernant l'hystérie et son traitement par l'hypnose qui opposait les écoles de la Salpêtrière et de Nancy avec Bernheim. Freud était venu à la Salpêtrière en 1885-1886 et à Nancy en 1889. De nombreuses réflexions l'amèneront à l'abandon de cette approche. Selon lui, Charcot, Bernheim, Kraepelin ne trouvaient pas de solutions concernant l'hystérie : l'hypnose et le traumatisme pouvaient même servir « d'amplificateurs ». La répétition et l'automatisme des troubles pathologiques n'étaient envisagés que dans une dimension consciente. Freud opéra entre 1893 et 1895 un glissement sémantique passant de « la lésion fonctionnelle » à « l'altération de fonction ou de dynamisme ». C'est une perspective clinique totalement nouvelle. Cela l'amène à évoquer la notion « d'hystérie de défense ». Il s'agit d'une forme d'hystérie qu'il distingue dans les années 1894-95 des deux autres formes d'hystérie : « l'hystérie hypnoïde et l'hystérie de rétention »[17]. Elle se singularise par la défense que le sujet met en œuvre contre des représentations qui pourraient générer des affects désagréables. Freud constatera dans sa clinique la mise en jeu de défenses dans tous types d'hystérie. En conséquence, son observation lui permettra ultérieurement de ne plus utiliser le terme d'hystérie de défense, ni de distinctions dans les diverses formes.

Lorsque Freud publie *Études sur l'hystérie* (1895), il note : « je n'ai pas rencontré de véritable hystérie hypnoïde ; tous les cas que j'ai entrepris de traiter se sont mués en hystérie de défense[18] ». Parallèlement, Freud (1891) publie des textes très enthousiastes sur l'efficacité de l'hypnose, écrivant par exemple :

---

[17] Freud S., Die Awehr-Neuropsychosen, Versuch einer psychologischen theorir der acquirierten hysterie, vieler phobjen und zwangsyortstellungen und gewisser hallucinatorischer psychosen, 1894, 1894a.
[18] Breuer J., Freud S., (1895), *Études sur l'hystérie*, *op. cit.*, p. 13.

> « Le reproche selon lequel l'hypnose ne guérirait que des symptômes – et encore, uniquement pour une période brève – est injustifié. [...] Dans toute une série de cas où les manifestations morbides sont d'origine purement psychique, l'hypnose remplit toutes les exigences d'une thérapie causale, et le procédé consistant à interroger et à apaiser le malade sous hypnose profonde s'accompagne alors la plupart du temps du plus éclatant succès »[19].

Sa pensée évolue et ses travaux de publication sur l'Hystérie avec Breuer et le suivi du cas Anna O. en 1895 vont faire émerger la première notion de représentation d'insupportable de l'hypnose. Freud marquera alors une rupture violente avec Breuer posant le constat que l'abréaction qui suit l'hypnose est insuffisante pour guérir le patient. En outre, certains sujets développent des résistances, des refoulements, des déplacements de symptômes qui ne permettent pas la guérison durable. Enfin, Freud remet en question la méthode suggestive :

> « Si j'ai abandonné la technique par suggestion, et avec elle l'hypnose, c'est que je désespérais de rendre [...] une guérison durable. Dans tous les cas graves, je vis la suggestion appliquée dessus disparaître en s'effritant. »[20].

En 1891 Freud rajoute : « La suggestion consiste à nier énergiquement les maux dont s'est plaint le patient »[21]. C'est le cas d'Anna O. qui va être déterminant car il va faire comprendre à Breuer l'intérêt de la formulation de ses symptômes, puis de remonter à leurs origines par la parole.

Si Breuer et Freud, dans leurs *Études sur l'hystérie*, ont gardé l'anonymat de cette jeune femme, on sait depuis, qu'elle se nomme en réalité Bertha Pappenheim. De famille juive-orthodoxe, son père, Sigmund Pappenheim, était un riche commerçant viennois. La jeune femme avait reçu une éducation bourgeoise, était polyglotte (anglais, français et italien). Son adolescence ne laissera pas apparaître de troubles névrotiques particuliers. Elle avait une tendance à la rêverie en réaction à une éducation plutôt rigide. Néanmoins, elle développa une hystérie fulgurante. Elle était la patiente de Breuer. Lors de l'été 1882, il faisait une très forte chaleur. Malgré une soif non étanchée, Anna O. était dans l'impossibilité de boire. Mise sous hypnose, elle manifesta toute une critique à l'égard de sa gouvernante qu'elle n'appréciait pas. En effet, elle l'avait vue un jour, donner à boire à son chien, dans un verre. Cet animal était une bête particulièrement dégoutante. Elle avait ressenti un violent dégoût, mais

---

[19] Freud S., *L'hypnose,* (1886-1893), Introduction et *présentation de Mikkel Borch-Jacobsen.* L'Iconoclaste, 2015, p. 300.
[20] Freud S., (1905), La *technique psychanalytique*, Paris, Puf, 2013, p. 51.
[21] Freud S., *L'hypnose,* (1886-1893), *Introduction et présentation de Mikkel Borch-Jacobsen*. L'Iconoclaste, 2015, p. 298.

n'avait rien exprimé à cause de son éducation. Ayant raconté ce souvenir, la conséquence fut l'abolition définitive du trouble. La guérison de ses autres symptômes devait suivre cette même voie. Cependant, il est à noter que l'histoire de la maladie d'Anna O. ne peut être présentée d'une manière aussi simpliste. Breuer évoquera lui-même, dans son texte *Études sur l'hystérie*[22], qu'il y eut, plusieurs phases distinctes, alternant entre rémissions et rechutes. Freud émit des doutes sur la guérison totale. En effet, il confia à son disciple Ernest Jones qu'une interférence avait empêché Breuer de mener à bien son traitement. Breuer développait, à l'égard de sa patiente, un attachement particulier ressemblant fort à un sentiment amoureux, qui sera défini ultérieurement sous le nom de contre-transfert. Quoi qu'il en soit, Anna O. reste le premier cas où une cure se fonde clairement sur la verbalisation et sur la parole. Ce fut la patiente elle-même qui suggèra à Breuer les locutions « talking cure » et « chimney sweeping » (pour reprendre ses propres termes). Breuer parlera de « narration dépurative ». Ce fut alors une révélation pour Freud. Il va donc adapter à partir de là, un nouveau paradigme mettant en jeu la libre association du patient dans le cadre d'une cure par la parole, qui, pour lui, contrairement à l'hypnose, empêcherait la rechute. L'histoire de la psychanalyse trouve ici sa genèse.

1.2 Le traumatisme versus la sexualité

Le traumatisme va prendre une nouvelle dimension sur la période suivante qui s'étend de 1892 à 1896. Déjà Freud avait rencontré en 1887 l'oto-rhino-laryngologiste Wihlem Fliess qui découvre les périodes de la vie organique, puis élabore une théorie sur la bisexualité. Tous deux deviennent amis, et une complicité s'instaure au travers de correspondances. Freud prend un nouveau virage s'intéressant aux facteurs sexuels dans la psychopathologie. Il crée le domaine de la psychosexualité, puis développe une théorie sexuelle de la vie intrapsychique[23]. Les *lettres à Fliess* entre 1892 et 1894 vont multiplier les références orientant la névrose comme constitutive d'une expérience traumatique s'originant dans une étiologie sexuelle. A cette époque Freud n'envisage que la sexualité adulte. C'est à nouveau autour de la question de la méthode thérapeutique que Freud va faire évoluer sa pensée.

[22] Breuer J., Freud S., (1895), *Études sur l'hystérie*, *op. cit.*, p. 13
[23] Cf annexe 1 : Cette correspondance sauvée de la destruction par Marie Bonaparte fut publiée vers 1950 sous le nom de : *Naissance de la Psychanalyse*.

Comme je l'ai évoqué précédemment, l'abandon de l'hypnose et de la suggestion au profit de la démarche cathartique témoigne d'une volonté de se dégager d'une causalité purement organique du trauma. Va s'ouvrir une nouvelle voie d'observation clinique, au sein même du cadre psychothérapeutique : il s'agit de la répétition de l'événement traumatique. La relation transférentielle entre l'analyste et son patient est sous-tendue par un grand facteur de l'hystérie, à savoir l'état amoureux. La construction progressive de la méthode psychanalytique de Freud instaurant l'association libre, lui confirmera le facteur sexuel comme facteur premier pathologique tant au niveau théorique que clinique[24]. Le trauma acquiert peu à peu une nouvelle place. Devient alors central le « conflit de défense »[25]. Ce dernier concerne l'ensemble des névroses et la sexualité. La défense est une protection du moi face à des représentations insupportables qui sont maintenues isolées. Freud les nomme comme évènements traumatisants ou de types traumatiques. Il rédigera en 1894 « les psychonévroses de défense »[26] qui confirment que les évènements traumatisants participent à engendrer des pensées névrotiques, objet du rejet du moi. L'apparition du symptôme névrotique est consécutive à la représentation et à l'effet additionnel d'excitations que le moi ne peut supporter et dont il doit se protéger. Alors l'énergie s'oriente sous une autre forme.

Dans l'hystérie, la somme d'excitations se décale vers la partie somatique du sujet en tant que conversion. C'est en regard d'un évènement traumatique que ce clivage a pu s'occasionner. En 1895, dans sa publication avec Breuer, Freud émet l'hypothèse d'une étiologie psychogène et psychosexuelle traumatique de l'hystérie. Il introduit ~~donc~~ la notion de refoulement et de retour du refoulé et affirme que « c'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique »[27] générée par la séduction de l'adulte. Il postule sa première conception de l'hystérie : c'est une scène traumatique à caractère sexuel de l'enfance (séduction par un adulte) empêchant le retour du souvenir traumatique, provoquant une excitation qui est déviée en conversion hystérique. Sa remémoration dans la cure devait permettre sa liquidation, donc la guérison. Freud, reviendra sur ces points, particulièrement en introduisant le concept de fantasme.

---

[24] Freud S., (1887, 1904), *Lettre à Fliess, 22 juin 1894*, in *Les lettres de Freud à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2007.
[25] Breuer J., Freud S., (1895), *Études sur l'hystérie*, *op cit.*, p. 23
[26] Freud S., (1894), *Les psychonévroses de défense*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 2010, pp. 1-14.
[27] Breuer J., Freud S., (1895), *Études sur l'hystérie*, *op cit*, p. 4.

Dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* Freud propose d'aborder le problème de la défense sous deux facteurs de causalités. Il cherche à différencier une défense normale d'une défense pathologique. La première s'exerce dans le cadre de la répétition d'une expérience douloureuse. Le moi a déjà pu, lors d'une première expérience de douleur, inhiber le déplaisir par ses adaptations. Lorsque l'investissement de la trace mnésique se répète Freud écrit :

> « Le déplaisir se répète aussi, mais les frayages du moi sont eux aussi déjà en place. L'expérience montre qu'à la seconde fois, la libération de déplaisir est moins importante et finalement, après plusieurs répétitions, elle se réduit à l'intensité convenant au moi, d'un signal. Une telle défense évite au moi le risque d'être submergé et infiltré par le processus primaire, comme c'est le cas avec la défense pathologique. »[28]

Au travers de sa *Neurotica* ou *Théorie du traumatisme sexuel précoce*, considérée comme fondement de la psychanalyse, Freud souligne la prépondérance des deux temps du traumatisme avec le rôle de « l'après-coup » : le premier temps s'étant produit précocement chez un être immature, en état de « passivité ». Cet événement ne prend sens, mais aussi ne fait trauma que dans un second temps, dans l'après-coup de la puberté, qui va raviver les traces mnésiques du premier (dont le refoulement avait effacé le souvenir).

Le cas Emma Eckstei[29] explicite le processus de l'après-coup et de l'enchevêtrement des différentes scènes avec la maturation sexuelle du sujet. L'impossibilité d'Emma de rentrer seule dans un magasin est en lien avec deux souvenirs qu'elle amène à Freud : une scène correspondant à la survenue de ce qu'elle interprète comme des moqueries sur sa manière de se vêtir de la part de deux vendeurs alors qu'elle avait 13 ans. L'un de ces vendeurs « lui avait plu ». Puis au cours du travail d'analyse un deuxième souvenir survient, elle a alors 8 ans, elle entre à deux reprises chez un épicier pour lui acheter des friandises, qui lui attouche ses organes génitaux au travers de ses vêtements. Freud conclut qu'un souvenir refoulé ne se transforme en traumatisme que dans l'après coup. L'évolution biologique liée à la puberté et l'évolution psychoaffective d'Emma ont participé à configurer une forme de toute-puissance du fantasme en regard d'un événement qui aurait pu être anodin, mais qui s'est vu associé à un traumatisme antérieur. Cette toute-puissance participe à donner une ampleur paroxystique à cet événement vécu après-coup. Le concept d'après-coup est un cadre de pensée essentiel en psychanalyse. Ce schéma novateur que met en évidence Freud requiert à la fois :

---

[28] Freud S., (1895), *Esquisse d'une psychologie scientifique*, Paris, PUF, 2004, p. 69.
[29] Freud S., (1895), *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2009, pp. 364-366.

- un événement oublié, lié au hasard de la vie, et porteur d'une trace mnésique dont le sujet ignore les implications (dans le cas d'Emma : être une jeune fille qui a à faire face au désir sexuel de l'autre alors qu'elle a 8 ans) ;
- un événement plus postérieur dans la vie du sujet, souvent insignifiant mais qui va réveiller le premier et susciter une défense pathologique (refoulement pulsions sexuelles), dans un contexte de maturation pubertaire.

1.3 L'abandon de la *Neurotica* ou *Théorie du traumatisme sexuel précoce* [30].

L'abandon par Freud de la théorie de la séduction répond à la nécessité d'une part de se mettre à l'écoute de ses patients, d'autre part, d'analyser ses propres rêves. Les mois qui suivent la mort de son père en octobre 1896, l'analyse de sa production onirique l'amène à la découverte de la structure œdipienne. Dès lors, comment concilier la théorie de la séduction et la dimension œdipienne ? Conserver la théorie de la séduction enlève au complexe d'Œdipe toute l'importance de vie intérieure, des fantasmes conscients et inconscients. Freud dans sa lettre à FIiess du 21 septembre 1897 rédige de manière un peu découragée : « je ne crois plus à ma neurotica »[31]. Il y explique les raisons de son évolution qui l'amènent à ne plus croire à la réalité des trauma « présexuels » conduisant à la névrose. Sans cette lettre écrite à Fliess, il faudrait attendre la publication en 1905 des *Trois Essais sur la théorie sexuelle*[32] pour trouver une remise en question de la théorie de la séduction et, l'élaboration à partir du fantasme du complexe d'œdipe, qui deviendra la théorie psychanalytique freudienne en tant que tel. On assiste là à un nouveau tournant épistémologique, puisque Freud met désormais au premier plan les fantasmes inconscients intrapsychiques.

1.4 Trauma et détresse du moi

Avec l'abandon de la *Neurotica*, de nombreuses questions se posent à Freud. Développant l'auto-analyse de l'onirisme, à partir de juin 1897, il propose le lien entre le rêve et découverte concernant le fantasme et la sexualité infantile. Sur la période entre 1898 et 1905 il note ses observations dans la manière dont s'organise le trauma. En 1900, il fait mention des phénomènes et caractéristiques de la névrose traumatique que sont les rêves

[30] Freud S., (1887, 1904), *Lettre à Fliess, 21 septembre 1897*, in Les lettres de Freud à Wilhelm Fliess, *op. cit.*, 2007.
[31] Freud S (1897-1902), *Lettre à Flies, op.cit. : «* Je ne crois plus à ma Neurotica », *Naissance de la psychanalyse, op cit*, 1991.
[32] Freud, S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1905.

d'angoisses répétitifs. Ceux-ci traduisent la multiplicité des instances du désir au sein de l'appareil psychique. C'est en 1916, que l'articulation de la pensée freudienne s'organise concernant la dimension synchronique du trauma psychique avec les névroses traumatiques. La 18e conférence intitulée conférence d'*Introduction à la psychanalyse*, en 1916, aborde la question des névroses traumatiques consécutives à la guerre. La dimension traumatique y est envisagée d'un point de vue économique et Freud constate un invariant qu'il nommera : « concept de fixation »[33]. Les névroses hystériques et obsessionnelles sont analogues à la névrose traumatique qui constitue le modèle même de la fixation. La dimension traumatique n'est pas abandonnée mais occupe une place différente et est soumise à d'autres conditions.

Freud introduit l'hypothèse des processus psychiques inconscients face à la méconnaissance par les patients de leurs symptômes envisagés ici dans une dimension d'actions obsessionnelles et donc répétitives. La 25e conférence d'introduction à la psychanalyse[34] se consacre à l'angoisse qui légitime l'emploi du vocable de « terreur » ou « d'effroi » pour définir les névroses traumatiques (je reprendrai ces concepts ultérieurement). Le 18 février 1919, après la guerre, Freud écrit à son disciple E. Jones à propos de sa conception des névroses traumatique :

> « … c'est une affection narcissique comme la démence précoce, etc. L'angoisse constitue une protection contre le choc. Dans la névrose traumatique, il semble que l'esprit n'ait pas eu le temps de recourir à cette protection et qu'il ait subi, sans y être préparé, le traumatisme. Sa défense contre les stimuli est débordée, et il se voit frustré de sa fonction principale et primaire, celle d'éloigner les excitations excessives. La libido narcissique se manifeste alors sous la forme de l'angoisse avec tous ses signes… La différence entre la guerre et la paix, est que, dans la première, le moi est fort, mais attaqué par surprise ; tandis que dans la seconde, il est préparé à l'attaque mais affaibli. La névrose de guerre présente donc le conflit narcissique intérieur au dedans du moi assez analogue au mécanisme de la mélancolie. … Toutefois, je n'ai analysé aucun cas de traumatisme de guerre… »[35].

Le traumatisme connait deux temps dans la théorie freudienne. À partir de 1895, Freud se réfère au sexuel en étant intimement lié à la théorie de la séduction : ce modèle, qui désigne l'action de la « séduction » sexuelle comme présidant à l'organisation de la névrose (qui intéresse la mémoire, le refoulement et sa levée). Ce modèle prédominera jusqu'en 1920. Durant cette première période, deux phases doivent être distinguées. Un premier moment, de 1895 à 1900 / 1905, pendant lequel Freud démontre que l'action du traumatisme

[33] Freud S., (1916-17a [1915-17]) *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999, pp. 256-257.
[34] *Ibid.*
[35] Freud S., Jones E., *Correspondance complète (1908-1939)*, Paris, PUF, 1996, p. 272.

lié à une séduction est celui du modèle en deux temps « après-coup »[36]. C'est le temps de l'abandon de la *Neurotica* où c'est le fantasme et non plus la séduction qui devient le facteur traumatique en inaugurant l'organisation de la névrose. Un second moment entre 1905 et 1920 : Freud élabore la métapsychologie, retrace le développement psychosexuel infantile et pose la théorie de la libido. Les situations traumatiques posent de nouveaux paradigmes étant liés aux « fantasmes originaires » et aux angoisses afférentes : angoisse de castration, complexe d'Œdipe. Le traumatisme s'associe à la force prégnante des pulsions sexuelles et la lutte que leur livre le moi. Tous les conflits et tous les traumatismes sont envisagés par référence aux fantasmes inconscients et à la réalité psychique interne. Freud, sur cette fin de période de 1919/1920, manifeste de grandes incertitudes cliniques quant aux névroses traumatiques. Néanmoins, dans *Au-delà du principe de plaisir*, il arrive à conceptualiser une nouvelle problématique par le biais des rêves répétitifs des névroses traumatiques. Cette analyse de cette dimension onirique le conduit à la notion de Compulsion de répétition et à la dualité pulsionnelle entre pulsion de vie et pulsion de mort.

En 1921, Freud fait un apport fondamental au travers de la *Psychologie des masses et analyse du moi* [37]. Ses remarques reprises sur le rêve en 1923 soulignent la dimension économique du trauma. C'est-à-dire que le moi est débordé, submergé par une agression interne ou externe dont il ne peut maîtriser l'intensité. Peu après, Freud modifie sa définition de l'angoisse en mettant l'accent sur le lien entre le traumatisme et la perte d'objet[38], introduisant dès lors la question, ultérieurement centrale en psychanalyse, des liens à l'objet. Il affirme s'en tenir à l'idée « que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogue à l'angoisse de castration » [39] . Dans les *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* Freud développera la mise en échec du rêve dans les névroses traumatiques qualifiées de « cas extrêmes »[40]. Dans *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*[41], il évoque la conception du traumatisme dans ses liens au narcissisme. Les blessures d'ordre narcissique ont valeurs traumatiques pouvant entraîner des atteintes précoces du moi car elles sont constitutives du fonctionnement psychique et de son organisation.

---

[36] Freud S., (1895), *Esquisse d'une psychologie scientifique*, *op. cit.*, 2004 et Breuer J., Freud S., (1895), *Études sur l'hystérie*, *op. cii.*, 2003.
[37] Freud S., (1926), *Psychologie des masses et analyse du moi*, Paris, PUF, 2010.
[38] Freud S., (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2005.
[39] *Ibid*., p. 53.
[40] *Ibid*., p. 44.
[41] Freud S., (1939), *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, PUF, 2011.

Freud envisage deux destins possibles du trauma : l'un positif et organisateur, par à-coups, permettant la répétition, la remémoration et l'élaboration ; l'autre négatif et désorganisateur, qui crée une enclave psychique (« un État dans l'État »), véritable clivage qui empêche la modélisation des processus psychiques ; le traumatisme devient alors destructeur. Ces dernières avancées de Freud ont été influencées par celles proposées par Ferenczi quelques années auparavant, entre 1927/1928 et 1933. Ferenczi a permis d'élargir la notion traumatique en une « reformulation métapsychologique de la théorie de la séduction traumatique »[42]. Cet apport est d'une grande pertinence et encore novateur de nos jours tant il a permis d'affiner la nature du trauma permettant de questionner l'objet et la notion de clivage. C'est l'ensemble de cette description, atteinte précoce du moi, blessure narcissique, clivage, etc., qui m'amène à aborder le concept de traumatisme selon Ferenczi. Qu'il s'agisse de Freud ou de Ferenczi, leurs travaux posent des questions primordiales, notamment entre 1916 et 1920, que la psychanalyse contemporaine doit prolonger.

2. Théorie du traumatisme selon S. Ferenczi

Les nombreux désaccords entre Freud et Ferenczi, vont faire évoquer à Balint « l'effet de traumatisme » [43] de leur relation, tant leurs incompréhensions pouvaient être violentes. Tout comme Freud, il est sans conteste que Ferenczi entre 1908 et 1933, date de sa mort, a contribué également à l'édification de la psychanalyse en marquant de son empreinte de nouveaux concepts que je vais développer. Il a souvent été critiqué, y compris par Freud, car il reprenait une approche archaïque du traumatisme, celle-là même que Freud avait abandonnée en 1897[44]. Ferenczi se rend compte que dans le récit des événements traumatiques rapportés par ses patients hystériques il s'agissait le plus souvent de fantasmes, plus que de faits. Freud n'était lui-même pas tout à fait satisfait de sa théorie sur le trauma. Il a passé de longues années à remanier le concept, à le compléter.

Ferenczi, contrairement à Freud, soutient l'idée que le trauma réel est beaucoup plus fréquent, et même toujours présent si l'on parvient à aller suffisamment au fond des choses. Selon l'approche ferenczienne, le trauma reste toujours d'ordre sexuel mais l'auteur va aborder la problématique de manière différente à celle de Freud. Son expérience clinique est

[42] Brette F., Emmanuelli M., Pragier G., *Le traumatisme psychique*, collection monographies de psychanalyse, Paris, PUF, 2014, p. 27.
[43] Balint M. (1968), *Le défaut fondamental*, Paris, Payot, 2003.
[44] Freud S., (1887, 1904), *Lettre à Fliess, 21 septembre 1897*, in Les lettres de Freud à Wilhelm Fliess, *op.cit.*, 2007.

consignée dans le *Journal Clinique*[45], et les notes qui font suite, entre octobre et décembre 1932[46]. C'est dans ses recensions privées, non destinées à la publication, que l'on voit son œuvre. De ses pressentis et hypothèses émergent les concepts de clivage et morcellement, et la définition de la douleur psychique allant jusqu'à l'agonie. Il va décrire le trauma comme un état de choc, un trouble, qui va déstructurer la personnalité du sujet. Ferenczi va chercher à analyser le clivage qui en découle par différentes métaphores, que j'énonce maintenant, avant de les développer ultérieurement :

- Le clivage d'une partie morte, tuée par la violence du choc traumatique et, qui permet au reste de vivre une vie normale,
- Un morceau de la personnalité qui manque, qui reste hors d'atteinte, comme un kyste à l'intérieur de la personnalité ;
- Les clivages multiples, sous l'effet de chocs répétés qui peuvent aller jusqu'au morcellement de la psyché, comme si la personnalité agressée du sujet se fragmentait pour se protéger, augmentant la surface à opposer au choc[47].

Abraham et Torok ont rédigé leurs conceptions sur les effets du trauma à partir de la théorie de Ferenczi. Il ne s'agit pas de trauma secondaire à une séduction (via les soins maternels ou via l'absence de l'objet)[48], mais plutôt d'une dépossession de la pensée et de l'affect par disqualification de l'affect et par le déni des éprouvés de l'enfant dans la dyade qu'il constitue avec sa figure maternelle. Il y a donc un lien de causalité exogène au trama du fait soit :

- de privations d'amour (tant sur le plan primaire que secondaire) ;
- d'excès des demandes parentales ;
- des inaptitudes à la connaissance des besoins de l'enfant.

Ces facteurs engendrent différents effets sur la structuration psychique dont une sidération, due pour l'essentiel au désespoir.

Ferenczi pense que l'origine du trauma est liée aux conséquences d'un certain type de destin libidinal faisant suite à des expériences du sujet avec l'objet premier. Il explicite que, du fait de la « confusion de langue » entre le langage de la tendresse de l'enfant et le

---

[45] Ferenczi S., (1932), *Journal clinique : Janvier-octobre*, Paris, Payot, 2014.
[46] Ferenczi S., *Notes et fragments octobre-décembre 1932*, https://psycha.ru/fr/ferenczi/1920 et 1930-33 posth/notes frag.html.
[47] Ferenczi S., *Journal clinique : Janvier-octobre*, (1932), Paris, Payot, 2014. Cas RN ou la découverte de l'incidence de la répétition du trauma dans la cure, dans le présent du transfert. Ferenczi amène sa conception d'une cure avec une fin d'analyse, qui ne s'avère didactique qu'après coup.
[48] Freud émet cette proposition à partir d'*Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2005.

langage de la passion de l'adulte[49], il peut advenir une excitation sexuelle prématurée. Ce type d'expérience, est la conséquence de réponses inadaptées d'un objet défaillant face aux situations d'angoisse et de détresse de l'enfant. L'objet est soit trop présent, soit trop absent. Cet objet « en trop » vient faire empreinte sur le psychisme naissant de l'enfant et compromet sa construction psychique. Il participe à stigmatiser à jamais son moi tout en le maintenant dans un état de détresse, pouvant se réactiver toute sa vie, en regard de différents contextes ou de l'environnement. Le concept de traumatisme change-t-il de paradigme s'inscrivant dans une expérience avec l'objet, et non plus seulement comme étant de type sexuel. Il existe – au-delà de l'expérience traumatique - par ce qui n'a pas pu avoir lieu : une expérience douloureuse négative qui entraîne un clivage du moi, ce qui modifie soudainement « la relation d'objet, devenue impossible, en une relation narcissique »[50].

Ferenczi évoque une dichotomie au sein de la « personne en une partie endolorie et brutalement destructrice, et en une autre partie omnisciente aussi bien qu'insensible » [51]. Ce clivage induit une externalisation d'une partie du moi ; cette vacuité laissant place à l'identification à l'agresseur, avec des affects de type « terrorisme de la souffrance » ; la partie expulsée du moi devient alors omnipotente et désaffectivée. Notons que le concept d'identification à l'agresseur sera repris par Anna Freud, mais dans un tout autre sens. En effet, Ferenczi applique cette notion aux enfants lourdement maltraités, victimes de terreur et qui réagissent en introjectant la violence subie. Ils s'adaptent entièrement au désir de l'autre, s'oubliant totalement en s'identifiant à l'agresseur. Ils construisent une posture de survivance. Ferenczi décrira des agressions comme : le viol commis par des adultes, ou des punitions passionnelles et inattendues pour des délits qui, aux yeux de l'enfant n'étaient que du jeu. Selon l'approche de Ferenczi, l'identification à l'agresseur permet à l'enfant de maintenir une image « suffisamment bonne » du parent maltraitant, dont il est en totale dépendance.

Anna Freud, qui ne se réclame d'ailleurs pas d'obédience ferenczienne, adopte cette approche pour des enfants qui n'ont pas été maltraités mais qui devancent une agression redoutée en s'identifiant à l'agresseur en devenant agresseurs eux-mêmes. Il s'agit d'une « identification projective » à l'agresseur. Elle cite par exemple le cas d'un enfant qui

---

[49] Ferenczi S. (1927-1933), *Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, Paris, Payot, 1982, pp. 125-138.
[50] Ferenczi S. (1934), *Réflexions sur le traumatisme*, Paris, Payot, 1984, p. 139.
[51] Arbiso C., Arbousse-Bastide J.C., Chanson P. et al., *Psychologie clinique : débats et enjeux. La psychologie clinique en dialogue*, Paris, Bréal, p. 261 ; Ferenczi S., 1(927-1933)., *Psychanalyse IV, Œuvres complètes, Tome* IV, Paris, Payot, 1982.

a peur des fantômes et s'en défend en imaginant être un fantôme lui-même. Il s'agit également d'une forme de maîtrise de l'angoisse face à l'autorité : l'enfant qui anticipe la punition de sa mère en se mettant à la taper[52]. En somme, chez Anna Freud il s'agit plutôt d'agressions fantasmées, tandis que chez Ferenczi il s'agit d'une menace dans le réel, dramatique, voire vitale.

À partir de ses observations cliniques, Ferenczi poursuit la construction de sa théorie du trauma et remet continuellement en question la technique de la cure. Comme Freud, il considère que deux temps sont nécessaires pour rendre le trauma pathogène. Mais ce ne sont pas tout à fait les mêmes temps. Le trauma, par lui-même, ne l'est pas nécessairement. Selon Ferenczi, il peut même, s'il est vécu au sein d'un environnement bienveillant, favoriser un développement normal. Néanmoins, il peut le devenir si, dans un deuxième temps, il s'ensuit un discrédit de la part des adultes dont l'enfant dépend, en tout premier lieu la figure maternelle. Ferenczi évoquera comme causes : l'effet de surprise, la répétition des traumas, l'hypocrisie, la culpabilisation, le rejet, le mensonge, qui vont rendre le trauma pathogène. Peu à peu, à mesure que progresse son travail thérapeutique, Ferenczi précise sa conception du mécanisme d'action du trauma : « Le matériel mnésique mis au jour ou confirmé par la néocatharsis a redonné une grande importance au facteur traumatique originel dans l'équation étiologique des névroses » :

> « Les mesures de précaution de l'hystérie et les évitements des obsessionnels peuvent trouver leur explication par des formations fantasmatiques purement psychiques : 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; ceux-ci précèdent toujours la formation des puissances psychiques névrogènes, par exemple aussi celles de la conscience morale»[53].

Le clivage narcissique, à l'origine des « effets négatifs » du trauma que Freud évoquait dans *L'Homme Moïse*[54], a pour conséquence, d'entraver le processus de la liaison pulsionnelle, de créer des défaillances lors de la constitution du narcissisme (non-contenance de la barrière pare-excitante). Ce qui entraîne d'importantes carences de représentation atrophiant à jamais le moi et engendrant une détresse primaire douloureuse pouvant aller jusqu'au désespoir[55].

---

[52] Hirsch M., *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Leipzig, Mohr, 1996, p. 45.
[53] Ferenczi S. (1930), Principe de relaxation et néocatharsis, *Psychanalyse IV, Œuvres complète*, Paris, Payot, 1990, p. 93.
[54] Freud S. (1939), *L'Homme Moïse et la religion monothéiste,* Paris, Folio, 1992.
[55] Roussillon R., *Traumatismes et liaisons primaires non symboliques*, in *Traumatismes, Actualités psychosomatiques*, Association Genevoise de Psychosomatique (AGEPSO), 2000, N°3, p. 89-109.

Si durant près de vingt-cinq ans Ferenczi apporte une contribution sans commune mesure au corpus psychanalytique de 1908 à 1933, avec notamment le concept « d'introjection » [56], ce sont ses travaux sur le traumatisme qui sont paradigmatiques de toute sa réflexion métapsychologique. En effet, Ferenczi s'avère être un précurseur dans l'analyse des structures limites. À partir de son écoute clinique, il développe une pensée clinique qui l'a conduit à découvrir l'importance du trauma comme conséquence des traumatismes primaires vécus par le sujet. Tout d'abord, ces traumatismes inscrits dès les expériences primaires, participent à freiner le processus de liaison pulsionnelle. Par ailleurs, ils génèrent une défaillance dans la structuration du narcissisme et entraînent d'importantes failles de symbolisation. Enfin, ils occasionnent des transferts passionnels, des dépressions de transfert ou des réactions thérapeutiques négatives, etc., tous témoins de l'importance de la destructivité psychique à l'œuvre. L'ensemble des écrits de Ferenczi publiés entre 1927 et 1933, constitue un ensemble qui souligne, dans sa métapsychologie, son avancée sur différents axes cliniques. Dans un premier temps, le contre-transfert est loin d'être un obstacle thérapeutique, il est un moyen primordial à la compréhension et la gestion des processus psychiques en cours. Dans un deuxième temps, même s'il y a une action des effets du narcissisme sur le processus de la cure, Ferenczi n'y voit aucune contre-indication à la psychanalyse, comme on pouvait le réfuter à l'époque. Chez certains patients, Ferenczi insiste sur le fait qu'agir une régression durant la cure favoriserait l'établissement et le développement d'une relation primaire dans la relation transféro-contre-transférentielle. Il évoque dans sa perspective des affects, les notions d'amour primaire et de haine primaire. Tout comme l'amour, la haine est un facteur de cristallisation mais encore plus fort.

Concernant l'enfant, il met en évidence l'émergence d'un déni de la reconnaissance de ses affects en regard du traumatisme et un défaut de réponse maternelle. Par ailleurs, il souligne le rôle précoce du trauma et de ses traces sur la structure psychique du sujet qui origine le clivage et ses fonctions[57]. En ce sens, va-t-il énoncer comment dans la fonction du clivage se crée un double fonctionnement de la partie psychotique et non-psychotique dans la psyché du sujet traumatisé. C'est un moyen pour le patient de se prémunir face à « l'agonie de l'angoisse »[58]. Ferenczi établit que le moyen de lever le clivage pour l'analyste est dans son aptitude à aider à penser l'événement traumatique. Il souligne l'importance des

[56] Ferenczi S. (1909), *Introjection et transfert*, Paris, Payot, 2013.
[57] Brette F., Emmanuelli M., Pragier G., *Le traumatisme psychique, op. cit.*, p. 30.
[58] Roussillon R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, p. 45.

processus négatifs du traumatisme au sein de la psyché et la dimension pronostique de l'analyse qui peut toucher des limites. À partir de Ferenczi s'affine l'hypothèse que la précocité du trauma, survenant chez les sujets en cours de structuration et mal protégés en aggrave certainement les conséquences. Probablement implique-t-elle également des mécanismes différents selon le degré de développement de la personnalité au moment où le traumatisme survient ?

3. Théorie du traumatisme chez J. Lacan

Si, pour Freud, le trauma demeure un concept central qui s'origine dans la formation même de l'inconscient, il conserve malgré tout une dimension événementielle. Se trouve de manière diffuse dans l'œuvre de Lacan des réflexions sur la question du traumatisme psychique qui invite à dépasser les modèles énergétiques de Freud, le trauma devenant un fait de structure. Dans un dernier séminaire, Lacan précise des points de structure sur le trauma. La question sera traduite en termes de savoir. Reprenant Hegel, Lacan écrira en regard du trauma : « Selon le trauma freudien, c'est un « je ne sais pas » qui est impensable… en fait, le point-origine… est le point nodal d'un savoir défaillant »[59]. Le sujet du fait même d'être un être de parole, porte en lui le trauma. Lacan posera le trauma de la langue. La parole, en effet, ne peut pas tout dire. Il existe quelque chose qui ne peut être comblé, c'est un trou dans le réel. C'est ce que Lacan notera en termes d'« il n'y pas de rapport sexuel. » Cela fait un « *troumatisme* »[60]. Ce néologisme permet de faire sens. Il explique que c'est le trou dans la langue qui fonde le trauma. Il en découle une souffrance subjective dont le sujet se plaint.

Ce « troumatisme » serait un ensemble de trous comparable à un ensemble de formations psychiques, en premier lieu les fantasmes et les symptômes, qui participeraient à faire écran, masquer le réel que tente toujours de réduire l'ordre symbolique, sans jamais y parvenir totalement. Lorsque la réalité se rappelle de trop près au sujet, le traumatisme inaugural surgit sous forme d'angoisse pour le lui signifier. Il arrive cependant que se produise une mauvaise rencontre, rencontre avec ce qui ne peut être symbolisé, une rencontre du réel qui a été manquée et n'a pu accéder au langage. C'est la « Tuché », « qui gît toujours au-delà de « l'automaton », « rencontre du réel » dans ce qu'il a

[59] Lacan J., *Le Séminaire*, Livre XVI, *D'un Autre à l'autre*, Paris, Seuil, 2006, p. 274.
[60] Lacan J., *Le Séminaire*, Livre XXI, *Les non-dupes errent*, inédit, 1974.

«d'inassimilable»[61]. « La Tuché est le hasard pur, ce qui ne peut être deviné à l'avance, ni prédit et encore moins calculé »[62]. « L'automaton », quant à lui, se situe sur le versant du symbolique. Il est ce qui ne cesse de signifier, ce qui advient et qui participe à construire le destin du sujet. Il est une résistance qui s'oppose à la rencontre du réel. Ce qui participe alors à faire traumatisme c'est lorsque le réel se dérobe à tout signifiant ; ou encore quand il existe une dialectique contradictoire entre Tuché et Automaton qui fait trauma.

Selon Lacan, il ne saurait exister de « rapport réel au réel » en dehors du langage[63]. Le langage est en effet tout autre chose qu'une opération de désignation, un signifiant correspondant de façon univoque à un signifié. À partir de la linguistique saussurienne Lacan retient sa dimension structurale selon laquelle il n'existe plus aucune positivité. Il est accès à une rationalité autre, tout comme à la polysémie puisqu'un signifiant n'a de réalité que dans son opposition à d'autres signifiants. Le Réel est donc ce qui résiste à toute symbolisation. Ce que le sujet croit en saisir est en fait de l'ordre de la « réalité », c'est-à-dire de ce que le langage lui permet de lui en représenter. Le fantasme tente de recréer un lien à l'objet perdu dans une perspective protectrice du trauma, en tentant de combler, sans pouvoir jamais y parvenir totalement, quelque chose de la division inaugurale du sujet qui le fait sujet de manque. Parce que le langage est dans l'impossibilité de tout signifier, il introduit alors une division du sujet qui le fait accéder à la castration, au ratage, à la séparation, au discours, au manque et donc au désir insatiable ; toujours désir d'autre chose. Le « troumatisme » est constitutif de l'accès même à l'ordre symbolique. Selon Gagnepain, il tiendrait à l'inconscient, à l'arbitraire auquel le sujet condamne l'accès à la structure ou encore à la « négativité ».

Dans la perspective lacanienne, le processus d'après-coup, décrit par Freud, est abandonné au profit d'un concept d'événement comme rencontre avec le réel. L'événement tient son pouvoir traumatogène, non dans l'actualisation d'un traumatisme infantile, mais parce qu'il renvoie le sujet à un impensable, un hors symbolique, donc à la structure même du sujet « désirant » et être de langage.

---

[61] *Ibid*. p. 64 et 65.
[62] Sofiyana A., « Tuchê et Automaton. Introduction à l'Introduction au séminaire sur La Lettre volée », *La clinique lacanienne*, 2005, n°8, pp. 199-220.
[63] Hoffmann C., *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod, 2007, pp. 35-46.

4. Théorie du traumatisme chez O. Rank

Évoquer Rank c'est souligner ses liens particuliers à Freud puis à Ferenczi. Issu d'un milieu modeste, Otto Rosenfeld prend le pseudonyme de Rank pour renier ses origines familiales empreintes de violence intra familiales, notamment avec son père et l'alcoolisme. Freud fait sa rencontre alors que Rank travaille dans un atelier mécanique. Brillant intellectuellement, il prépare une œuvre en lien avec la psychanalyse. Rank aura une place privilégiée au côté de Freud, sera secrétaire de la Société Psychanalytique de Vienne entre 1910 et 1915. Sa passion pour les mythes grecs l'amène à réaliser une thèse de doctorat en philosophie en 1912 où il analyse le rêve, son interprétation à la lumière des mythes. Il existe une contiguïté avec Ferenczi. Ils furent très proches et écrivirent *Perspectives de la psychanalyse*, en 1924, ouvrage fondateur de la pratique analytique.

L'année 1926 est l'objet d'une rupture suite à la parution du *Traumatisme de la naissance*[64]. Rank y aborde le traumatisme versus la perte, la séparation, et le vécu conflictuel, somatique, dans les perceptions, dans la vie intrapsychique. Il développe l'ambivalence entre fusion et séparation maternelle, dans une perspective d'alternances relationnelles chaotiques, qui va induire des angoisses de chute ou de morcellement et ce, de manière très précoce chez le nouveau-né. Il décrit les dysfonctionnements du système digestif du bébé comme étant liés à la séparation d'avec la mère toute-puissante. Freud, qui a ce même moment demeure centré sur l'Œdipe manifeste son désaccord avec les avancées de Rank : c'est à dire sur la mère objet de relations ambivalentes et chaotiques. Freud trouve que le « traumatisme de la naissance » ne laisse pas place à l'œdipe. Rank est alors accusé « d'hérésie antioedipienne »[65] en parlant de développement et de relations pré-œdipiennes, et il est excommunié par Freud.

Néanmoins Freud revient en 1932 sur le concept de relations pré-œdipiennes pour développer la notion de narcissisme primaire dont seul le corps propre de l'enfant était l'objet, sans relation avec la mère. C'est Mélanie Klein qui s'inscrit dans le continuum de Rank et qui devient l'une des précurseuses de l'étude du psychisme précoce. L'approche analytique qu'elle poursuit, explore les phases précoces de la vie intrapsychique du bébé et du très jeune enfant. La recherche psychanalytique se poursuit après Melanie Klein sur la « naissance à la vie psychique » du nourrisson et de l'enfant « pré-œdipien ».

---

[64] Rank O. (1926), *Traumatisme de la naissance*, Paris, Payot, 2002.
[65] Oloixarac P., *Les théories sauvages*, Paris, Seuil, 2013.

En 1924, Otto Rank remet en question Sandor Ferenczi, et la rigidité des règles psychanalytiques. Rank est un acteur de la rénovation de la technique de la cure, mettant radicalement en cause l'approche classique. En 1926, il propose une théorie dite de la cure « active », inaugurant des cures courtes et limitées centrées sur « l'ici et maintenant ». Rank préconise la sollicitation de la volonté consciente du sujet afin de mobiliser son désir de guérison. C'est pour lui la seule façon de faire sortir le patient de sa passivité masochiste dans laquelle il se réfugie trop volontiers. Freud s'oppose également à cette approche dans *Inhibition, symptôme et angoisse*. Néanmoins, il reconnait la légitimité des positions de Rank, qui ont le mérite de souligner l'importance de la séparation première avec la mère, en 1933 dans ses *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse.*

En résumé, Rank demeure donc l'un des premiers à s'intéresser à la relation précoce de l'enfant à sa mère et à la spécificité de la sexualité féminine. Il élabore une définition du maternel et du féminin, remettant en question la pensée freudienne trop centrée à ses yeux sur la place du père. En outre, il redéfinit la posture de l'analyste au sein de la cure. Il soutient l'idée qu'à la naissance tout sujet subit un traumatisme majeur qu'il cherche ensuite à dépasser par un désir inconscient de retour dans l'utérus maternel. Il pose comme fondement de l'angoisse psychique la séparation biologique première d'avec la mère. Cette thèse, proche de celle de Melanie Klein, est adoptée par d'autres psychanalystes dont le courant interactionniste de John Bowlby et des indépendants comme Donald Woods Winnicott. Néanmoins l'approche situera l'angoisse dans la variante de la séparation, liée à la relation ambivalente de l'enfant avec le sein de sa mère.

5. Théorie du traumatisme chez D.W. Winnicott.

Winnicott dans ses études sur la construction du narcissisme primaire décrit les expériences successives qui transforment progressivement le lien primaire initial de l'enfant avec la figure maternelle et qui participe à l'édification de la relation d'objet. Pour cela Winnicott entre 1951 et 1953 insiste sur la présence de « l'espace transitionnel »[66] entre l'enfant et sa mère. Il s'agit d'un espace de jeu, de création et de symbolisation primaire. L'ambiguïté y est acceptée, dans la mesure où elle ne crée pas de clivage entre le sujet et l'objet. Il ajoute que cela nécessite une expérience « suffisamment bonne » du narcissisme primaire grâce à la préoccupation maternelle primaire qui répond aux besoins de son

[66] Winnicott D.W., (1951-1953), Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, pp. 109-125.

enfant[67]. Cette construction relationnelle permet au bébé de vivre son omnipotence et de créer ses objets subjectifs ;

- L'aptitude à reste seul en présence de la mère[68] ;
- L'aptitude à utiliser l'objet et à se laisser utiliser[69].

Winnicott désigne par « holding » (maintien) l'ensemble des soins primaires que la mère apporte au nourrisson pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiques selon ses propres sensibilités, qu'elles soient tactile, olfactive, auditive, visuelle. Les facteurs constitutifs du holding de « la mère suffisamment bonne » sont : sa constance, sa fiabilité, ses capacités d'identification au nourrisson, ses aptitudes à le protéger, à s'adapter à ses changements physiques et psychologiques, sa capacité d'accueillir ses projections pour leur donner réalité. Dans le holding se greffe, par ailleurs, la temporalité. Il existe un holding en regard de trois dimensions. La première : la présentation de l'objet ou la mère laisse le sein être trouvé par le bébé. La deuxième : la mère fournit un environnement dans la sécurité affective que constitue l'amour. Elle joue avec l'enfant, lui permettant également de jouer seul en sa présence. Peut s'édifier l'espace potentiel qui participe à la séparation. La constance de l'objet primaire permet au nourrisson d'évoluer vers la permanence du sentiment d'existence.

Grâce à cette constance de la mère, les mouvements de séparation entre le moi et le non-moi sont acceptables. Winnicott souligne : « on peut dire que la séparation est évitée, grâce à l'espace potentiel qui se trouve rempli par le jeu créatif, l'utilisation des symboles et par tout ce qui finira par constituer la vie culturelle »[70]. Winnicott théorise donc dans un premier temps l'espace de construction nécessaire de la représentation de la mère en la présence du nourrisson (il hallucine le sein de la mère qu'il perçoit quand il est trouvé). La mère est le premier objet à symboliser. L'objet transitionnel, quant à lui, symbolise la première transition entre l'état narcissique primaire et la relation d'objet. Quand le sujet crée l'objet, il ne cherche pas nécessairement la satisfaction pulsionnelle (qui aurait même plutôt tendance à anéantir l'objet). Il intériorise le fait de différer et de gérer à la fois le désir et la frustration.

---

[67] Winnicott D. W., (1956b), La préoccupation maternelle primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, *op. cit.*, pp. 168-174.
[68] Winnicott, D. W., (1958b), La capacité d'être seul, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, *op. cit.*, pp.205-213.
[69] Winnicott, D. W., (1960d), Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux Self, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, *op. cit.*, pp. 115-132.
[70] Winnicott, D.W., (1971a), *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, 1979, p. 64.

5.1. Le trauma : de la dépendance infantile au concept d'empiétement

Winnicott souligne, comme Ferenczi, l'interaction du rôle parental réel dans la naissance psychique du sujet et ses dérapages. Les deux auteurs attachent une valeur identique aussi bien à la réalité externe de l'objet qu'à la réalité interne dans le devenir du sujet, notamment en regard des expériences qu'il va vivre. Winnicott décrit la coexistence entre le trauma à une relation de dépendance :

> « Le traumatisme est en rapport avec la dépendance. Le traumatisme est ce qui rompt l'idéalisation d'un objet au moyen de la haine d'un individu, en réaction au fait que cet objet n'a pas réussi à atteindre sa fonction »[71].

Il évoque la notion de temporalité post-traumatique qui, dans certaines situations extrêmes, génère un chemin de souffrance psychique allant de l'angoisse à la douleur, jusqu'à l'agonie (terme déjà évoqué par Freud puis Ferenczi) Winnicott décrit chez l'enfant qu'« *après x + y + z minutes* »[72] d'absence, le retour de la mère ne répare pas l'altération de l'état du bébé. Le traumatisme induit chez le nourrisson un éprouvé de rupture de la continuité de son existence, de sorte que ses défenses primitives vont s'organiser de manière à opérer une protection contre la répétition d'une angoisse impensable (« unthinkable anxiety ») ou contre le retour de l'état confusionnel aigu qui accompagne la désintégration « d'une structure naissante du moi »[73]. Ceci amène l'analyste à procéder ultérieurement à l'inscription de l'expérience qui n'a pu avoir lieu : « La réponse par le contre-transfert est celle qui aurait dû avoir lieu de la part de l'objet »[74] .

Ferenczi, comme Winnicott, associent au concept de dépendance celui « d'empiètement ». Se trouve chez les deux auteurs une définition générale commune du traumatisme narcissique précoce ou empiétement. Il est à percevoir, dans un contexte de dépendance, comme une inadaptation de la réponse de l'objet primaire ou encore comme un dysfonctionnement de l'environnement vis-à-vis du nourrisson. Winnicott insère cet

---

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

[72] Les traumatismes primaires : agonie psychique et entrave de la liaison pulsionnelle Ils désorganisent le lien topique entre le ça et le moi ; ils ne sont pas seulement liés à des situations de « détresse » (*Hilflosigkeit*), mais à des situations d'agonie [cf., temps x (angoisse)+ y (détresse) +z (agonie)] ; l'agonie est liée à une réponse de l'objet qui est inadéquate et disqualifiante (l'objet est « ailleurs ») et ne permet pas de « contenir », de « métaboliser » et de « lier » la décharge pulsionnelle et cela entraîne chez l'infans un état de déliaison pulsionnelle, véritable « douleur agonistique » (Roussillon R., 1999).

[73] Winnicott D.W. (1971), La localisation de l'expérience culturelle, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, pp. 135-136.

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

empiètement comme contigu à une « introjection mimétique » dans le cadre du traumatisme narcissique à l'origine de l'hypermaturation du « wise baby » ou nourrisson savant qu'évoquait Ferenczi[75] et de la formation d'un « faux-self ».

Winnicott, comme Ferenczi, pose le constat qu'il existe un lien étroit entre le niveau de maturation de l'enfant au moment du trauma et l'ampleur de ses conséquences, qui impactera sur l'avenir psychique du sujet. La détresse originaire que l'on retrouve dans l'œuvre de Winnicott sous le terme de « primitive agony » [76] (agonie primitive ou impensable) peut se réactiver en regard de l'environnement du sujet et notamment dans les perturbations qu'il va rencontrer dans sa vie future. Winnicott affirme l'idée qu'une défaillance environnementale, souvent liée à la psychopathologie de la mère ou des parents, peut se traduire chez l'enfant par une désillusion précoce. Cette défaillance s'instaure dans le cadre d'excès, d'absence ou de l'imprévisibilité.

L'enfant compte tenu de sa vulnérabilité n'est pas en mesure de contrer de manière «alloplastique », un tel empiétement. L'alloplastie est une adaptation, une modification du milieu environnemental. Il ne lui reste qu'à réagir en s'adaptant lui-même de manière «autoplastique », consistant en une modification de l'organisme seul. La tendance traumatique au chaos est inhibée par un « auto-clivage narcissique » défensif et mutilant. À partir de cette désorganisation, la personnalité s'adapte aux circonstances environnementales extérieures précaires, et se modifie. Elle correspond à « la somme de réactions innombrables, à une succession de défauts d'adaptation »[77] .

5.2. L'hypermaturation intellectuelle ou le clivage corps/psyché

Winnicott reprend une idée proche de celle de Ferenczi lorsqu'il analyse la notion de processus intellectuel clivé qui est à ses yeux une forme fréquente et caractéristique du faux-

[75] Ferenczi S. (1923), « Le rêve du nourrisson savant », *Journal clinique : Janvier-octobre*, Paris, Payot, 2014: « Il n'est pas rare d'entendre les patients raconter des rêves dans lesquels des nouveau-nés, de très jeunes enfants ou des bébés au maillot, sont capables de parler ou d'écrire avec une parfaite aisance, de régaler leur entourage de paroles profondes ou de soutenir des conversations d'érudit, de tenir des discours, de donner des explications scientifiques et ainsi de suite. Le contenu de ces rêves me paraît dissimuler quelque chose de typique. »

[76] Winnicott D. W., (1975), « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Paris, Gallimard, 2000, pp. 35–44.

[77] Ferenczi S., Notes et fragments, *Psychanalyse IV*, trad. Coq-Héron, Paris, Payot, 1982, p. 269 et 275 et Winnicott D. W., Les formes cliniques du transfert (1955-1956), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1958), Paris, Payot, 1969, p. 280.

self [78]. Ce concept décrit par Winnicott, dans un cadre analytique ou dans la vie de tous les jours, fait référence à des sujets sans trouble clinique apparent, mais dont l'existence est marquée par l'insipide et le vide. Ces sujets relèvent selon lui d'une entité psychopathologique déjà connue sous le nom de « personnalité comme si »[79]. Winnicott lui attribue le vocable de « faux-self ». Pour se représenter ce type d'aménagement psychique, Winnicott décrira des sujets souvent dotés de grandes aptitudes intellectuelles, qui apportent en analyse des discours ou des dessins très bien construits, bien structurés, mais qui se révèlent dans une incapacité de verbaliser quoi que ce soit de manière spontanée et subjective. Ce mécanisme de défense intellectuel, d'apparence obsessionnelle, peut chez les adultes, être assimilé, à tort, lors de la cure, à de l'association libre ou, chez les enfants, à une véritable aptitude à créer. Parfois, ces patients visent inconsciemment à séduire l'analyste dans une démarche très enthousiaste ou une exhibition de contenus psychiques qui ont la valeur d'être pseudo. Selon lui, quand la mère désillusionne son enfant de manière prématurée en n'étant pas « suffisamment bonne », plus particulièrement lorsqu'elle adopte un comportement désorganisé (traumatisme par imprévisibilité des réponses de l'environnement), il arrive que l'intellect de l'enfant s'avilisse a un besoin impérieux de penser, mécanisme de défense devenant une fonction de contrainte permettant de protéger le vrai-self.

A titre d'exemple, Monsieur B est âgé de 42 ans. C'est un patient qui vient en consultation depuis un an. Juriste de grandes entreprises il deviendra un avocat très reconnu. De par ses compétences spécifiques il est très demandé par certains de ses confrères pour des plaidoiries de « grosses affaires ». Il présente une brillance intellectuelle, est très cultivé. En séance, il peut décrire sa personnalité, ses relations à ses parents où il n'a connu aucune structuration psychique. Il peut se définir comme matérialiste ayant un grand rapport à l'argent « comme son père », la vie se mesure pour lui à la quantité de travail, à la reconnaissance que les autres lui attribuent. Se définit-il comme un grand séducteur (sans jamais vouloir tromper sa femme), n'acceptant pas le vieillissement, prenant toujours soin de son être (coiffeur, musculation, coloration des cheveux) avec des agissements pervers à l'égard de sa femme (elle est psychologue). Il décrit une enfance très traumatique avec un père, professeur de sport, absent, et une mère, enseignante « incestueuse » dira-t-il. Elle n'en avait que pour lui (aux dépens de son frère jumeau, qui était rejeté). Rien de l'attachement

[78] Winnicott D.W. (1960d), Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux Self, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1989, pp.115-132.
[79] Deutsch H. (1933-1970), *Les « Comme Si » et autres textes*, Pairs, Seuil, 2007.

qu'il construira avec sa mère ne sera organisé. Monsieur B. parle d'une relation fusionnelle à sa mère où il faut qu'il remplisse tous ses désirs. Sa mère lui dira à l'adolescence « qu'elle aimerait lui apprendre à faire l'amour ». Je souligne ici, combien cette clinique développée par Winnicott demeure toujours d'actualité.

Même si l'enfant devient un adulte brillant, Winnicott note que ce type de défense va souvent de pair avec une réussite sociale conséquente et même un quotient intellectuel élevé. L'enfant demeure d'une grande instabilité et fragilité puisqu'il ne fait que masquer le complexe de privation ou « déprivation ». Winnicott définit la déprivation comme la :

> « Perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. Ce retrait a dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir le souvenir vivant. La définition complète de la déprivation couvre à la fois le précoce et le tardif, à la fois le coup d'aiguille du traumatisme et l'état traumatique durable et aussi ce qui est presque normal et ce qui est indiscutablement anormal »[80].

En regard du type de personnalité décrit, il demeure un risque d'effondrement ultérieur, « l'intelligence et la compréhension laissant place au chaos mental ou à la désintégration de la personnalité »[81].

Winnicott (comme Ferenczi) remarque que ce mécanisme tend à créer une omnipotence illusoire qui s'exprime, chez Ferenczi, à travers l'omnipotence du bébé savant. La figure onirique et fantasmatique du *wise baby* induit un déni des sentiments et protège le sujet contre la rencontre déstructurante avec l'objet défaillant du besoin. Elle a également fonction d'un moi Idéal qui comporte à la fois une forte composante mégalomaniaque et une faible valeur organisatrice (comme dans les états narcissiques dénommés par Kohut « soi grandiose »[82]). Au lieu de se construire sur l'introjection des objets primaires parentaux idéalisés, ce moi Idéal se forme à partir du déni généré par l'absence des figures primaires satisfaisantes et/ou la désorganisation qu'elles ont occasionnée. Le moi-idéal tente alors de créer une suppléance. Ce constat amènera Winnicott à faire l'analogie du faux-self avec la défense maniaque de Mélanie Klein[83]. Pour Winnicott, cette progression traumatique de l'intellect, s'avère pathologique dans la mesure où la maturité psychique ne correspond pas

---

[80] Winnicott, D.W. (1956a), La tendance asociale, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p.175.
[81] Winnicott D.W. (1965), La pensée chez l'enfant : un autre éclairage, *La crainte de l'effondrement*, Paris, Gallimard, 2000, p. 201.
[82] Oppenheimer A., *Kohut et la psychologie du Self*, Paris, PUF, 1996.
[83] Winnicott D.W. (1967), Le concept d'individu sain, *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988, pp.23-42.

à l'âge du sujet [84]. Compte tenu du clivage du moi qui se développe de manière précoce chez les sujets en faux-self, du fait de l'hypermaturation, une suppléance psychosomatique se crée.

Cette hypermaturation représente une menace pour le sujet quant à son organisation œdipienne, et sa sexualité infantile, tout en le préservant de son effondrement. En effet, la conséquence du clivage somato-psychique précoce, génère une menace sur le moi (faussement mature), par les pulsions agressives et sexuelles. Ces pulsions imposent au sujet une cristallisation dans une latence correspondant à un mécanisme de défense. Les nourrissons savants et les personnalités en faux-self surinvestissent la réalité extérieure pour ne pas se confronter à leur vide interne et contre-investir la menace d'effondrement.

Les mécanismes de déni, de clivage, de musellement des affects conduisent ces sujets à avoir un accès à la réalité très obsessionnel. L'hypermaturité apparente du nourrisson savant et du faux-self, traduit en fait le grand paradoxe d'une absence de maturité psychique. L'analyse winnicotienne a le grand mérite d'étudier la perspective de la construction du sujet dans sa relation à l'objet. Elle prolonge donc les perspectives de Ferenczi concernant le trauma dans la relation du sujet qui se situe entre dépendance et temporalité. Le traumatisme y est pensé comme un effondrement en rapport avec la dépendance : « Il rompt l'idéalisation d'un objet au moyen de la haine d'un individu, en réaction au fait que cet objet n'a pas réussi à atteindre sa fonction … il provient de l'effondrement dans l'aire de confiance à l'égard de l'environnement généralement prévisible »[85].

Après avoir vu dans un premier temps combien cette adaptation peut être responsable d'une grave entrave précoce au processus de subjectivation je note d'autre part la richesse du modèle winnicottien qui reste d'une grande pertinence pour penser la prise en charge des nourrissons savants et des sujets aménagés en faux-self, mais aussi, de façon plus globale, des sujets rattachés à la clinique des états-limites. Ces formes mixtes entre névrose et psychose ont été mises en lumière par de nombreux auteurs post-freudiens sous des appellations diverses : les « personnalités schizoïdes » de Fairbairn, la « partie psychotique de la personnalité » présente dans les névroses graves de Bion, le « défaut fondamental » de

[84] *Ibid.*, p. 28.
[85] Winnicott, D.W. (1965), Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, *op. cit.*, p. 311.

Balint, la « psychose blanche » de Green et Donnet, la « folie privée » des patients névrosés ou des sujets marqués par le « complexe de la mère morte » de Green, etc. Autant de figures qui invitent, au-delà de la structure limite, à aborder l'évolution contemporaine de la théorie psychanalytique du traumatisme en regard de nouvelles perspectives cliniques contemporaines.

6. Évolution contemporaine de la pensée psychanalytique.

Alors que la névrose traumatique a continué à susciter des débats à partir essentiellement de questionnements expertaux, elle a durant de nombreuses années perdu la visibilité du champ de la pensée clinique et métapsychologique analytique postfreudienne. Cependant, quelques analystes, à l'instar d'Otto Fenichel, vont poursuivre leurs réflexions. Si tant est que puisse s'évoquer sa réhabilitation dans le champ psychanalytique, ce sera par le biais de Claude Barrois, dont l'inspiration sera autant phénoménologique que psychanalytique. Cette réhabilitation a été suivie quelques années plus tard par des travaux d'un certain nombre de psychiatres/psychanalystes pratiquant en grande majorité en milieu militaire se référant au plan théorique tant à Freud qu'à Lacan, comme Briole et Lebigot que je présenterai également. C'est autour de la rencontre du « réel de la mort » que cette réélaboration de la névrose traumatique s'est alors conçue.

De nombreux auteurs, tels que Winnicott, Khan, Botella, Janin, iront à l'encontre de cette position. Un des principaux arguments avancés au nom du même modèle lacanien du trauma conteste toute véritable autonomie à la névrose traumatique et n'en fait qu'un mode d'entrée en analyse parmi d'autres. L'événement initial n'aurait de sens que comme événement instigateur de la demande, à partir de quoi le questionnement serait en réalité autre. Le devenir de l'évènement traumatique serait tout autre. Ce dernier a continué de connaître des développements novateurs, toujours plus variés, et de très grande ampleur. Dès 1960, Laplanche et Pontalis font apparaître de nouvelles élaborations métapsychologiques. La question du trauma s'y avère centrale eu égard à la question de sa perspective du fantasme versus celle de la réalité. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les travaux de Lacan au travers des *Ecrits*, qui ont inspiré certains aspects de ces théorisations. Les notions Imaginaire-Réel-Symbolique ont ouvert à une approche renouvelée du trauma comme rencontre avec le réel.

À partir des années 1980, des considérations cliniques, feront traverser à la

psychanalyse comme pratique, une crise de son « entendement », selon la formule d'André Green. Celle-ci s'origine dans l'apparition de perspectives cliniques nouvelles, en regard à l'infléchissement des sujets hystériques et des névroses de transfert. Émergent des concepts nouveaux avec une place évolutive des problématiques narcissiques et d'états-limites. Le narcissisme en lien avec la question de la figure d'attachement dans la construction de l'identité du sujet et les effets traumatiques que sa mauvaise qualité peut engendrer, devient un concept au cœur de la métapsychologie. Mais la difficulté demeure en la résistance de ces formes cliniques à se laisser appréhender par le dispositif de cure dite « classique », et les aménagements nécessaires au plan technique, transféro-contre-transférentiel nécessaire à mettre en place. Par ailleurs, l'évolution culturelle avec les attentats par exemple, la confrontation aux traumatismes collectifs, associée à l'émergence de demandes plus individualisées d'événements traumatiques ont amené certains psychanalystes à réinvestiguer la prise en compte du réel du trauma.

Otto Fenichel tient une place prépondérante car il a été le premier à proposer une synthèse cohérente et très complète des apports de la psychanalyse à la connaissance de la névrose traumatique dans son ouvrage *La théorie psychanalytique des névroses* publié en français en 1953 mais dont l'original remonte à 1934. Fait remarquable pour l'époque, la névrose traumatique prend statut de névrose à part entière aux côtés des psychonévroses, justifiant qu'il lui consacre un chapitre complet. Fenichel réalise des études de médecine à Vienne. À partir de 1920, il s'intéresse à aux travaux freudiens et entreprend une analyse avec Paul Federn dans un premier temps, puis avec Sandor Rado en Allemagne (Berlin). Il devient le leader d'un petit groupe de jeunes praticiens, connu sous le nom de « gauche freudienne » pour sa sensibilité aux idées socialistes, son engagement dans l'action politique et ses essais d'articulation entre idées freudiennes et marxistes. Dans ce groupe, étaient réunis Annie et Wilhelm Reich, Edith Jacobsen et Kate Frieländer. La montée du nazisme l'oblige à l'exil. Il rejoint Ernest Simmel sur la côte Californienne où il va s'établir. Fenichel eut cette grande aptitude d'assimiler la pensée des autres afin de la synthétiser. Son traité[86] est le reflet de ce labeur. C'est donc dans son ouvrage de référence que se trouve développée cette approche psychanalytique de la névrose traumatique qui reprend, en les intégrant en un tableau d'une grande cohérence, les travaux épars que Freud et quelques-uns de ses contemporains lui avaient consacré, autour principalement des névroses de guerre.

[86] Fenichel O., *La théorie psychanalytique des névroses* (1945), Paris, PUF, 1953, tome I : *Introduction. Le développement normal. Les névroses traumatiques et les psychonévroses*.

Les symptômes des névroses traumatiques sont pour Fenichel les suivants :

- le blocage ou l'affaiblissement des fonctions du moi ;
- les crises émotives incoercibles ;
- les insomnies et les troubles graves du sommeil avec les rêves de répétition typiques du traumatisme ;
- la répétition mentale à l'état de veille de la situation traumatique, sous la forme de rêveries, pensées, émotions ;
- des complications névrotiques secondaires où Fénichel évoque le « blocage des fonctions du moi », plus particulièrement des « fonctions sexuelles » car « elles sont devenues relativement peu importantes après le traumatisme »[87]. Elles se manifestent par une anhédonie complète due au fait que toute l'énergie du sujet est consacrée à tenter de maîtriser l'excitation. Ceci conduit à une forme de repli narcissique qui se manifeste par des « phénomènes régressifs de tous ordres » comme la « perte de différenciation des fonctions supérieures » et un retour à une posture passive et dépendante. La forme la plus archaïque en est l'évanouissement ou perte de connaissances, sorte de fermeture à toute nouvelle stimulation.

Dans la poursuite de sa conception, Fenichel préconise l'ajustement aux deux formes essentielles de tentative spontanée de guérison, développées par les sujets ayant vécu un trauma :

- D'une part, la méthode temporatrice : il s'agit du désinvestissement du moi à des fins de rassemblement de toutes les énergies ;
- D'autre part, la méthode drastique : ce sont des essais de décharge différés sous forme de phénomènes moteurs, crises, etc.

Le travail thérapeutique, par le biais du professionnel doit s'inspirer des deux méthodes. D'une part le thérapeute dans son accompagnement doit générer de la réassurance, du repos, satisfaire les désirs de passivité et de dépendance. D'autre part, il s'attachera à appliquer la catharsis, les répétitions traumatiques, la verbalisation en vue de la clarification des conflits rencontrés. La question du choix d'une perspective technique ou de l'autre tiendra à l'état psychique du sujet traumatisé. En outre, tout l'art du thérapeute résidera dans la mesure et l'attention portée aux effets de ces techniques. Comme je le décrirai dans ma clinique, le patient trop angoissé risquerait de ne pas supporter l'évocation trop rapide de l'événement traumatique et il conviendra alors d'axer sur la réassurance et l'apaisement. A contrario dans

[87] Fenichel O., *La théorie psychanalytique des névroses* (1945), Paris, PUF, 1953, tome I : *Introduction. Le développement normal. Les névroses traumatiques et les psychonévroses*.p. 145.

certains contextes, la posture sera d'être un facilitateur de la parole et de l'encourager à évoquer le plus rapidement possible son vécu traumatique. Enfin, dans le cadre d'une psychonévrose secondaire faisant suite à un trauma premier, Fenichel préconise la psychanalyse sans préciser si elle s'organise avec un premier temps de verbalisation cathartique et de réassurance.

Masud Khan poursuit de nombreux travaux sur le trauma et la personnalité du sujet[88]. Concernant l'enfance, il évoquera le concept de « traumatisme cumulatif »[89] qu'il développe dans le cadre de défaillances maternelles, dans son rôle protecteur en tant que barrière du pare-excitation. Elles ne sont pas traumatisantes dans l'instant, mais si elles adviennent de manière additionnelle et cumulative dans l'existence de sujet, elles le deviendront. La question du trauma dans la clinique contemporaine dissocie deux types de traumatismes : les traumatismes « primaires » et « secondaires ». La question du traumatisme dans la clinique actuelle est celle de l'absence d'un objet approprié disponible pour recevoir les projections d'un psychisme en voie de constitution. Projections aussi bien positives que négatives à l'instar de l'enfant qui observe le type d'attachement de sa mère par le biais du regard. Ceci entraîne une destructivité passive de l'objet externe et interne du fait de l'organisation pathogénique d'un tel objet. Dans une perspective où cet objet n'est pas en mesure d'investir l'enfant et d'autoriser « la capacité de rêverie »[90] , nécessaire pour introjecter la libido investie, celle-ci restera alors prisonnière du mode projectif de relation caractéristique des investissements primaires. Bion nommera les « éléments-bêta », c'est-à-dire des traces sensorielles brutes, massives et non-organisées qui tendent à revêtir un caractère menaçant pour le sujet. Comme Bion l'indique : « Les éléments-bêta sont des objets composés de choses en soi, de sentiments de dépression-persécution et de culpabilité, donc d'aspects de la personnalité liés par un sens de la catastrophe »[91]. Ceci pose la question du « clivage statique » (ou passif)[92] du moi qui origine le trouble pathologique lié à l'objet ou à l'environnement. Cette approche est à différencier du « clivage dynamique » (ou actif) mis en œuvre par le moi afin de discerner les bons aspects ou non de l'objet. Ce « clivage dynamique » permet une posture développementale au sujet là où le « clivage statique »

[88] Khan M. *The privacy of the self*, London, Hogarth Press, 1974; Khan M., *Introduction to D. W. Winnicott. Through paediatrics to psychoanalysis*, London, Hogarth Press, 1975; Khan M., *Alienation in perversions*, London, Hogarth Press, 1979; Khan M., *Hidden selve, Between theory and practice in psychoanalysis*, London, Hogarth Press, 1983 ; Khan M., *When spring comes, Awakenings in clinical psychoanalysis*, London, Chatto and Windus,1988.
[89] Khan M. (1974), Le concept de traumatisme cumulatif, *Le soi caché*, Paris, Gallimard, 1976.
[90] Bion W. R. (1963), *Éléments de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1978.
[91] *Ibid*, p. 44 et notes.
[92] *Ibid.* p. 60.

génère le trouble pathologique, maintenant des confusions de divers ordres : dans la vie libidinale, entre pulsions de vie et pulsions destructrices, confusions entre dimension subjectif et identitaire, confusion par défaillance symbolique des affects, confusion dans le développement d'un « vrai self ».

Les Botella partent de l'hypothèse que les « non-représentations »[93] refoulées par le psychisme du sujet peuvent être néanmoins ressentis par le moi sous une forme d'excès d'excitation traumatique (Ferenczi avait déjà esquissé cet abord). En outre, ils remettent en question le modèle du traumatisme infantile qui n'est pas une analogie du traumatisme de guerre. Ce dernier s'occasionne par la fulgurance d'une perception qui fait effraction du pare-excitation, et dont la liaison dans le cadre de la névrose traumatique se réaliserait par le bais de la répétition. Selon leurs apports le traumatisme infantile se définirait comme l'incapacité pour le sujet à se représenter l'état traumatique. Ce dernier demeure à l'état perceptif de par la surcharge d'excitation traumatique, mais sans liaison. Il y a donc une impossibilité de déclencher une névrose traumatique. Le traumatisme infantile serait de l'ordre du négatif se définissant en un non-sens, de par une absence de contenu psychique dans la perception (et non une perception avec un contenu traumatique). S. et C. Botella fondent la perspective du négatif de tout trauma infantile dans l'impasse qu'a l'enfant à se représenter son premier objet d'amour de manière non-investie. Autrement formulé, il s'agit d'un irreprésentable de sa propre absence dans le regard de l'autre. Du point de vue de l'enfant, ce qui aurait dû advenir ne l'est pas, à savoir l'investissement par l'objet. Cela a pour conséquence le sentiment de désinvestissement du sujet par l'objet primaire.

En 1996, C. Janin, reprenant les travaux à la fois de Freud, Ferenczi et Winnicott élabore le concept de « détransitionnalisation de la réalité »[94]. Pour lui, le traumatisme se constitue dès lors que le sujet ne peut plus différencier ce qui relève du fantasme, de ce qui relève de l'événement. Cette indifférenciation des espaces temporels venant empiéter la réalité, surgit lorsque le sujet se trouve confronté à un événement qui se répète, un fantasme inconscient. Alors les espaces psychiques interne et externe communiquent, et l'appareil psychique ne peut plus agir comme contenant du monde interne. Pour l'auteur, il se crée un « collapsus topique »[95] du fonctionnement intrapsychique et le sujet ne sait plus quelle

[93] Delourmel C., « La Figurabilité psychique de César et Sara Botella, Névrose traumatique et cohérence psychique », *Revue française de psychosomatique*, 1992, 2, « La tendance convergente de la répression narcissique », *Revue française de psychosomatique*, 1996, 9.
[94] Janin, C., *Figures et destin du traumatisme*, Paris, PUF, 1999, p. 24.
[95] *Ibid.*

est la source de son excitation. Il ignore même si elle est endogène ou exogène. Les conséquences en seront une désorganisation sur deux niveaux ; à savoir « l'épreuve de réalité » et « l'épreuve de la différence ». Cette désorganisation impactera sur les conflits œdipiens.

Briole et Lebigot [96] élaborent une relance de la psychanalyse des névroses traumatiques dans la perspective lacanienne[97]. Le trauma est une rencontre inopinée avec le réel de la mort sans que l'écran du système de signifiant ait eu le temps de venir le transformer en réalité compréhensible. Dans la vie courante non traumatique le réel est transformé dès le stade de la perception de la réalité par le langage et la culture. Le sujet n'est pas confronté à ce que le réel brut a de dangereux et de menaçant, il n'a affaire qu'à une réalité « travestie par le fantasme et choyée par le rêve ». Dans l'expérience traumatique, le sujet, par défaut de ce fantasme protecteur, se retrouve brutalement confronté au réel brut. En conséquence, le réel traumatique est donc ce qui est impossible à dire ou à représenter, effet « trou » dans le signifiant.

Crocq, quant à lui, postule une vision à la fois psychanalytique et phénoménologique du trauma : « ma conception du trauma repose sur trois points : l'aliénation traumatique le bouleversement de la temporalité et le non-sens impliqué par le trauma »[98]. Tous les sujets traumatisés, selon Crocq, sont dans la plainte du ressenti d'assister à une modification complète de leur personnalité et de ne plus se reconnaître. Ils découvrent alors, selon l'auteur, une nouvelle manière de percevoir, de réfléchir, d'analyser, de ressentir, d'aimer et de vouloir agir. La temporalité du sujet traumatisé est profondément altérée. L'écoulement d'un temps harmonieux s'est arrêté sur l'instant qui cristallise la terreur de l'horreur traumatique. Le présent est figé, statique et se réduit à une image spéculaire du trauma. Crocq s'interrogeait sur le sens de l'expérience traumatique. Plus qu'une rupture de sens ou un court-circuit dans le signifiant, le traumatisme viendrait faire un non-sens. À l'instant de l'effraction traumatique, la temporalité vécue par l'espace physique vacille pour faire place au chaos. Les valeurs, croyances, constructions narcissiques du sujet s'effondrent, et il devient désemparé. Il entraperçoit sans s'y être préparé et sans pouvoir discerner, non pas forcément sa mort, mais de manière vive et brutale sa disparition et son effacement de la vie.

---

[96] Briole G., Lebigot F., *Le traumatisme psychique. Rencontre et devenir*, Paris, Masson, 1994.
[97] Nous précisons ici que nous avons fait le choix volontaire de ne pas développer la théorie de Lacan sur le trauma. Cela nécessiterait en effet une thèse à part entière. Nous reprendrons ultérieurement son approche du concept de « répétition traumatique » s'appuyant sur les réflexions de Kierkegaard.
[98] Crocq L., *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999, p. 146.

7. Traumatisme psychique et psychopathologie

De nombreux écrits et études sur la collusion entre l'évènement traumatique et le psychisme du sujet ont été rédigés. Face aux diverses controverses qui ont surgi, il semble délicat de faire une définition générale de la psychopathologie, conséquence de la situation extérieure de danger qui effracterait la psyché du sujet. En effet, il reste une énigme, à savoir que chaque situation demeure singulière et très complexe. La pratique que j'observe suscite parfois un étonnement, toujours renouvelé, devant le fait qu'ayant traversé des situations de danger extrême, objectivement identique ou analogue, tel sujet développera une névrose traumatique, et l'autre restera psychiquement indemne.

Néanmoins évoquer la notion de trauma c'est interroger ce qu'est l'événement ? C'est une préoccupation centrale de la psychanalyse depuis sa naissance. Cette question en fait d'ailleurs décliner d'autres : comment la réalité traumatique pénètre-t-elle la psyché ? Comment l'événement peut-il avoir un impact sur la vie psychique ? Comment l'extériorité peut-elle être prise en compte par elle ?

7.1 L'événement traumatique

Freud a fait remarquer que l'être humain sait qu'il va mourir, mais il n'y croit pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, car la question serait de savoir, comment représenter le néant. Une dimension de l'évènement traumatique est liée à « l'impact » immédiat de l'événement sur la psyché du sujet : l'effroi. Freud le distingue de la peur et l'angoisse. Pour étayer tout mon développement et la sémiologie clinique, je vais utiliser des cas cliniques empruntés à mes consultations afin d'expliciter les concepts théoriques.

L'effroi (Schreck) est central dans l'expérience de la découverte de la différence des sexes, pour le garçon. Cet affect a tout un destin psychique, tel que Freud le montre au long de ses écrits, notamment dans l'un des derniers : « le clivage du moi dans les processus de défense »[99]. L'effroi serait une réaction de détresse psychique du moi face à un contexte de

[99] Freud F., (1938), *Le clivage du moi dans les processus de défense*, GW XVII, 59-62 (*Die Ichspaltung im Abwehrvorgang*), in *Studienausgabe* III 389 ; *SE* XXXII, 275-278 ; *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 25-28.

danger auquel le sujet n'est pas préparé. C'est donc un état de stupeur, de sidération, débordant le pare-excitation qui demeure passif car sans défenses. Ceci constitue pour certains auteurs la définition même du « traumatisme ». Freud relie cet état à celui de la période d'immaturité du moi, c'est-à-dire, le temps de la détresse psychique que l'effroi répète.

Laurence est une adolescente de 16 ans 1/2 lorsqu'elle vient consulter. Elle est placée en Institut médico-éducatif. Elle présente des troubles cognitifs déficitaires du fait d'une naissance avec une procidence du cordon ombilical ayant entrainé une anoxie cérébrale. L'IME l'oriente pour des troubles du comportement : impulsivité et mutilations. Sa rencontre amoureuse avec un compagnon a réactivé une angoisse traumatique. Les entretiens et le suivi permettront d'apaiser ce qui a constitué à la fois un clivage et un refoulement. Laurence révèle que depuis l'âge de ses 7 ans environ jusqu'à ses 14 ans, elle est violée par son oncle. Elle décrit des scènes où, jeune, elle n'arrivait pas à comprendre ce qu'il se passait. Elle se dissociait psychiquement pour arriver à supporter l'insupportable. Ayant essayé de parler à sa mère des actes de son oncle, il lui fut objecté que ce n'était pas possible, et qu'elle racontait n'importe quoi. Malgré cette adversité, Laurence au travers de ses ressources internes, utilisera comme appui, le soutien de l'I.M.E., l'amour de son compagnon et le suivi psychothérapeutique. Elle chemine vers un dépôt de plainte et accepta le fait que ses parents la rejettent. Cette démarche aboutit à l'abolissement des signes auto-destructeurs générés par le clivage. Faisant suite à l'effroi, la *peur* survient.

La peur (Furcht) est une première élaboration psychique de l'effroi car elle attribue un objet défini au danger, le figurant ou le représentant : l'effroi est mis à distance. L'éprouvé est celui d'un danger mais désormais lié à cet objet et sa proximité, ou bien du danger de la perte de cet objet et donc de sa fonction de protection, d'écran. Avec la peur, contrairement à l'effroi, le moi est « préparé à la situation de danger ». La situation de peur est une situation où la détresse et le danger sont reconnus, remémorés ou attendus mais sans déborder le moi puisque contenus dans, ou cadrés par, un objet.

Jauris a été pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse suite à l'arrestation de son père, trafiquant de drogue. Sa mère, quant à elle, ne s'occupait que très peu de lui. Il me sera adressé pour une expertise psychologique. Ce jeune adolescent de 13 ans présente une défaillance de l'attention, une instabilité thymique, des angoisses majeures et de grandes inhibitions. Il décrit des « flashs » dans la journée où il revoit « le regard noir

de papa, qui a sorti le couteau pour tuer maman ». Il se sent hanté par ce regard.

L'angoisse (Angst)[100] est une déclinaison de la peur générée par une nouvelle élaboration de la préparation au danger : le moi est ici dans une position active, c'est lui qui a la fonction de provoquer l'affect d'angoisse qui est une alerte et une anticipation du danger, une prévention de la menace. Ici, la situation de détresse psychique est évitée, tout comme la menace de perte de l'objet, même si l'affect d'angoisse en porte la trace mnésique. En outre, la détresse est générée par le moi qui n'est plus débordé et traumatisé. Par contre, le moi peut renforcer cette position notamment par exemple dans le cadre des troubles phobiques. La question du moi est alors de se situer dans des stratégies d'évitement de l'objet phobogène, par des élaborations contra-phobiques, soit par la chimiothérapie notamment l'anxiolyse etc. Freud évoque que le premier déterminant de l'instance moïque qui va être générateur de l'angoisse est le danger de la perte de la perception de l'objet (observable dans les terreurs nocturnes dites du huitième mois).

Julien est un jeune de 16 ans qui présente des traits autistiques. Issu d'un milieu agricole, il est placé en famille d'accueil suite à un signalement auprès de l'enfance en danger. Ses troubles ne sont absolument pas compris par ses parents. Sa mère le surnomme « le fou », alors que son père le punit à plusieurs reprises en lui liant les mains à la clôture électrique délimitant l'enclos des vaches. Julien évoque combien ce conditionnement insécure crée en lui des remémorations où il revit la scène jusque dans les émotions. Cela génère même des peurs paniques « comme si » l'événement se reproduit.

Avec ces trois affects (effroi, peur, angoisse), il est décrit une illustration du travail d'élaboration de la psyché en organisations successives du système de défense du moi. Concernant l'effroi le niveau des représentations, c'est à dire : toute idée, toute pensée, tout mot disparaissent de la conscience du sujet. Il se vit comme déshabillé du langage pouvant aller jusqu'à certaines amnésies. Il décrit un sentiment de vide, d'absence, un black-out.

Marina qui réside dans un I.T.E.P. (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique) expérimentera la sidération psychique. Lorsqu'elle vient me consulter, elle m'explique qu'alors qu'elle a 13 ans, plusieurs jeunes ont abusé de sa vulnérabilité psychique. Ils l'ont alcoolisée, puis ont fait une « tournante » (viol en réunion). Marina est violée

[100] Freud S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, *Essais de psychanalyse*, *op. cit.*, p. 50, et Freud S. (1924), *Inhibition, symptôme et angoisse*, *op. cit.*

successivement par sept adolescents entre 13 et 15 ans. Elle décrit s'être retrouvée « comme vide … au-dessus de son corps », comme si elle regardait la scène de l'extérieur. Elle ne pouvait rien faire ni rien dire. Elle n'a pu esquisser le moindre geste pour se débattre ou repousser ses agresseurs. Il existe alors une forme d'absence sans peur, ni angoisse et, en principe facilement repérable dans le discours. Il signe qu'il y a eu effraction traumatique. Comme évoqué précédemment, il peut y avoir « oubli » de la partie qui a fait traumatisme du fait du mécanisme de déni. Freud développe la notion de soudaineté de l'évènement traumatique, qui est un facteur prégnant que l'on rencontre dans tous les cas.

De plus, le traumatisme résulte toujours d'une perception ou d'une sensation. Ce ressenti émotionnel qui peut prendre la forme du stress peut contaminer la sphère transgénérationnelle. Ce n'est pas le traumatisme de manière intrinsèque qui est transmis d'une génération à l'autre, mais sa représentation, en termes d'affects anxieux notamment. C'est l'hypothèse que je tente d'expliciter au travers des cas cliniques présentés ultérieurement. Mais Freud évoque également une autre élaboration comme l'évitement de la situation d'angoisse dans le cas de la phobie par exemple. Il est évident que le « souci » du moi sera l'évitement de l'angoisse, soit par des élaborations d'objets contra-phobiques. Ces trois affects (effroi, peur, angoisse), sont une illustration du travail d'élaboration de la psyché en organisations successives du système de défense du moi, qui permet de mettre de plus en plus à distance le danger traumatique. Dans un premier temps par la création de l'objet, entre le moi et le monde, dans une fonction de frontière pare-excitations ; et dans un second temps par le déplacement du danger vers la menace.

En regard de l'apport de Ferenczi, l'événement dans sa conception est décrit comme une réaction au choc, en analogie à une « psychose passagère », dans le sens d'une rupture avec la réalité. Dans sa description, Ferenczi insiste sur la soudaineté, le caractère inattendu de l'événement traumatique. Le sujet répond par un clivage psychotique associé à une destruction du sentiment de soi, des défenses, voire de la forme propre. Va s'observer une sidération de toute activité psychique, de la motilité, des perceptions, de la pensée ; un état de passivité, de non-résistance s'installe. Le sujet peut alors se faire malléable, pour mieux encaisser le choc, ou bien réagir par la fragmentation, voire la destructivité de sa personnalité, comme dans le cas de traumas répétés. Une de ses pistes de réflexion concerne l'événement traumatique chez l'enfant traumatisé, physiquement et psychiquement et qui est donc plus vulnérable, se trouve sans défense. Il n'a d'autre issue que l'identification à l'agresseur (que j'ai déjà évoqué). Ce mécanisme lui permet de se soumettre aux désirs de

l'autre, voire les prévenir, finalement y trouver même un certain bénéfice. En effet comme je l'ai également évoqué, cette sorte d'autodestruction acceptée peut même s'accompagner d'une certaine sensation de plaisir, de jouissance : le plaisir de s'offrir en sacrifice à des forces plus puissantes. Cela induit une forme d'admiration. L'agresseur est introjecté de manière mimétique, et devient intrapsychique. D'où l'apparition d'un clivage : l'enfant est à la fois innocent et coupable, cessant de faire confiance à ses propres sens.

Ferenczi développe un autre mode de réaction à l'événement traumatique : la « progression traumatique ». L'enfant traumatisé, et clivé, développe de grandes aptitudes intellectuelles et de sagesse. Il devient le soignant de ses parents. C'est à ce propos que Ferenczi conceptualise la notion de « wise baby » ou « nourrisson savant » que j'ai explicité précédemment[101] et qui démontre combien le traumatisme participe à développer certaines défenses et loin parfois d'aboutir à des aptitudes sublimatoires, le sujet se retrouve dans des enjeux de répétition. Une des notes de Ferenczi, *De la révision de l'Interprétation des rêves* [102], développe et globalise l'idée déjà évoquée par Freud de la « fonction traumatolytique du rêve ». Le rêve, dans la répétition qu'il propose du trauma, correspond à une tentative de résolution du traumatisme. La baisse de vigilance participant à diminuer l'esprit critique durant les phases oniriques peut favoriser cette meilleure solution. Le cauchemar devient l'issue tentative avortée. Ferenczi suggère que ces résidus traumatiques, qui tendent à la répétition, pourraient être des impressions inconscientes qui n'ont, en fait, jamais été conscientes, et qui profitent de la fonction d'accomplissement de désir du rêve pour chercher à aboutir à une résolution.

De l'historicité et de l'évolution du concept de traumatisme, se dégage une psychopathologie où se différencient : traumatisme, traumatique et trauma.

Le *traumatisme* : se réfère à la conception générique du concept de la théorie de la séduction et au sexuel. Il définit l'aptitude captatrice de la force pulsionnelle qui organise la vie fantasmatique du sujet. La représentation de l'événement traumatique s'articule à la structuration des fantasmes originaires (fantasmes de séduction, de castration). Dans cette perspective, il est un axe essentiel des fantasmes inconscients et des processus de

---

[101] Les descriptions évoquées de Ferenczi se trouvent dans cinq articles écrits entre 1928 et 1932, dont le plus significatif sera : *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* (1932). Nous pouvons également citer cinq courtes notes publiées en 1934 sous le titre générique de : *Réflexions sur le traumatisme*.

[102] Ferenczi S. (1932), De la révision de l'interprétation des rêves, *Notes et fragments*, *op.cit.*, pp. 238.

symbolisation. Ce type de traumatisme est à l'origine dans un second temps de l'après-coup et définit la structure psychique de type névrotique. Quand s'opère de manière brutale la rencontre entre l'événement traumatique et le fantasme inconscient, le traumatisme peut potentiellement être source d'une désorganisation psychique par l'abolition des barrières entre le monde externe et interne, générant des conséquences traumatiques que je vais développer par la suite.

Le *traumatique* : vient définir l'aspect du traumatisme dans sa dimension économique, chez Freud. Il le décrit à partir *d'Au-delà du principe de plaisir* et le met en corrélation avec un défaut du pare-excitation et le fait qu'il n'est pas préparé à recevoir l'événement. Ce principe économique qui sera à l'origine de l'empreinte traumatique (dans la seconde topique) définit quant à elle la structure propre de la névrose traumatique, qui devient le paradigme de l'état de détresse (*Hilflosigkeit*) générant une lutte contre « l'effroi » (*Schreck*) qui se répète. Le fonctionnement traumatique par sa réitération a une visée d'abolition traumatique. Cependant la psyché stocke un reste de charge émotionnelle non élaboré qui ne peut s'abréagir. Le *traumatique* occupe un champ psychopathologie qui va des « névroses de guerre » aux troubles pathologiques consécutifs à tous types de catastrophes d'ordre : naturel, social, transgénérationnel.

Le *trauma* est en référence à la définition de Freud. Pour ce dernier, le *trauma* est une atteinte précoce du moi, « blessure d'ordre narcissique » qui peut donner lieu à des « zones psychiques mortes » à l'intérieur du moi, un « État dans l'État ». Il vient désigner dans cette perspective l'action désorganisatrice et négative *de* l'action traumatique qui altère le processus de la liaison de la motion pulsionnelle. Ce processus est un facteur négatif qui agit sur l'ensemble des formations psychiques. Il engage le pronostic du sujet dès un âge précoce, parfois avant l'acquisition du langage, pouvant être lié autant à des situations de détresse qu'à des situations d'agonie générées par des réponses inadaptées et disqualifiantes. Le nourrisson, l'enfant est confronté à un état de « terreur » et « d'effroi » qu'il ne peut réguler, faute de défaillance de l'introjection de la poussée pulsionnelle. La force du trauma a une fonction de disjoncteur du processus de refoulement, ce qui va renforcer les mécanismes de déni et de clivage, d'identification à l'agresseur, etc. Ce qui est désigné par le trauma, intéresse les archaïsmes de l'enfant dans les constructions qu'il élabore. L'étude de ces modalités, dans ses articulations situent le concept de trauma au cœur de la clinique psychanalytique contemporaine.

7.2 Traumatisme et masochisme

Cette dimension est importante, car ~~de~~ cette sémiologie définit la nature de la prise en charge. Freud a représenté l'appareil comme un volume sphérique enveloppé dans une membrane hermétique qu'il définissait comme le « pare-excitation ». Pour assurer son rôle, la membrane du pare excitation est chargée d'énergie positive. Le trauma, agit comme une menace, à la fois de l'intégrité physique et psychique. Dans le cas du trauma l'enveloppe du pare-excitation s'invagine sans se rompre. Il n'en va pas de même du traumatisme. Selon l'expression freudienne consacrée et déjà évoquée précédemment, il y a « effraction du pare-excitation ». C'est à dire qu'il y a une incrustation, un impactage, « d'un corps étranger interne » au sein de l'appareil psychique. Ce corps étranger vient bouleverser voire modifier le rapport du sujet au réel et ses représentations. Une autre caractéristique très importante, est qu'il peut demeurer éventuellement toute une vie, réapparaissant à la conscience sous la forme d'un phénomène mémoriel, ce qui est l'opposé d'un souvenir (conscient ou refoulé). Il pourra alors donner lieu au syndrome de répétition. J'ai déjà mentionné certains signes comme « l'après coup », ou le clivage, par exemple. De nouveaux éléments cliniques, dont certains plus spécifiques, participent à faire frein à la sublimation. Ils vont être développés dans la troisième partie.

En 1939, Freud postule pour la première fois les effets positifs et les effets négatifs du traumatisme[103]. Dans leurs dimensions positives, ils sont organisateurs, car ils vont permettre la répétition, la remémoration et l'élaboration. Dans leurs dimensions négatives, il se crée un fragment dans le psychisme. Un « Etat dans l'Etat » pour paraphraser Freud, qui empêche le phénomène de répétition, remémoration, et élaboration. Le trauma s'inscrit donc dans une démarche destructrice. Cette dernière peut prendre la forme du masochisme. À l'énigme de ce masochisme vient s'ajouter la délicate question de ses liens avec le trauma et les expériences traumatiques. Bien des psychothérapies dédiées aux sujets ayant vécu un traumatisme offrent l'opportunité d'ouvrir la réflexion sur les modalités d'expression du masochisme. Freud distingue trois formes de masochismes [104]:

- Moral, la recherche volontaire l'échec, la souffrance ;
- Féminin, c'est-à-dire, la perversion sexuelle,
- Érogène, une tendance universelle de la nature humaine dont se mêlent le principe de Thanatos et celui d'Eros).

[103] Freud S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste,* Paris, Gallimard, 1986, p. 163.
[104] Freud S., (1933), *Du masochisme*, Paris, Payot, 2012, pp. 102-103

C’est la culpabilité qui est à l'origine du masochisme selon Freud. Chez le même patient on peut retrouver un besoin de masochisme moral qui provient d’un besoin de punition inconscient, mais aussi un fantasme sexuel masochiste. Néanmoins, il n’y a pas obligation de la corrélation des deux. Un sujet de structure perverse masochiste ne ressent pas un besoin d’autopunition. Freud expliquera la passivité masochiste comme étant liée à la condition de la femme qui est « châtrée ». Il changera d’avis en regard de la bisexualité, mais Ferenczi conservera cette approche[105]. Évoquer le masochisme c’est nommer le sadisme qui forment un couple d’opposés. L’un ne va pas sans l’autre. On parle d’ailleurs généralement de sadomasochisme. Chez l’enfant, les deux concepts sont liés à des châtiments corporels pour lesquels les fesses sont la cible privilégiée. Mais si l’on comprend que donner une fessée représente une issue pour des tendances sadiques, il n’en est pas de même de la fonction masochiste qui est d’une grande complexité. Le masochisme ne peut opérer comme jouissance que dans une certaine condition ; si la douleur n’est ni trop importante, ni trop grave. Par contre les explications données à ce phénomène sont soumises à de nombreuses controverses. Quoi qu’il en soit, les explications soulignent la satisfaction psychique quand par exemple l’enfant se comporte de manière très active ou agressive pour provoquer l’autre à lui donner la fessée.

Freud pose avec, *Au-delà du principe de plaisir*, la question économique du masochisme qui marque un changement de paradigme en prenant en compte Thanatos, la pulsion de mort comme première et fondatrice du concept. La première topique situait une opposition entre pulsions du moi et pulsions sexuelles, la deuxième topique ouvre la nouvelle perspective d’une coexistence entre Éros et Thanatos, ou pulsion de vie et pulsion de mort. Prendre acte de la pulsion de mort, c’est mettre en place un nouveau dualisme pulsionnel opposant et articulant en même temps pulsions de vie (c’est-à-dire, les pulsions sexuelles et les pulsions d’autoconservation) et pulsion de mort (pulsions d’autodestruction). Il s’agit d’un affrontement en même temps qu’un nouage dans la dynamique subjective du sujet. Il est à noter ici une nuance au sens où le sadisme faisant partie de l’instinct sexuel, a néanmoins le but de maitriser voire de détruire l’objet. Le sadisme apparaît donc comme une forme antagoniste à la pulsion sexuelle ou pulsion de vie.

[105] Ferenczi S., *Réflexions sur le masochisme*, Paris, Payot, 2012, pp. 12-25.

La relation entre trauma et masochisme est d'une grande complexité. En effet, chez des enfants ayant une sensibilité secrète au plaisir sadomasochiste, les expériences traumatiques pourraient participer à stimuler la sexualisation. Dans ce cas, le trauma, au lieu d'être vécu comme une source d'angoisse, s'oriente vers une voie perverse qui réveillerait le plaisir sadique et mobiliserait le fantasme sadomasochiste[106]. De nombreuses controverses demeurent et la tendance au masochisme (tout comme au sadisme) pourrait être interrogée dans toute sorte de trauma quel que soit la structure du sujet. En effet l'événement traumatique viendrait créer une vulnérabilité qui peut faire réveil des pulsions partielles. La compulsion de répétition pourrait être un reliquat de pulsion de mort échappant à la liaison d'avec le moi qui aurait une fonction autodestructrice. C'est ce qui émerge entre 1924 et 1926 sur les travaux du masochisme[107], avec son lien à la culpabilité et l'autopunition en corrélation vraisemblablement avec les angoisses de la société de l'entre-deux guerres. De nombreux auteurs insèrent le masochisme dans un processus auto-punitif et essentiellement dans le cadre névrotique. Théodor Reik[108] définit le masochiste comme celui qui veut échapper à ses peurs et anticiper l'échec en acceptant le châtiment, plutôt qu'endurer l'attente et la concurrence pour le succès. La psychanalyse en France reprend à partir de 1965 le concept de masochisme moral, comme par exemple dans les écrits de Sacha Nacht[109].

Je conclurai, avant d'aborder la clinique contemporaine, qu'au-delà des nombreuses controverses théoriques sur le masochisme et sa forme ; quel que soit le type de masochisme, derrière la scène traumatique observable, le sujet y inscrit un fantasme, et derrière ce dernier, un enjeu pulsionnel.

8. La clinique contemporaine du traumatisme

8.1. Sémiologie clinique du traumatisme

De cette sémiologie peut se définir la nature de la prise en charge. Ici je vais mettre en évidence la perspective de « mettre au travail » la représentation du traumatisme psychique. Selon l'expression consacrée depuis Freud et que j'ai déjà évoquée, le trauma génère une « effraction du pare excitation ». C'est à dire qu'il y a une incrustation, un impactage, « d'un corps étranger interne » au sein de l'appareil psychique. Ce corps étranger

[106] De Masi F., *La Perversione sadomasochistica. L'oggetto e le teorie*, Roma, Bollati Boringhieri, 2007, pp.104-106.
[107] Rosenberg B., Masochisme mortifère et masochisme gardien de vie, *Monographie de la psychanalyse, Revue française de Psychanalyse*, 1999.
[108] Reik T., (1953), *Le Masochisme*, Paris, Payot, 2000.
[109] Nacht S. (1938), *Le masochisme*, Paris, Payot, 2012.

vient bouleverser voire modifier le rapport du sujet au réel et ses représentations. Une autre caractéristique très importante, est qu'il peut demeurer éventuellement toute une vie, réapparaissant à la conscience sous la forme d'un phénomène mémoriel, ce qui est l'opposé d'un souvenir (conscient ou refoulé). Il peut alors donner lieu au syndrome de répétition que j'aborderai ultérieurement. Dans la question actuelle du stress traumatique ou post traumatique, il faut envisager le fait que comme le décrit François Lebigot, qu'il existe à la fois du trauma et du stress : « stress et trauma peuvent être présents, ensemble, ce qui explique, à notre avis, la raison pour laquelle le trauma a été assimilé à un stress, d'autant que la présence du trauma peut augmenter les manifestations du stress »[110] .

Cependant certaines situations cliniques m'ont démontré parfois qu'il demeure des raisons de dissocier stress et traumatisme. En effet, le stress peut être parfois absent, je l'ai développé précédemment notamment dans le cadre de la sidération. Dans d'autres contextes, il peut s'agir d'un stress adapté permettant de créer une homéostasie psychique du sujet. Enfin une dernière situation est l'état de stress dépassé, cause de troubles parfois même à long terme. Je constate alors combien la notion même de stress reste très singulière. Elle est fonction de l'appareil psychique du sujet, de ses capacités adaptatives, de son histoire de vie.

Sur le plan de son historicité, les études sur le stress traumatique sont issues de la psychotraumatologie en milieu civil qui connaît ses premiers élans dans les années 1985-1990 pour véritablement se développer de façon généralisée, tout du moins en France, à partir de 1995 avec le dispositif des CUMP et des services d'urgence médico-psychologique. Il faut revenir aux années 1960-1970 pour trouver trace des premiers travaux sur lesquels s'appuiera ce mouvement ultérieur. L'œuvre de Louis Crocq a été une redécouverte d'un champ clinique. C'est de cette manière que la psychotraumatologie se présente. Mais, bien plus qu'une redécouverte, c'est un ensemble de pistes de réflexions qui la caractérise, même si Crocq cherchera à expliquer dans un premier temps en utilisant le même registre des concepts à disposition et s'ancrera dans l'histoire des idées et des pratiques en psychiatrie militaire, notamment. Barrois[111] quant à lui, dans son ouvrage, décrit que le trauma, ou ce qui se désigne comme tel, est d'abord une question d'actualité qui : « ...trouve sa légitimité dans le fait que les traumatismes psychiques font partie intégrante de ce que nous serions tentés d'appeler les figures de la modernité dans la deuxième moitié du XXe siècle »[112].

---

[110] Lebigot F., *Traiter les traumatismes psychiques*, Paris, Dunod, 2ème éd., 2011, p. 12
[111] Barrois C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 2003.
[112] Ibid.

Les travaux de Louis Crocq sont au cœur de la genèse de la psychotraumatologie contemporaine. La période 1953-1969 marque la réhabilitation de l'événement dans l'étiologie des névroses traumatiques de guerre. Une série de recherches est menée dans le cadre d'un service de neuropsychiatrie d'hôpital militaire, travaux qui semblaient hétérogènes, puisqu'il y était question aussi bien de sujets atteints de surdité, d'ulcères gastroduodénaux, de psychopathologie de guerre ou des problèmes d'adaptation au milieu militaire. Il demeure cependant un triptyque clinique commun : celui de la nature psychogène de certains troubles somatoformes, celui de l'importance de facteurs psychosociaux dans la survenue, et enfin celui de l'existence possible d'un événement exceptionnel à l'origine. C'est sur le terrain de la nosographie que se pose la question des fonctions de l'événement traumatique sur le sujet et la prédisposition de ce dernier dans l'étiologie des névroses. Se trouve à nouveau débattu la séparation de la névrose traumatique de guerre dans le champ des névroses, en particulier par rapport à la névrose hystérique, mais aussi obsessionnelle[113].

C'est avec une réticence nettement exprimée à l'égard des modélisations psychopathologiques, et donc essentiellement sur le terrain de la clinique et de la sémiologie, que cette démonstration va s'effectuer. Je m'efforcerai dans ma recherche, de me départir des incidences contemporaines doctrinales éphémères, pour mieux appréhender la réalité clinique dans sa structure concrète. Ce retour à la clinique se dote d'une méthode, celle de la « narco-analyse amphétaminée », dont il est attendu qu'elle permette de faire un grand pas dans l'élucidation des rôles respectifs de la prédisposition et de l'événement dans la survenue des troubles de guerre [114]. Ce nouveau procédé s'avère également un moyen psychothérapeutique, et s'affirme un concept fondamental : celui de l'importance de la libération progressive des émotions par le langage permettant la subjectivation et l'élaboration psychique de l'événement traumato disposant d'un pouvoir morbide sur le psychisme. Crocq questionne et trouve un point d'achoppement énigmatique sur la place de la prédisposition ou la susceptibilité individuelle. Il en reste sur l'idée de la complexité des liens entre névrose traumatique et psychonévrose hystérique qui présentent parfois des enchevêtrements cliniques et des interactions pathogéniques réciproques, à l'occasion

[113] Cette lecture historique et épistémologique est issue des travaux psychotraumatologiques et victimologiques de L. Crocq, *PsychoMédia*, 1998, N° 18 et 19. L. Crocq (1965b), p. 333. *Ibid.*, p. 339.L. Crocq (1969a), *op.cit.*, pp.1433-34. L. Crocq (1969a), *Ibid.*, p. 1435.
[114] Pignol P., Villerbu L. M, *Le travail psychique de victime : Essai de psycho-victimologie*, Paris, Masson, 2008, pp. 159-268.

desquelles il convient de restreindre le déterminisme de la notion de prédisposition et de réhabiliter l'événement, au moins pour rappeler qu'il existe un traumatisme à l'origine de toute névrose traumatique.

En 1969, l'article « Délimitation et signification du concept de névrose traumatique » [115], marque une avancée beaucoup plus affirmée en faveur de l'importance étiopathogénique de l'événement. La place prépondérante de la référence à la pathologie névrotique tend à se diluer aux dépens de l'impact traumatique qui va définir la symptomatologie. Il convient de distinguer les symptômes de « super-structure »[116] et les symptômes fondamentaux ou originaux. Derrière la symptomatologie de « super-structure » anxieuse, hystérique, phobique, ou même obsessionnelle, empruntée aux autres névroses, la névrose traumatique possède une symptomatologie singulière, exclusive et originale qui atteste de son authenticité. L'événement traumatique fait accéder à une nouvelle existence, des événements insipides de l'enfance, reléguant dans l'ombre comme non-sens dérisoires d'autres événements qui paraissaient dominants avant lui, donnant un sens nouveau à des significations hésitantes ou potentielles, confirmant certaines vérités. « Voilà pourquoi par « prédisposition » il faut entendre vulnérabilité et non déterminisme et comprendre la pathogénie traumato-névrotique comme l'insertion d'une nouvelle expérience vécue sur la sédimentation offerte par les expériences antérieures »[117]. Cependant, cette symptomatologie reste encore approximative au regard des travaux ultérieurs sur le syndrome de répétition que je décris plus longuement ultérieurement.

Par la suite, Crocq[118], au travers des signes de « panique », décrit que la pensée n'est plus ni nosographique, ni psychopathologique, même s'il s'agit toujours de traiter de phénomènes pathologiques, mais prend une orientation nettement psychosociologique et prophylactique. Cette centration sur le temps de l'événement explique l'apparition de la notion de stress et névrose traumatique. La notion de stress, empruntée à Selye, y apparaît de façon centrale pour la première fois. Il y est présenté comme la réaction psychophysiologique à l'événement (dénommé traumatisme) responsable non seulement des réactions aigues mais aussi du développement de la future pathologie psychonévrotique. En effet le stress ; réaction d'alarme et de défense de l'organisme, peut donner lieu : « ...à des

[115] Crocq L., Délimitation et signification du concept de névrose traumatique, *LXVIIe congrès de psychiatrie et neurologie de langue francaise*, Bruxelles, comptes rendus, Paris, Masson, 1969, pp. 1432-1436.
[116] Crocq L., « Travaux psychotraumatologiques et victimologiques », *PsychoMédia*, 1997, N° 18 et 19. L. Crocq (1965b), p. 333. *Ibid.*, p. 339. L. Crocq (1969a), *op.cit.* p. 1433-34. L. Crocq (1969a), *ibid.*, p. 1435.
[117] Crocq L., « Les névroses de guerre », *Psychologie médicale*, 1969, p. 1436.
[118] Crocq L., « Stress et névrose traumatique », *Psychologie médicale*, 1974, pp. 1493-1531.

perturbations biologiques et mentales, à des états d'épuisement irréversibles, à des lésions organiques et à la mort »[119]. Partant, de « ... il est intéressant d'examiner comment l'individu devient malade ou névrosé par le canal de sa propre réaction de défense »[120].

Crocq reprend les travaux de Freud que j'ai développés et qui constituent pour lui une référence théorique majeure. C'est sur la période de 1987 à 1998 que s'instaure et se développe la clinique de la psychotraumatologie en milieu civil. En 1987, il crée à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, une consultation spécialisée pour les victimes de traumatismes psychiques (agressions, attentats et catastrophes). Les premières études font l'objet d'une publication qui, à bien des égards, marque un nouveau virage. Il s'agit de séquelles psychiques des victimes d'attentats et d'agressions[121]. Le vocable de « victime » y apparaît pour la première fois, là où jusqu'alors la plupart des termes employés renvoyaient essentiellement aux domaines de la clinique et de la psychopathologie. Il faut comprendre un usage moderne de l'attention devenue centrale pour les questions de prise en charge. La diversité de la réalité clinique y est postulée, allant des réactions adaptatives de stress à des symptomatologies durables à fortes répercussions sociales : problèmes de travail, altération de la vie familiale, perte des intérêts vitaux. La sémiologie clinique décrite est caractéristique d'une population de sujets ayant vécu un événement exceptionnellement violent et non plus, comme jusqu'alors, d'individus souffrant de troubles chroniques d'origine psychotraumatique. D'une question nosographique et de prise en charge de la pathologie, un chemin se crée vers une question d'urgence sociale au sein de laquelle il importe de réfléchir le rôle de la psychiatrie. D'où les multiples actualisations et approfondissements que connaît durant cette période la clinique et qui donnera lieu à la création d'une échelle d'évaluation : l'inventaire échelle de névrose traumatique dite échelle ALFEST[122].

La publication est la genèse d'un nouveau champ d'exploration de la pathologie psychotraumatique, le milieu civil avec ses événements singuliers et sa psychosociologie propre, milieu sur lequel les acquis de la pratique militaire vont être projetés, inventant une clinique des multiples situations d'urgence psychique et sociale. C'est le champ social, avec ses temps et ses espaces de rupture, ses urgences et ses crises, et non plus la nosographie, qui impose ses objets à la réflexion et à l'intervention des professionnels de la psyché. Se répertorient sur cette période les multiples conditions possibles de survenue d'expériences

[119] *Ibid.*, p.1517.
[120] *Ibid.*
[121] Crocq L., « La psychosociologie des paniques », *La revue du praticien*, 1988, pp. 648-688.
[122] Crocq L., *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999, p. 184.

psychiquement extrêmes, les situations temporo-spatiales vulnérabilisantes, et leur iatrogénie propre. Une nouvelle clinique et de nouveaux outils pour un nouveau terrain d'intervention (les catastrophes) conduisent à la création d'une véritable géographie des positions critiques, en fonction de ses différents temps, lieux et protagonistes, des victimes directes, également indirectes comme les familles, des sauveteurs, des décideurs. L'actualité contemporaine oblige une nouvelle thématique novatrice, à savoir la prise d'otages, qui constitue une autre forme de rencontre critique avec le réel de la rencontre d'un autrui qui fait menace psychique. Les effets sont singuliers en regard de la temporalité, des différentes phases qui la composent (rapt, séquestration, et libération), de la personnalité et du comportement des protagonistes.

Ces caractéristiques font émerger le développement de nouveaux syndromes et l'actualisation de certains déjà décrits comme le « syndrome de Stockholm ».[123] Cette nouvelle symptomatologie est en lien avec la nature ou les particularités criminologiques propres à l'événement considéré et les effets victimisants spécifiques que celui-ci peut générer, ainsi que les protocoles d'intervention qu'en réponse il importe d'imaginer et mettre en œuvre. Une clinique des positions vulnérabilisantes s'élabore également au travers de la question redondante de la gestion de crise et de la prise de décision. De même, le traumatisme psychique chez l'enfant, en particulier dans la guerre, s'impose comme une question importante et donne lieu à la construction d'une clinique diagnostique et thérapeutique spécifique qui fait régulièrement l'objet d'actualisations. Enfin le contexte est presque élevé comme facteur étiologique au même titre que l'événement lui-même et l'on voit se dessiner en creux les principes de la doctrine de l'urgence médico- psychologique.

Tout le pouvoir pathogène de l'événement traumatisant ne réside pas dans les seules caractéristiques de cet événement. Des circonstances conjoncturelles peuvent accroître les effets de surprise, d'agression. La personnalité du sujet, jointe à la conjoncture, peut faire qu'il puisse effectuer une première maîtrise du trauma, ou une abréaction précoce, qui va désamorcer le travail de la phase immédiate. La réflexion théorique et sémiologique prend

[123] En 1973 une prise d'otage a lieu dans une banque à Stockholm. Les malfaiteurs raptent les clients et les membres du personnel. Après plusieurs jours de négociation avec les forces de l'ordre, les otages sont libérés. Suite au procès des témoignages de victimes vont avérer un attachement aux ravisseurs en abondant dans leur sens. Le syndrome de Stockholm définit donc un lien paradoxal : où les victimes développent des affects de sympathie, d'affection, voire d'amour, d'empathie, vis-à-vis de leurs agresseurs. Il y a souvent adhésion à la cause des agresseurs. Plus récemment, Natasha Kampusch, jeune autrichienne enlevée par un homme en 1998 et kidnappé durant huit ans, avait manifesté ce syndrome à l'égard de son agresseur qui s'est suicidé par la suite.

elle, de nouvelles orientations. En premier lieu avec la reprise de l'œuvre de Pierre Janet[124] dont l'importance devient au moins égale à celle de Freud ; et l'on peut penser que c'est en grande partie à cette nouvelle source d'inspiration que l'on doit l'article majeur consacré au syndrome de répétition[125] qui est une réponse au DSM III et à l'entité Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), à ses critères approximatifs et pouvant générer de la confusion. Ensuite, les références à la mythologie, à la pensée grecque depuis l'antiquité jusqu'à notre monde contemporain, vont reprendre le terme de « Krisis », qui deviendra crise, traduisant un bouleversement subi de la psyché en regard d'un événement traumatogène.

Les métamorphoses du concept qui évoquent les paniques collectives et peurs immémoriales étudiées en 1992[126], puis l'article « le trauma et ses mythes »[127], commencent à constituer une nouvelle ligne nosographique et psychopathologique. Une réflexion que l'on pourrait qualifier d'anthropologique sur le traumatisme s'ouvre par un questionnement heuristique. Parallèlement, une nouvelle méthode d'intervention pour les groupes de victimes se crée pour la prise en charge au plus proche de l'événement. Cette démarche, le débriefing, a pour objectif de « permettre à chacun d'effectuer sa catharsis ». Elle se veut une approche préventive de la survenue ultérieure de la névrose traumatique. Suite à l'attentat terroriste perpétré le 25 juillet 1995 à la station de métro Saint-Michel à Paris, se voit concrétiser par le biais de l'ensemble des réflexions cliniques, la création et de la mise en place des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) destinées à la prise en charge des victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs. Par la suite, ce sont les quelques grandes métropoles qui s'en doteront avant de s'étendre à tout le territoire national avec la circulaire de 1997. C'est en 1998, que Louis Crocq consacre deux textes détaillés à la toute nouvelle CUMP ou cellule d'urgence médico-psychologique.

Outre la relation détaillée des conditions de sa naissance, de son organisation et de son mode de fonctionnement, les premières prérogatives d'un postulat de l'urgence médico-psychologique s'affirment, appuyées sur les divers travaux et expériences cliniques tirées de la réflexion freudienne. L'axe psychopathologique s'oriente sur :

---

[124] Janet P. (1886), « Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme », Revue *Philosophique*, 25, 1, 238-279 ; Janet P. (1889), *L'Automatisme psychologique*, Paris, Félix Alcan. Reprint, Société Pierre Janet, 1973 ; Janet P., (1894), « Histoire d'une idée fixe », *Revue Philosophique*, 1898, 37, 1, 121-163, Janet P. (1898 a), *Névroses et idées fixes*, vol. I. Paris, Félix Alcan.

[125] Crocq L., *Panorama des séquelles traumatiques psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post traumatiques et autres séquelles*, 1992, 24, 5, pp. 427-432.

[126] Crocq L., *Panorama des séquelles traumatiques psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post traumatiques et autres séquelles, op. cit.*

[127] Crocq L., « Le trauma et ses mythes », *op. cit.*, pp. 992-999.

- La nécessité de la prise en charge des réactions de stress immédiates en regard de la plus grande proximité tempo-spatiale à l'événement, non seulement parce qu'elles risquent de déboucher sur des syndromes pathologiques plus ou moins durables et handicapants mais aussi parce qu'elles constituent une expérience psychique de détresse en soi extrêmement violente ;
- La nécessité d'aller au-devant des victimes, de ne pas rester dans l'attente d'une éventuelle demande (dans un premier temps il ne s'agit pas d'une psychothérapie) ;
- La nécessité de la verbalisation précoce dans une démarche cathartique ;
- Enfin la rigueur à tous niveaux de l'organisation à opposer au chaos de la catastrophe et l'on peut voir dans le principe du trinôme psychiatre-infirmier-psychologue le souci de constituer une unité microsociale de base en réponse à la désagrégation plus ou moins massive des cadres collectifs. Le suivi au long cours des victimes a laissé place à une clinique au long cours de la pathologie psychotraumatique, montrant que sa forme et ses manifestations cliniques évoluaient dans le temps.

La période 1999 jusqu'à nos jours semble créer un nouveau mythe au plan clinique : le trauma comme expérience anthropologique. L'avènement du XXIème siècle voit émerger une pensée qui semble avoir définitivement trouvé une stabilité et une cohérence interne. Cette perspective anthropologique se déploie en se revisitant sans cesse, explorant avec toujours plus de profondeur ses fondements. De synthèse en synthèse, elle semble chercher à se purifier de toutes ses scories pour aller à son essentiel. Elle consiste en particulier à reprendre les éléments sémiologiques et psychopathologiques recueillis durant les périodes précédentes sous les notions de stress et de trauma et à les réinterroger et réinterpréter sous l'angle d'une expérience anthropologique extrême et singulière. Louis Crocq, au travers de l'étude des mythes et des récits, s'efforce sans cesse de préciser la nature et l'expérience du message de la détresse traumatique [128]. Il compare à la lumière des mots, des récits narratifs et des images, le vécu du trauma à des mythes : Persée, la Méduse et l'effroi[129], figures mythiques de la victime[130]. Il s'agit ici de soutenir le patient à nommer l'indicible.

Cette recherche touche également les travaux historiques et critiques sur le débriefing et plus généralement la prise en charge des syndromes psychotraumatiques. L'approche

[128] *Crocq* L., « Le retour des enfers et son message », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2000, 3, 1, pp. 15-24.
[129] *Crocq* L., « La Méduse et l'effroi », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2002, 4, 2, pp.133-138.
[130] *Crocq* L., « Figures mythiques de la victime », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2006, 6, 2, pp.103-109.

cathartique est revisitée avec la double référence aux mythes et à la pensée grecque : l'approche psychologique s'inscrit comme la maïeutique socratique, en suscitant la parole de la victime. Le praticien l'aidera à se libérer de ses émotions extrêmes en faisant accéder le sujet à une compréhension de ce qu'il a vécu. Le professionnel permet la « passe », non pas au sens lacanien, mais en termes d'aide indispensable au retour du traumatisé dans le monde commun des vivants. La sémiologie clinique voit apparaître des révisions d'importance autour de l'appellation « syndromes psychotraumatiques ». Cette dénomination recouvre le vaste champ des possibles des états pathologiques, immédiats, post-immédiats ou différés, éphémères, transitoires ou chroniques, les troubles symptomatiques, modérés ou sévères, psychologiquement bien tolérés ou très invalidants causés par un traumatisme psychique.

En 2004 paraît également un article exclusivement consacré au syndrome de répétition[131] (développé longuement plus à postériori) et qui pose le postulat de sept formes cliniques différentes reprenant la description psychodynamique des pères de la psychotraumathologie que sont Janet, Freud et Ferenczi. Y sont décrits : la reviviscence hallucinatoire, le souvenir forcé, la rumination mentale, l'illusion, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme s'il se reproduisait, le cauchemar de répétition. La dimension clinique du psychotraumatisme va se décliner selon deux axes :

- L'un : diachronique, décrivant les grands temps chronologiquement articulés suivant plusieurs modalités possibles d'évolution de l'un à l'autre ;
- L'autre, synchronique, chacun de ces temps présentant non seulement une symptomatologie qui lui est propre mais également une dynamique spécifique.

Ces temps vont se voir qualifiés d'immédiat et de post immédiat.

8.2. Les troubles immédiats et précoces du traumatisme

Il s'agit le plus souvent d'une clinique de l'angoisse dont la prise en charge relève de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques. Comme je l'ai souligné déjà, il peut n'y avoir aucun trouble du fait de la défense que peut organiser l'appareil psychique du sujet, à savoir le déni du réel. Ce mécanisme de déni peut s'initier de manière concomitante au traumatisme, après le temps de l'effroi. Parfois une amnésie partielle ou totale peut apparaître. Cette dernière peut persister durant toute la vie du sujet, pouvant laisser place à

[131] *Crocq* L., *Victimologie et criminologie. Approches cliniques*, Paris, Champ Social, 2004.

des troubles somatoformes sévères. Ce fut le cas d'une jeune adolescente de 17 ans, venue en consultation et orientée des suites d'un viol. Durant un an, elle avait eu une amnésie et n'avait jamais parlé des évènements vécus par peur, culpabilité et honte. Elle fera quatorze passages aux urgences pour des troubles somatiques avant de pouvoir externaliser sa souffrance. La clinique de l'angoisse prend des formes très variables, depuis le stress adapté jusqu'à tout l'éventail des modifications de l'état de conscience : dépersonnalisation, déréalisation, désorientation temporo-spatiale, hyperémotivité, modification du rapport à la temporalité, états confusionnels, activités oniriques très intenses. Parfois peuvent apparaître des états délirants, une labilité de l'humeur.

La clinique varie entre stress, détresse et panique. Ce temps de l'immédiateté du trauma se définit eu égard à des réactions survenant dans l'immédiateté de l'événement jusqu'à environ 6 heures après celui-ci. Passé ce délai, les réactions obéissent à la logique du traumatisme post- immédiat. Je décris ici une phase de l'urgence où le sujet doit s'ajuster à une situation qui s'est brutalement transformée en un contexte relationnel ou environnemental hostile. C'est généralement sous le vocable de réaction de « stress » que sa clinique est abordée. Les facteurs psychiques n'en sont pas absents mais peuvent être en grande partie déterminés par la réaction « organique » de survie et d'adaptation, qu'elle soit opérante ou non. Selon Crocq, le stress a en effet son répondant au plan psychologique, l'alerte et la mobilisation, qui constituent la réaction immédiate se manifestant « dans les sphères cognitive, affective et comportementale »[132] Il se définit donc une véritable clinique de la réaction immédiate au stress, avec ses formes adaptées ou au contraire dysfonctionnelles : les premières sont dites adaptées, les secondes dépassées. Se déclinent :

8.2.1. Les différents stress.

Tout d'abord, je vais évoquer le concept de faux stress : il s'agit du concept de commotion qui est un état neuro-organique vécu par le sujet, qui a longtemps été confondu avec la réaction immédiate. Puis, le stress adapté, correspond à la réaction de stress normale, adaptative. Il s'agit d'une réaction d'exception qui permet au sujet de focaliser son attention. L'individu est capable de mobiliser ses capacités physiques et physiologiques, ce qui l'incite à l'action. L'état de stress adapté concerne la plupart des réactions observées sur le terrain

[132] Crocq L., Bessoles P., *Victime-Agresseur. Récidive, réitération, répétition. Lien d'emprise et loi des séries, Tome 4,* Paris, Champ social, 2004, p. 35.

lors de situations traumatiques. Lorsque le stress est adapté cela signifie que l'émotion ne vient pas déborder la pensée de l'individu et il lui est possible de réagir de manière contrôlée et cohérente, en mettant rapidement des stratégies opérationnelles pour tenter de faire face au problème. Cette réaction de stress est une réaction bio-physio-psychologique d'alerte, de mobilisation et de défense de manière spontanée chez tout sujet traversant une situation exceptionnelle. Elle se définit comme une réaction adaptative et protectrice de la psyché, caractérisée par une mobilisation de l'énergie, une focalisation de l'attention, et une incitation à l'action. Elle est coûteuse en énergie et peut s'accompagner d'un certain nombre de symptômes désagréables : pâleur, vertiges, sueurs, tachycardie, hypertension, nausées, vomissements, tremblements, envie impérieuse d'uriner, état de tension psychique pénible.

Alors qu'il sortait d'un diner au restaurant, Laurent a été accosté par un homme dont il ne pouvait voir le visage dissimulé sous une cagoule. L'agresseur pointe vers lui une arme de poing et ordonne qu'il lui donne son vide poche. Malgré une vive émotion de peur, Laurent maintient son calme et jette sa sacoche à terre : « J'ai essayé de garder mon sang-froid. Il paraissait très nerveux. J'avais peur qu'il me tue alors j'ai été coopératif. Je ne voulais pas qu'il dégoupille ». Dans ce contexte, Laurent trouve donc le moyen de contenir son émotion ce qui lui permet de réagir de façon adaptée face à l'agresseur et de prévenir immédiatement les secours après l'agression.

Le stress différé, quant à lui, se définit comme une décharge émotionnelle différée survenant quelques heures après l'événement, libérant le trop-plein de tension accumulé pendant celui-ci. Cette décharge peut se manifester par des crises de larmes, une crise d'agitation motrice ou un accès de prostration, des tremblements, des cris, des invectives, ou même une décharge neuro-végétative (vomissement, perte d'urine, diarrhée). Cette « crise émotionnelle » sera brève et aura souvent un effet cathartique de soulagement puis d'apaisement.

Un autre type de stress va correspondre aux réactions dites de stress dépassé. Il faut comprendre que cet état de stress est marqué par l'impossibilité du sujet à élaborer psychiquement ce qui se passe dans la mesure où ce sont les émotions qui dominent sa pensée. Dans ce cas, l'individu est dans l'incapacité de faire face à l'événement de manière adéquate en utilisant des stratégies ajustées et adaptatives. Il existe quatre formes de réactions de stress dépassé correspondant à une situation qui dépasse en intensité les capacités d'adaptation d'un sujet. Il peut avoir recours à des réactions archaïques d'urgence

(réactions éthologiques communes aux mammifères supérieurs), stéréotypées et donc peu adaptatives, dont je vais développer les principales.

8.2.2 La sidération

L'état de sidération est le plus fréquemment rencontré. Il se traduit par l'impossibilité d'agir au cours de l'événement potentiellement traumatique. C'est une réponse immédiate au danger. Le sujet est stupéfait, pétrifié, il s'immobilise et se fige. Il est incapable de prendre une décision. Le sujet traverse une stupéfaction intellectuelle, une stupeur affective, une inhibition motrice qui le laissent immobile dans le danger, en état second, incapable de percevoir, d'évaluer ou de raisonner, et dépourvu de toute volonté.

Fabrice est âgé de trente-huit ans. Il est directeur d'hôpital. Son caractère est affirmé, dynamique et volontaire. Lors de son arrivée en consultation il m'explique qu'il y a quelques mois, il a subi une agression particulièrement violente en se rendant à son travail avec son véhicule personnel : « J'ai une grosse voiture récente. J'étais arrêté sur une voie. Trois hommes se sont jetés sur moi. Ils ont explosé la vitre côté conducteur. Ils m'ont tabassé en me jetant hors du véhicule. Ils sont partis à toute vitesse, ça n'a duré que quelques secondes». Dans cette situation de vol à l'arraché, Fabrice explique être resté au sol sans bouger et sans être en capacité de prévenir les secours : « Je n'ai rien compris à ce qui se passait. Je suis resté par terre tétanisé. Je n'arrivais même pas à parler. Je m'en veux parce que j'aurais pu prévenir plus rapidement la police ». La réaction de Fabrice illustre bien la manière dont un événement violent et soudain peut induire un état de stupéfaction qui laisse la personne figée sur place, les yeux hagards, débordée par l'incompréhension ou la peur de ce qui peut se produire. Dans le cadre de la prise en charge psychologique, il est très fréquent de travailler avec des personnes, qui ont réagi de cette manière, sur la question de la culpabilité de ne pas avoir pu faire face à la situation. Bien souvent, leur vécu subjectif de l'événement est d'autant plus douloureux qu'ils s'adressent des reproches car ils estiment « ne pas avoir été à la hauteur ».

8.2.3. L'agitation motrice

Elle résulte de l'impulsivité à agir alors même que le sujet n'est pas en état psychique d'élaborer un schéma d'action adapté. Elle s'organise autour d'une gesticulation désordonnée et incohérente ne permettant pas un ajustement aux exigences de la situation.

Cette réaction est également très fréquente et observable dans les phénomènes de masse impliquant de nombreuses victimes. Dans ce cas, les personnes sont très agitées sur le plan moteur et peuvent également tenir des propos volubiles, voire incohérents. Il s'agit de la manifestation de l'impuissance de l'individu à mobiliser ses capacités mentales. Elle constitue une décharge motrice pour soulager l'anxiété.

Laurane est une lycéenne de région parisienne. Elle a assisté à l'agression filmée par des portables de sa meilleure amie qui était victime depuis plusieurs mois de harcèlement scolaire : « On était sur le chemin pour aller au conservatoire qui est au sein de l'établissement scolaire. Un groupe de filles est arrivé. Elles ont commencé à insulter ma copine et à lui taper dessus ». Au cours de l'agression, Laurane a eu très peur qu'elle et son amie soient blessées. Elle criait et s'agitait, mais elle n'a pas pensé à demander de l'aide. Lorsqu'un professeur est arrivé sur les lieux de l'agression, Laurane était confuse dans ses propos. Elle pleurait, tremblait, piétinait le sol et parlait rapidement. Elle n'arrivait pas à expliquer la situation.

8.2.4. La réaction de fuite panique.

Elle donne lieu, quand elle est collective, aux phénomènes de masse : fuite impulsive, sauvage et inconsidérée qui peut précipiter les sujets dans un danger encore plus grand que celui représenté par l'événement. Dans ce cas, les victimes tentent à tout prix de fuir le danger sans pouvoir analyser la situation au préalable. Pour cette raison, il est très fréquent qu'elles se dirigent en direction même du danger sans arrêter leur course effrénée et non coordonnée. C'est toujours l'impulsion motrice qui domine, le but étant de s'éloigner du danger en écrasant tous les obstacles. Il est donc très difficile de venir en aide aux personnes qui réagissent de cette manière. Par ailleurs, les individus qui entament une fuite de ce type, renforcent l'état de panique du groupe et s'exposent parfois encore plus au risque. Cette réaction est dangereuse dans la mesure où elle est contagieuse.

De nombreuses personnes se sont rendues sur les lieux des attentats, survenus en novembre 2015 à Paris, afin de se recueillir et de témoigner leur solidarité avec les victimes. Deux jours après les attaques terroristes, on a pu observer des mouvements de foule et de panique autour de la place de la République suite à des bruits d'explosion produits par des pétards. Certaines personnes ont eu très peur d'une nouvelle attaque annoncée par les réseaux sociaux. Dans cette situation, on a pu voir des gens partir en courant dans une totale

confusion et d'autres se faire bousculer ou piétiner.

8.2.5. Les actions automatiques.

Elles consistent en des agirs et attitudes automatiques adaptés tant que la situation n'exige pas autre chose, mais accompagnés d'une altération de la lucidité qui les rend inefficaces si la situation demande une réponse adaptative plus complexe ; celles-ci peuvent durer plusieurs heures et laisser au sujet un sentiment de culpabilité, d'insatisfaction, ou une amnésie. Il peut également s'observer un comportement combinant plusieurs de ces formes, consistant à chercher à proximité immédiate un lieu de protection dans lequel le sujet se blottit, généralement en position fœtale, et attend la fin du danger dans un état de semi-conscience et de terreur. Ces réactions de stress dépassé sont brèves (de quelques minutes à une heure), suivies de soulagement post-cathartique, mais cependant, souvent empruntes de culpabilité et de honte. Elles sont normalement sans séquelles. Néanmoins, elles peuvent être à l'origine du déclanchement de véritables pathologies psychosomatiques. Ce type de réaction est généralement difficile à repérer car elle n'attire pas toujours l'attention des sauveteurs.

Jordan est sapeur-pompier volontaire. Lui et ses collègues ont été victimes d'une agression lors d'une intervention pour éteindre un feu dans un hall d'immeuble dans un quartier « sensible » : *« En réalité, il n'y avait pas de feu. Quand on est arrivé sur place, des voitures ont volontairement bloqué notre camion. Des personnes cagoulées ont jeté des cailloux et des cocktails Molotov sur le camion qui a pris feu. Ils sont venus nous donner des coups avec des battes de baseball. Ils nous frappaient sans s'arrêter ».* Au cours de l'événement, Jordan a semblé garder son calme et a porté assistance à un collègue blessé. Quelques jours plus tard, il déclare : « J'ai eu très peur. Je n'en ai pas parlé le soir en rentrant chez moi. Je n'ai pas compris pourquoi on nous visait. On est là pour sauver les gens et pas pour se faire agresser (...). Je ne me souviens pas de tout. C'était surréaliste quand même ». De prime abord, la réaction de Jordan paraît adaptée, mais il a agi de manière automatique sans avoir pu analyser la situation. Il a exécuté le protocole d'urgence étape par étape sans réellement traiter les informations émanant de son environnement. De la perception il est passé à l'action, sans analyse préalable des différentes options d'intervention qui s'offraient à lui. Cette description s'inscrit dans le registre du réflexe où la pensée n'intervient pas. C'est la mémoire procédurale qui est activée. De nombreux conducteurs de véhicules en ont déjà fait l'expérience lorsqu'ils rapportent avoir roulé plusieurs minutes dans une espèce d'état

second, sans être capable de se rappeler le chemin qu'ils ont emprunté. Il en est de même pour Jordan qui, deux jours après l'accident, ne se souvenait plus de tout ce qu'il avait vécu au cours de l'agression. L'impression d'émerger d'un « rêve » accompagnée d'un vécu d'étrangeté par rapport à ce qui s'est passé est caractéristique de cet état.

8.2.6. Les états de stress névrotiques ou psychotiques

Si lors de l'événement, la victime de l'agression présentait déjà des troubles psychiques de type névrotique ou psychotique, la pathologie antérieure va colorer de façon significative la réaction de stress. La dimension traumatique est co-dépendante à l'histoire du sujet et à sa structure. Dans un stress agissant sur une structure névrotique : la sémiologie clinique s'orientera vers des symptômes d'angoisse psychique ou somatique, des crises d'angoisse phobique, des réactions de conversion, un accaparement de l'attention des sauveteurs, des conduites d'évitement sélectifs chez les phobiques, des crises nerveuses spectaculaires, des états seconds. Ce sont généralement des réactions plus durables que les réactions de stress normal ou dépassé et elles sont susceptibles de récidives à brève échéance, nécessitant alors une intervention rapide de type psychiatrique : sédation, isolement, surveillance, éventuellement évacuation rapide en milieu hospitalier.

Dans la situation d'un stress agissant sur une structure psychotique peuvent apparaître des états confusionnels plus liés à un état commotionnel qu'au choc émotionnel proprement dit. Leur temporalité est variable de quelques heures à plusieurs jours, avec parfois des bouffées délirantes spectaculaires, des épisodes inauguraux ou de décompensation d'une psychose chronique. Selon certains auteurs, notamment Lebigot[133], les réactions de stress ne recouvrent pas totalement le champ des réactions immédiates, même si elles en appréhendent l'essentiel, car il peut dans certains cas survenir une modalité de réaction immédiate qui semble échapper à leur seul déterminisme. Unique forme de réaction immédiate que l'on pourrait qualifier véritablement de traumatique, elle renverrait à une expérience particulière, indicielle que l'événement fait trauma : l'effroi. Comme je l'explique antérieurement il s'agit d'un moment indicible de la rencontre du sujet avec le «réel de la mort ». Les images font défaut pour en rendre compte : les expressions de blanc, trou noir, panne de la pensée, arrêt sur image..., n'en offrent qu'une approximation puisque, par définition, il devient l'instant où toute possibilité de représentation se trouve suspendue.

[133] Lebigot F., « L'effroi du traumatisme psychique : le regarder en face ou s'en protéger », *Stress et Trauma,* Paris, Dunod, 2002, pp. 139-146.

Le sujet peut en être fasciné et paralysé.

Ce fut le cas de Marianne, qui accoucha d'un enfant mort-né. Elle pourra décrire cette fascination à regarder sans cesse la photo de son bébé. *« Sur l'instant je crois me sentir mieux, mais après cela réactive des cauchemars, mon angoisse et ma tristesse »*. Le pare-excitations, débordé dans sa capacité à filtrer les excitations externes, laisserait tout loisir à l'image traumatique de pénétrer sans résistance au cœur du psychisme où elle s'installerait, révélant ultérieurement sa présence active au travers des manifestations du syndrome de répétition[134].

8.2.7. La notion de dissociation péritraumatique

Elle se définit, selon Birmes, Brunet, Paterniti comme « une rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique au moment du traumatisme »[135]. La notion de Kédia[136] inspirée de Janet est très usitée en Amérique du nord mais beaucoup plus controversée en France, notamment par Louis Crocq qui considère qu'elle n'est que l'exacte reprise des réactions immédiates de stress dépassé. Elle met en effet particulièrement l'accent sur les vécus dissociatifs, de dédoublement, l'altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps), l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues). On y retrouve toute la clinique des états confusionnels aigus de la psychiatrie du début du XXème siècle. Elle fait souvent référence dans des travaux sur les réactions immédiates cherchant à dégager des signes cliniques immédiats prédictifs de la survenue ultérieure d'un état de stress post-traumatique.

Patricia travaille comme hôtesse de l'air. Un matin, alors qu'elle rentrait chez elle, seule, deux hommes armés et cagoulés se sont introduits en même temps qu'elle dans son appartement. L'un pillait l'appartement, l'autre la déshabillait pour la violer lui disant *« la trouver bonne »*. Cela n'a duré que quelques instants. Une voisine appela immédiatement la police car elle avait assisté à l'agression. Pourtant, deux semaines plus tard, Patricia

---

[134] Vaiva G., Lebigot F., *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, 2005.
[135] P. Birmes, A. Brunet, Paterniti S., *Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique*, Amsterdam, IOS press, 2005, p. 35.
[136] Kédia G., « La morale et les émotions », *Revue électronique de psychologie sociale*, 2009, 4, pp. 47-53.

explique: « J'ai eu l'impression que ça durait des heures. J'ai eu tellement peur … j'étais pétrifiée. J'avais l'impression de ne plus rien maitriser. C'était comme si j'avais été hors de mon corps, j'étais au-dessus de moi-même ». Depuis les faits, elle n'a pas repris le travail : « Je m'en sens totalement incapable. Je revois tout le temps le regard noir d'un des deux auteurs. Quand j'y pense, je suis à nouveau paralysée. Je n'ai envie de rien. Je ne dors plus». Épuisée, elle déclare être très irritable. Toutefois, elle ne supporte pas de rester seule : *« J'ai l'impression d'en vouloir à la terre entière, mais si je suis seule, j'ai l'impression de tourner en boucle et de devenir folle. Je m'emporte pour un rien. Je ne me reconnais pas. Je suis pourtant patiente de nature ».*
Elle évoque également une agoraphobie : *« Je ne veux plus sortir de la maison. Je n'en ai ni l'envie ni le courage. J'ai l'impression que je suis tout le temps en danger ».*

8.2.8. Les troubles à plus ou moins long terme du traumatisme.

Les troubles post-immédiats sont le plus souvent une persistance ou une aggravation des troubles immédiats. Ce qui caractériserait l'ensemble de ces troubles serait une forme d'anxiété généralisée, des troubles du caractère à type d'irritabilité, ou de labilité thymique. Parfois peuvent apparaître des conduites addictives, par exemple l'alcoolisme. Les signes à plus long terme laissent apparaître la névrose traumatique qui suscite de la souffrance chez le sujet et ce que l'on pourrait nommer des dommages collatéraux, c'est à dire une souffrance par ricochet de l'environnement. C'est alors que peuvent se dessiner le syndrome de répétition, des troubles anxieux, un syndrome dépressif, des troubles du caractère, des passages à l'acte, des conduites addictives, des plaintes somatiques, des maladies psychosomatiques.

Le post-immédiat représente le deuxième temps de la clinique des syndromes psychotraumatiques. Il recouvre une période qui débute à la terminaison de l'immédiat et la sédation de ses manifestations caractéristiques (de quelques heures à quelques jours après l'événement), et peut s'étendre sur une durée pouvant aller jusqu'à plusieurs années. Crocq mentionne cependant qu'au-delà d'une durée de deux mois le terme de temps de latence doit être discuté.[137] Il se distingue de la période initiale et de celle du « différé » qui lui fera éventuellement suite, par une clinique spécifique, quoique souvent discrète au point de souvent passer totalement inaperçue, et que les anciens, comme Charcot ou Janet, avaient

[137] Crocq L., *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, 2007, p.33.

qualifié de phase de méditation ou d'incubation. On peut y observer des réactions différées de stress, mais sa véritable spécificité clinique est ailleurs. Si sa symptomatologie est peu expressive, elle n'en est pas moins tout à fait observable et se caractérise essentiellement par des ruminations mentales et un état de stupeur, laissant le sentiment à l'observateur que le sujet n'est pas tout à fait revenu de l'événement. Sa durée, extrêmement variable peut tenir à des facteurs externes comme internes. Deux issues sont possibles à ce temps de latence : soit le sujet est parvenu, au prix d'un travail intérieur de subjectivation, à surmonter l'impact de l'événement, soit il n'y est pas parvenu et les défenses qu'il avait pu mettre en place s'épuisent. Il développe un syndrome psychotraumatique qu'il ne parvient plus à endiguer, et qui infiltre dès lors, son existence, de toutes parts. L'issue à ce temps de latence peut être longue à se dessiner, et mon expérience personnelle montre certains cas de sujets retrouvant, sans aide, leur personnalité antérieure jusque trois ans après l'événement.

Les névroses traumatiques

Dans cette forme clinique et psychopathologique, le syndrome est durable, particulièrement invalidant. Il est rare que les signes puissent s'abolir d'eux-mêmes car ils consistent en une réorganisation de l'ensemble du psychisme sur un mode pathologique, dont la névrose traumatique est la forme la plus caractéristique. Leur sémiologie clinique s'organise en deux grands ensembles de symptômes.

Les symptômes spécifiques forment ce qui apparaît comme le cœur des problématiques psychotraumatiques et obéissent au fait que l'événement est resté omniprésent dans la psyché du sujet et a infiltré sa trame existentielle. La principale expression en est le « Syndrome de répétition traumatique (SRT) »[138], dont Crocq mentionne qu'il serait plus pertinent de le nommer « syndrome de reviviscence » pour mieux rendre compte du fait que le sujet revit plus qu'il ne se remémore, tout ou partie l'événement. Le syndrome va présenter des manifestations particulièrement envahissantes, incoercibles et laissant le sujet en état de détresse. Les symptômes d'intrusion revêtent la forme de souvenirs répétitifs envahissants, de rêves, d'impression de « comme si » l'événement allait se reproduire : « ça fait cent fois que je me repasse le film dans ma tête... même si je ne veux pas y penser. La nuit je me réveille tout le temps parce que je fais des cauchemars » disent souvent les patients traumatisés. L'exposition du sujet à des éléments qui évoquent ou

[138] Briole G., Lebigot F., Blafont B., Favre J.-D., Vallet D., *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*, Masson, Paris, 1994.

ressemblent à un aspect de l'événement traumatique génère une intense détresse psychique et une réactivité physiologique : « dès que je reviens sur les lieux de l'agression, je me sens très anxieuse. De suite, j'ai des palpitations et les mains moites ».

Crocq décrit sept formes de répétitions[139]. On ne retrouve pas l'ensemble de ces manifestations chez tous les sujets psychotraumatisés, mais au moins plusieurs :

- Les phénomènes hallucinatoires, très détaillés et réalistes, visuels, cénesthésiques, auditifs, olfactifs, consistant en une visualisation brutale de la scène de l'événement à laquelle le sujet assiste comme lors de sa survenue. Si pendant quelques instants le sujet revit véritablement l'événement, il est capable après quelques secondes d'en critiquer la réalité présente, à la différence de véritables hallucinations.
- Les ruminations mentales sur l'événement traumatique et ses conséquences, l'absence d'aide, le sentiment d'injustice... ;
- Les souvenirs qui s'imposent moins visuels et plus mentalisés, qui reviennent sans cesse à l'esprit ;
- Le vécu « comme si » : stupeur émotionnelle durant laquelle le sujet a l'impression que l'événement va se reproduire ;
- « L'agir comme si », la reviviscence de l'événement s'accompagnant de réactions comportementales, comme le sursaut, qui en représente la forme la plus élémentaire ;
- Le vécu dissociatif, de dépersonnalisation **:** Il s'agit d'expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).

Peut s'y associer la déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).

- Les cauchemars : À la différence des obsessions et des stéréotypies, il s'agit de véritables reviviscences, de répétition reproduisant partie ou totalité de la scène traumatique, diurnes et/ou en état de sommeil.

A cette sémiologie clinique s'ajoutent les symptômes non spécifiques. Les syndromes psychotraumatiques se caractérisent également par un ensemble de symptômes

[139] Crocq L., *Clinique du syndrome psychotraumatique*. *Névrose traumatique, état de stress post-traumatique et autres séquelles*, Crocq L., *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, 2007, pp. 35-49.

dits non spécifiques en raison du fait qu'ils se retrouvent dans d'autres problématiques psychiques. Ce sont :

- L'asthénie / l'anhédonie dans une dimension dépressive et dans un triptyque clinique à la fois physique, psychique, sexuelle. Elle est clairement à distinguer de la fatigue physiologique habituelle après un état de grand stress et dont il faut parfois plusieurs mois pour récupérer. Elle correspond à ce que les anciens auteurs classaient sous le registre de la neurasthénie.
- L'anxiété et l'angoisse ;
- Les symptômes psychonévrotiques : comme la conversion, les phobies, les rituels, des vérifications obsessionnelles, etc. ;
- Les troubles et les plaintes somatiques : ce ne sont pas de simples symptômes fonctionnels mais de véritables affections psychosomatiques « touchant des appareils précis et produites par des mécanismes physiopathologiques déterminés, liés à la réaction bio-psycho-physiologique de stress ». Leur devenir est lié à l'évolution de la pathologie psychotraumatique. Il peut s'agir : d'asthme, de migraine, de glaucome, d'hypertension, d'ulcère, de colite spasmodique, d'urticaire, d'eczéma, de psoriasis, de calvitie au lendemain du trauma, maladie de Basedow, diabète, etc. Crocq mentionne des cas de psoriasis apparus sur la cicatrisation d'une blessure, observés chez des soldats blessés durant la première guerre mondiale
- Les troubles des conduites : de type alimentaire (anorexie, boulimie), addictions (tabac, alcool, substances), conduites à risque, conduites asociales, liées à la volonté de se venger.

Le statut nosographique de ces symptômes ne va pas sans soulever de nombreuses questions, notamment celle de la structure du sujet ou encore une éventuelle névrose préexistante, et des éventuels liens avec le syndrome de répétition.

Pour conclure sur la psychopathologique du traumatisme, il convient d'évoquer la personnalité traumato-névrotique. Il s'agit d'une personnalité acquise, elle est ce qu'est devenue la personnalité après le trauma. Selon Fenichel[140], la névrose traumatique se caractérise par un triple blocage des fonctions du moi (de filtration, de présence et d'amour). Cette réorganisation est éprouvée par les sujets sur un mode très douloureux, comme une rupture dans leur histoire de vie : ils font état d'un avant et d'un après l'événement, expriment un sentiment de n'être plus eux-mêmes et de ne pas se reconnaître dans la nouvelle personne qu'ils sont devenus. Crocq, dans une approche phénoménologique de l'expérience

[140] Fenichel O. (1945), *La théorie psychanalytique des névroses, I*, Paris, PUF, 1987.

traumatique, fait ressortir trois caractéristiques principales autour desquelles la personnalité s'est réorganisée : l'aliénation traumatique, le bouleversement de la temporalité, le non-sens impliqué par le trauma.

Si la réflexion sémiologique a permis de redonner place dans les nosographies contemporaines à l'ancienne névrose traumatique, l'essentiel n'est sans doute pas là car cette réhabilitation est indissociable des dispositifs et des pratiques qu'elle vient légitimer. La visée d'une sémiologie clinique en regard de la psychotraumatologie, dans une perspective psychothérapeutique du sujet s'inscrit également dans une démarche d'orienter la pulsion pour lui offrir un nouveau destin que je vais maintenant investiguer, celui de la sublimation. La nature d'expériences traumatiques sont vécues comme autant d'effractions manifestes lié à la question du corps et du narcissisme blessé. Ce dernier est engagé dès le début et en prise avec l'activité sublimatoire considérée par Freud comme étant, elle aussi, originaire. La vie du sujet tourmenté et traumatisé permet via l'objet de sublimation de tenir le narcissisme au sublimatoire afin de permettre une unité psyché-soma. Néanmoins, la perspective sublimatoire peut s'avérer impuissante à préserver le sujet de ce que Ferenczi nomme un « processus d'autodéchirure » [141] ou autrement formulé de clivage de la personnalité.

9.Traumatisme et sublimation

9.1 Le concept de sublimation

La sublimation, du point de vue de son étymologie latine, se définit comme un mouvement d'élévation « sub », « au-dessus » et « limen ou limes » implique le passage d'un seuil ou d'une « limite ». Au Moyen Âge, les physiciens font de la sublimation un processus par lequel un corps solide passe directement à l'état gazeux, de manière volatile, sans passer par l'état liquide. Grace à un appareil qui se nomme le sublimatoire, le corps volatile se fixe contre la partie supérieure (sublimen) de ce vase clos et redevient solide.
Sophie De Mijolla[142] considère à ce propos que :

> « L'élimination de la phase liquide situe le processus à l'opposé des images de la naissance et du milieu utérin pour en faire une opération de maîtrise mystérieuse, secrète et réservée aux hommes, et qui s'opère dans l'« œuf des Sages » où cuit la pierre philosophale. De plus, l'élévation que réalise le « Grand Œuvre » renvoie à l'ambition, largement illustrée par Léonard de Vinci, de s'arracher à la pesanteur sans se dissoudre dans l'air pour autant, de voler comme un oiseau, et, plus prosaïquement, de commander et maîtriser l'érection ».

[141] Ferenczi S., (1934), *Réflexions sur le traumatisme*, *op. cit.*, p. 147.
[142] De Mijolla S., *La sublimation*, Paris, PUF, 2005, Que sais-je ?, p. 23.

La sublimation (le fait de sublimer) et le sublime supposent dans cette approche une élévation spirituelle, esthétique, éthique, et confine donc à une forme d'idéal. Au Ier siècle, un Traité du sublime, attribué à Longin avait défini la sublimité comme une marque de la grandeur des pensées et du style propre à élever l'âme, à lui faire transcender ses limites. La rhétorique antique distinguait trois sortes de style : simple, tempéré et sublime, ce dernier exerçant une émotion et une puissance irrésistibles.

La sublimation héritera en psychanalyse de la polysémie du terme et Freud niera la définition physique au profit d'une « Sublimierung » dont il affinera la définition tout au long de son œuvre. Dans la perspective psychanalytique la sexualité est la force motrice de la vie psychique. Elle participe à l'idée que la sublimation est un processus qui caractérise les productions psychiques des artistes. Bien que la sublimation ait été étudiée dans la première topique, c'est dans les écrits ultérieurs vers les années 1920 que se trouve des analyses étayant mon propos. Déjà dans *Introduction à la psychanalyse* [143] et *Théorie de la libido* [144], Freud avait mis les pulsions sociales, la tendresse entre parents et enfants, l'amitié et les liens d'affectivité dans le mariage parmi les pulsions sexuelles inhibées quant au but mais non sublimées. La même année, dans *Le moi et le ça* [145], il affirme que l'Éros (pulsions sexuelles) réunit la pulsion sexuelle à proprement parler, non inhibée, les motions sexuelles inhibées quant au but et sublimées qui en sont dérivées, mais également la pulsion d'autoconservation. Freud reprend donc le concept en psychanalyse afin d'expliciter le fait de détourner de son but originel une pulsion sexuelle ou agressive, en la réorientant vers un but désexualisé et socialement valorisé. Prenant l'art comme modèle de production sublimée, le psychanalyste Didier Kuntz s'interroge : « l'art n'existe-t-il pas d'abord parce qu'il y a des choses difficiles ou impossibles à dire ? ». Si cela semble évident, il reste néanmoins à se demander quelles sont ces « choses » indicibles poursuivies par l'insondable créativité de nos formations réactionnelles nommées sublimation ?

Lacan développe un aphorisme, définissant la sublimation : « élever un objet à la dignité de Chose » [146]. Selon Lacan, « la Chose » est ce qui reste de réel au-delà des premières représentations du sujet, ce qui lui donne naissance ; c'est l'origine du désir, dit

[143] Freud S. (1922), *Introduction à la psychanalyse*, *op.cit.*, 2015.
[144] Freud S., *Théorie de la libido*, in *Handwörterbuch der Sexualwissenschaften*, *GW*, XIII, 1922.
[145] Freud S. (1923), *Le moi et le ça*, *op.cit*.
[146] Lacan J., (1960-1961), Le transfert, Le Séminaire VIII, Paris, Seuil, 2013, p. 13.

incestuel, à jamais inaccessible à la conscience et au langage, et que nos représentations tenteraient de cerner. En somme, Lacan explique que :

> « Quel que soit le biais par lequel nous abordons la nature humaine, nous retrouvons toujours cette volonté d'atteindre le cœur du désir, et de l'écrire, de le symboliser, afin qu'il nous soit accessible ».

La sublimation ne serait donc que l'une des formes de cette quête, proposant à l'Autre un remaniement symbolique sur lequel il puisse être éclairé, par l'art par exemple. Freud, écrit à Marie Bonaparte en 1937 : « La sublimation est un concept qui comprend un jugement de valeur »[147], c'est à dire éminemment subjectif, et sur lequel, donc, les auteurs n'ont toujours pas terminé de discuter. Freud conceptualise la sublimation dès 1895. En 1905, dans ses *Trois essais pour la psychanalyse*, il explique que, le sujet, gêné de ses premières pulsions psychosexuelles va développer au cours de son avancée psychologique la possibilité de les transformer en actes qui s'orientent vers un processus altruiste. Ce dernier lui procure une satisfaction supérieure et élevée :

> « Les excitations excessives découlant des différentes sources de la sexualité trouvent une dérivation et une utilisation dans d'autres domaines de sorte que les dispositions dangereuses au début produiront une augmentation appréciable dans les aptitudes et activités psychiques »[148]

Dans l'*Abrégé de psychanalyse* [149], Freud avance l'idée selon laquelle, dans la génitalisation des investissements libidinaux, il y a une sublimation avec un déplacement de but. Cette avancée permet d'envisager la sublimation comme ne concernant pas seulement les artistes mais comme une orientation psychique des pulsions de vie et donc des activités visées à la conservation du sujet. Dans *Pour introduire le narcissisme* [150], Freud avait noté que, dans la sublimation, il y a une désexualisation et un changement d'objet. La première résultante que produit ce processus est la transformation de la libido d'objet en libido du moi et, par conséquent, la formation même du moi. Cela démontre que les processus sublimatoires participent à la genèse même du moi. Freud fait l'hypothèse que la pulsion se déplace vers un but désexué :

---

[147] Cf. annexe 2, Lettre de Freud à Marie-Bonaparte.
[148] Freud S. (1905), *Trois essais pour la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 2001, p. 23.
[149] Freud S. (1939), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1992.
[150] Freud S. (1914), *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot, 2012.

> « La sublimation comprend un jugement de valeur. […] Le but de la pulsion est dévié : à la différence du symptôme, loin d'impliquer angoisse et culpabilité, elle est associée à une satisfaction esthétique, intellectuelle et sociale »[151].

À la fonction de catharsis de l'acte créateur s'ajoute un bénéfice secondaire narcissique. Différer le plaisir, attendre, imaginer, espérer, c'est se rendre responsable du chaos de nos envies et de nos tourments en leur donnant un ordre symbolique.

En explorant cette capacité de l'être humain, Freud conçoit la sublimation non une propension au fantasme mais comme l'un des destins de la pulsion. La pulsion a un talent : elle invente, elle propose, elle crée. La sublimation est la clé du processus de symbolisation. Elle articule pulsion et langage, affects et valeurs. La sublimation ne nie pas la réalité, elle en reconnaît la contrainte mais elle passe outre, et au passage elle invente un langage. C'est sur la base de ces considérations épistémologiques que j'ai formulé l'hypothèse que le fondement du processus sublimatoire doit être individué dans la transformation de l'investissement de la représentation de l'action qui conduit à l'accomplissement du désir. Conrotto la nomme : « investissement orgastique », dans l'investissement du processus même de la représentation, ce qu'il définit comme « investissement de la représentation de la représentation »[152]. Ce processus semble proche de ce que Jani appelle « investissement de l'investissement » et peut se rapprocher de ce que Green désigne comme « fonction objectalisante »[153]. C'est pour cela que même un investissement important tel que, par exemple, l'intérêt pour l'art ou pour la science ou la création d'une théorie mathématique ou philosophique, donc un objet virtuel, devient « objet » pour l'appareil psychique.

En développant ce point de vue, on peut voir que le fondement de ce processus est l'activité de représentation que Piéra Aulagnier[154] avait affirmé être la base du fonctionnement psychique. J'ajoute seulement que la fonction représentationnelle est le résultat de la liaison des motions pulsionnelles avec les traces mnésiques des fragments et des résidus des perceptions d'objet. Autrement formulée, elle est le résultat de la liaison entre les motions pulsionnelles et les sensations qui viennent du corps et, à l'origine, celles-ci ne sont pas distinguées de la perception d'objet à cause de la coïncidence entre l'objet et la zone complémentaire[155]. Par conséquent, la représentation, en tant que fonction

---

[151] Freud. S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1923.
[152] Conrotto F., « La sublimation, un fonctionnement psychique de base ? », *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF, 2005.
[153] *Ibid.*
[154] Aulagnier P., *La violence de l'interprétation-Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF, 1975.
[155] *Ibid.*

psychique, se rapporte à la constitution des pulsions de vie ou de liaison et le premier objet que celles-ci forment est le moi lui-même. Alors il est à penser qu'une activité de sublimation, bien qu'invisible, est la condition nécessaire pour que l'appareil psychique se structure et fonctionne. Freud, dans *Pour introduire le narcissisme*[156] et dans *Le moi et le ça* [157], définit la transposition de la libido d'objet en libido narcissique une désexualisation, une espèce de sublimation. Mais est-elle une vraie désexualisation ? Pour répondre à cette question, je rappelle que l'énergie utilisée dans cette transformation est toujours une énergie libidinale donc sexuelle. Cependant, elle est utilisée pour lier et donc pour créer des représentations, et pour les garder investies en permanence. Ce qui s'ajoute dans ce contexte, c'est que ce processus est étroitement en rapport à la symbolisation. Dans le mythe de Prométhée, Freud[158] met en évidence la relation entre la sublimation et la symbolisation. En outre, il montre plus tard, que le renoncement au plaisir des sens et à la perception en faveur des idées abstraites et du langage est perçu comme une conquête.

Mais quelle est l'origine de la sublimation ? Est-elle un processus tout à fait endogène ou dépend-elle de la relation objectale et de sa réponse ? Laplanche, dans son analyse sur la sublimation[159], affirme que, surtout dans sa genèse, elle va dépendre du message que l'adulte adresse à l'enfant. C'est pourquoi il utilise le vocable « inspiration » pour souligner que dans ce processus son sujet est « l'autre »[160]. Baldacci estime que le ressort qui met en marche l'activité sublimatoire chez l'enfant provient de la séduction maternelle qui fait don à l'enfant de sentiments issus de sa propre vie sexuelle. Cependant, cette séduction maternelle induit la capacité à sublimer seulement et seulement si, il existe chez la mère un renoncement à une séduction excessive, qui devient un don de sentiments. Cela montre le voisinage des processus sublimatoires aux situations traumatiques et, donc, au refoulement, surtout au refoulement originaire. Cependant, il est à admettre que le développement des capacités sublimatoires dépend de la relation avec l'objet et de sa réponse.

Laplanche explique que ce traumatisme peut engendrer une « traumatophilie »[161], c'est-à-dire une « tendance à réexpérimenter indéfiniment le traumatisme mais aussi à l'élaborer, à le symboliser »[162]. Il est intéressant de constater que la traumatophilie est très

---

[156] Freud S. (1914), *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot, 2012.
[157] Freud S. (1923), *Le moi et le ça*, Paris, Payot, 1968.
[158] Freud S., *SE XXII*, *op.cit.*
[159] Laplanche E J., *La sublimation*, Paris, PUF, 1980.
[160] Laplanche J., S*ublimation et/ou inspiration*, Paris, PUF, 1999, p. 334.
[161] Laplanche J., *Problématiques I. L'angoisse*, Paris, PUF, 1980, p. 210.
[162] *Ibid*.

proche de l'identification à l'agresseur. La clinique enseigne à l'analyste que souvent les deux processus coexistent dans le même individu en alternance temporelle ou simultanément aux dépens du clivage du moi. La sublimation n'efface pas le traumatisme et la destructivité qu'il engendre. La création sublimatoire ne s'inscrit donc ni dans la répétition ni dans le copiage. Pour créer, on doit auparavant accepter la perte de quelque chose ou son anéantissement, et l'analyste sait que, pour l'appareil psychique, la perte se traduit en une forme d'anéantissement. C'est seulement après cela que le sujet peut créer. Dans le contexte décrit, la représentation même est une « invention » qui nécessite qu'une hallucination négative se réalise[163].

Cependant la création est étroitement liée à la destructivité. On peut dire alors que les créations sublimatoires sont des réactions ou des réponses heureuses à une condition traumatique dans laquelle la destructivité est accueillie et surmontée. Même s'il n'existe pas un consensus autour de cette question, il demeure certains points semblant faire compromis. Une hypothèse s'affine : il s'agit de l'un des possibles destins de la pulsion en tant qu'alternative positive au refoulement. S'agissant de la sublimation, la pulsion qui se heurte au surmoi (à la morale du sujet), elle est en quelque sorte canalisée en une direction narcissisante pour le sujet. Autre point d'accord, lorsqu'on parle de pulsions sublimées, il s'agit de pulsions partielles, c'est à dire ne comprenant qu'une des composantes de la pulsion sexuelle (pulsion de vie), orale, anale, etc., dissociées jusqu'à la période œdipienne (vers quatre ou cinq ans). D'autre part, on peut se demander si la finalité de la sublimation, plutôt que de mettre en avant la désexualisation de la pulsion, ne serait pas d'abord la satisfaction du moi, en l'occurrence du moi idéal, antérieur à l'idéal du moi (corollaire du surmoi).

Sophie De Mijolla pose les bases métapsychologiques du concept de sublimation en conservant le triple point de vue économique, dynamique et topique.

> « Plus qu'une notion c'est d'un concept organisateur qu'il s'agit au même titre que celui de pulsion, autour duquel gravitent les questionnements sur les sentiments de tendresse et d'amitié, les liens sociaux, les réalisations artistiques […] et le plaisir qu'enfants et adultes prennent à affronter les énigmes et à tenter de les résoudre, le plaisir de pensée »[164].

La sublimation n'est pas le refoulement mais… la sublimation n'est pas une défense mais…, il demeure toujours une caractéristique qui la rend singulière, irréductible aux autres,

[163] Green A., *Le travail du négatif*, Paris, Éd. de Minuit, 1993.
[164] De Mijolla S., *Traité sur la sublimation*, Paris, PUF, 2012, p. 342.

insaisissable. Pourquoi et comment la libido se désexualise, à quelle source puise-t-elle son énergie ? Pourquoi ne suffit-elle pas à l'équilibre du sujet ? Freud a toujours affirmé que tous les individus ne possèdent pas les mêmes capacités sublimatoires, loin s'en faut, certains en étant totalement dépourvus, d'autres présentant des dispositions supérieures à la moyenne. Dans la sublimation, la libido désexualisée est orientée vers des buts « plus élevés », « socialement valorisés ». Il est donc difficile d'éviter tout jugement de valeur.

Sophie de Mijolla pense que la sublimation est présente depuis l'origine. C'est un postulat : « Il nous faut l'admettre comme tel dans la mesure où nous ignorons tout ou presque des facteurs qui vont permettre ou inhiber son expression »[165]. Le modèle du traumatisme survenu avant que l'enfant n'ait les moyens psychiques de l'élaborer ne peut que rendre compte « de l'aspect économique de la sublimation ». Il ne dit rien ni de la date, ni des circonstances où la déviation est possible. D'autre part on peut se demander « comment s'effectue le virage entre les options possibles, notamment entre choix pervers et choix sublimé ? ». Enfin, comment concevoir « la désublimation » ? Cette perspective est rarement envisagée car on relie souvent la sublimation au génie, à un don qu'il est difficile de perdre. Pourtant, on admet sans réserve la désidéalisation, Sophie De Mijolla rappelle que très tôt, dès 1910, Freud n'écarte pas « l'idée que la sexualité perverse polymorphe de l'enfant puisse fournir le matériel de la sublimation »[166]. C'est bien sûr les limites qu'évoque l'auteur et que je développerai ultérieurement. Les points d'achoppement de la sublimation avec la théorie psychanalytique sont donc nombreux. Si la sublimation pose la dialectique avec la théorie des pulsions, le mystère de la métamorphose d'une pulsion sexuelle en un but qui procurerait un plaisir autre que sexuel laisse perplexe. Elle constitue un paradoxe majeur de la métapsychologie. L'intérêt de ce paradoxe est qu'il laisse présent le débat, de nos jours encore, en soulevant non seulement la question de la dérive des buts pulsionnels, mais aussi celle de l'origine de cette transformation qui conduirait la satisfaction pulsionnelle vers des buts non sexuels.

Dans les années 1950 est apparu un autre concept qui se différencie de la sublimation : la résilience. Ses parents fondateurs sont Emmy Werner[167] et Michaël

[165] *Ibid*., p. 234.
[166] De Mijolla S., Choix pervers, choix sublimé, *Topique*, 2009, 109, p. 271.
[167] Werner E., *Children of the Garden Island*, New York, Scientific American, 1989, pp. 76-89.

Rutter[168]. Ce concept sera vulgarisé par Boris Cyrulnik[169], qui la définit comme la capacité qu'à un individu à réagir favorablement aux obstacles et aux drames de l'existence. Étymologiquement, le terme *résilience* vient du latin *resilio* qui signifie *sauter en arrière*. Une personnalité résiliente « rebondit » positivement chaque fois qu'une difficulté – aussi grave soit-elle – se met en travers de son existence. Là où la sublimation pose le concept de réorientation pulsionnelle, la résilience, quant à elle, vient poser la notion de néo-développement favorable du sujet. Il s'agit donc, non d'une orientation, mais d'un changement de vie existentiel positif du sujet en regard du traumatisme. Serge Tissseron fait un rappel concernant la sublimation au sens freudien, par contraste avec les dimensions sublimatoires opérées dans la résilience. Selon lui, avec l'apport freudien, la sublimation conduit le sujet à remplacer une représentation sexuelle initiale par une autre non sexuelle.

Or, c'est bien là qu'une distinction peut être faite vis-à-vis des situations initiales de traumatismes dont il est question dans le cadre de la résilience : la représentation initiale fait défaut. Les survivants de traumatismes se sont donnés des représentations mais n'ont souvent ni mots ni images pour évoquer ce qu'ils ont vécu. D'où les risques de passages à l'acte ou d'addiction qui pèsent sur eux. La sublimation, telle qu'elle peut être utilisée dans le cadre de la résilience, est vidée de sa signification psychanalytique précise[170]. Il faut être prudent là où l'utilisation massive et la vulgarisation excessive de la résilience interroge sur une éventuelle « pensée magique » voire des simplifications épistémologiques. Le sujet rebondirait-il vraiment sur son traumatisme, comme la définition l'invite ?

La perspective sublimatoire pose une question clinique fondamentale aux survivants d'un traumatisme : l'aptitude du sujet à vivre avec son clivage. Les développements d'Abraham et Torok que je développe dans la deuxième partie, proposent de réfléchir aux notions d'introjection psychique.

9.2. Les sublimations

La sublimation se définit comme un processus qui ne se limite pas à des activités désignées mais à une déviation libidinale qui se porte sur des objets divers permettant au

[168] Rutter M., *Psychosocial resilience and protective mechanisms,* J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, S. Weintraub, *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Cambridge University Press, 1990, pp. 179-281.
[169] Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur,* Paris, Odile Jacob, 1999.
[170] Tisseron S., *La résilience,* Paris, PUF, Que sais-je ?, 2017.

moi cette élévation à l'intérieur de lui-même. Ceci va lui permettre de retrouver à nouveau un état d'homéostasie perdu lors de la tension avec les instances surmoïques. Peut-on parler, non pas de la sublimation, mais « des » sublimations. De ce fait, toute activité permettant de parvenir à ce but peut faire objet de sublimation. Dire qu'elles sont valorisées socialement doit être nuancé, car cela ne veut pas dire qu'elles aient conféré une dimension sociale au sujet et encore moins que cette valorisation ait été pour lui un but. Comme je le décrirai ultérieurement, la valeur sociale peut être signe même de l'envers de la sublimation à savoir la perversion. L'objet sublimatoire peut très bien ne pas avoir été reconnu et même être discrédité par l'entourage immédiat ou familial par exemple. Le sujet peut s'y être adonné sans être lui-même socialement reconnu pour autant.

Peuvent entrer dans le domaine des sublimations, des activités aussi différentes que celles de l'adolescent qui écrit des poèmes, voire un journal intime qui ne sera lu que par lui, ou l'adhésion à un groupe philosophique, un parti politique, une association humanitaire ou un groupe religieux, qui offrira à son adepte le soutien d'une communauté. Les activités sublimées peuvent être, soit intensément valorisées par le groupe social d'appartenance, soit ignorées par lui, soit encore rejetées et condamnées. Le critère qui en fera la dimension sublimatoire ne peut tenir qu'à cette négociation interne du sujet avec son narcissisme et ses instances idéales. Je vais développer trois voies sublimatoires que sont : la religion, l'humour et le rêve.

Les réalités familiale, sociale, politique et/ou culturelle peuvent structurer le contexte du vécu du traumatisme. La perspective de la religion, est, pour certains sujets, une voie de sublimation dans la rencontre avec le réel du traumatisme. Cette démarche détermine la subjectivité attribuée au trauma, la manière dont le sujet gère la détresse psychique associée au trauma, en somme, la manière dont il va supporter l'insupportable. La question du sens est donc prépondérante dans le trauma. Ce dernier vient bouleverser des représentations des plus fondamentales sur soi et sur la bienveillance du monde selon Janoff-Bulman[171]. La construction de sens joue un rôle primordial dans le processus de reconstruction après un traumatisme. A contrario, l'une des principales sources de détresse psychique est l'impossibilité pour le sujet de reconstruire le système de significations brisé par le trauma. Dans les contextes de violence qui se sont organisés de manière chronique, cette difficulté à

[171] Shaw A., Stephen J., Linley A., « Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review », article publié en ligne, 23/01/2007, pp. 1-11.

rétablir les systèmes de sens qui se sont brisés devient souvent la source la plus importante de souffrance, parfois encore plus que les événements considérés comme traumatiques.

Dans mon expérience personnelle de chercheur en Guyane Française[172], j'ai pu constater au cours des suivis avec la communauté amérindienne que les jeunes indiens exposés à la violence organisée de manière chronique et qui se répétait depuis des siècles, vivaient de graves détresses psychiques (dépressions, alcoolismes, suicides) et des pertes de repères symboliques. Les pleurs en public, sont considérés comme des signes de faiblesse et de servitude. La violence générée par l'esclavage entraîne l'impossibilité de continuer certaines traditions comme le deuil et l'enterrement des morts, causant d'importants niveaux d'anxiété et de détresse face aux endeuillés. En conséquence, les séquelles psychologiques observées sur cette population ne reflètent pas simplement l'exposition à une violence extrême, mais surtout un stress et une affliction, associés à la situation de post-conflit. Je souligne ici la complexité de l'impact de la violence politique chronique vécue durant des décennies comme facteur traumatique. Le trauma, notamment lorsqu'il a lieu dans des contextes complexes comme ceux que je décris, provoque un effondrement profond dans la vie du sujet. Cet ébranlement touche plusieurs aspects de sa vie et ce sont donc à divers niveaux que les sujets doivent se reconstruire. Le trauma influence l'histoire religieuse et la religion influence le trauma. Les amérindiens sont très croyants et l'influence du trauma sur leur rapport à la religion est patent. Pour les personnes croyantes, la religion est la structure sur laquelle se fondent les idées les plus fondamentales sur soi et sur le monde.

Quand un événement traumatique fait effraction dans la vie d'un sujet, on observe un infléchissement significatif de la question du sens. La littérature montre que la plupart du temps, les gens tendent à se rapprocher de la religion lors d'événements traumatiques, arrivant même à en tirer des bénéfices, ou l'expérience d'un changement positif à la suite d'un événement éprouvant nommé le « posttraumatic growth »[173]. Le rapport à la religion et à l'expérience religieuse est alors un processus dynamique et changeant tout au long de la vie, et l'expérience traumatique est sans doute un chapitre important dans ce parcours. L'une des conséquences les plus importantes du trauma est la rupture des idées fondamentales sur le monde et sur soi, et sur les relations humaines. Le trauma brise notamment trois présupposés de base : le monde est bienveillant et a du sens, la personnalité et l'estime de

[172] J'ai réalisé un doctorat (2015) en Sciences du langage, spécialité psycholinguistique, sur la discursivité du traumatisme chez les adolescents dans une analyse comparée de culture entre amérindiens et métropolitains.
[173] Brooks M., Lowe M., « Posttraumatic growth in students, crime survivors and trauma workers exposed to adversity », *Science*, 2016, 98, pp. 199-207.

soi. Le trauma génère une crise existentielle généralisée, observable en tant que crise morale et crise de sens, considérée par certains auteurs comme la source primordiale de détresse[174].

La crise morale est caractérisée par une dualité entre le bien et le mal. L'événement traumatique, chez certains sujets, est la première rencontre avec le mal, la douleur psychique. Il occasionne des questionnements sur cette dichotomie entre bien, mal, sur le sens ultime de la vie, et sur sa propre position face à ces questionnements. Dans la crise de sens, le trauma renvoie le sujet à des questions existentielles : Pourquoi ? Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter cela ? Si Dieu existe, pourquoi permet-il cela ? J'ai failli mourir : si je n'avais pas survécu, où serais-je ? Est-ce que tout se serait arrêté là ? Y a-t-il une vie après la mort ? L'ensemble de ces questionnements reflète les angoisses de mort et d'impuissance éveillées par le trauma, et demande des efforts importants pour redonner du sens à ce qui arrive au sujet. Dans cette quête du sens, le sujet doit concilier le réel du trauma et l'effraction psychique subie.

Différentes fonctions de la religion sont à lire comme facteur de sublimation : le fait de pouvoir donner un sens au trauma, une manière de reprendre le contrôle de sa vie, la restauration d'une forme de confort psychique, une transformation dans le rapport à la vie. Face à la rupture de sens et aux questions existentielles occasionnées par le trauma, la religion se présente comme un système de significations structuré mais flexible, capable d'apporter des réponses pour mieux comprendre le trauma et les pertes[175]. Cette diversité de fonctions est influencée par le contexte culturel, et par d'autres facteurs sociopolitiques[176]. Face à la question traumatique la sublimation, par le biais de la religion permet de diminuer les émotions insupportables, facilite la réorientation de la souffrance vers la transcendance comme fonction apaisante et induit des états de non-préoccupation. Cette sublimation peut, chez certains sujets, susciter diverses sensations intérieures : la paix, le calme, la force d'avancer dans la vie, la connaissance, la sagesse. Dans sa dimension sociale/collective, s'identifie une fonction socialisante qui procure un sens d'appartenance, une fonction de création et de maintenance des réseaux relationnels de soutien. La dimension individuelle/subjective comporte quant à elle trois fonctions principales : la régulation des émotions, la recherche de la sensation de contrôle, et le sentiment de protection. Les études

[174] Barus-Michel J., *Souffrance, sens et croyance : l'effet thérapeutique*, Paris Érès, 2004.
[175] Park C.L, *Handbook of the Psychology of Religion*, New York, The Guilford Press, 2005.
[176] Rousseau, C., Nadeau L., « Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children », *Clinical child psychology and psychiatry*, New York, developmental child, 2012.

abordant la diversité de fonctions de la religion dans le trauma restent cependant peu nombreuses.

Une autre forme de sublimation est l'humour. Il est défini en psychanalyse comme un processus opérant dans le champ du préconscient, étayé sur la dynamique des instances psychiques ayant pour fonction, à la jonction avec le trauma, d'avoir une perspective sublimatoire. L'humour consiste en une réévaluation inattendue des exigences de la réalité traumatique qui en renverse la tonalité affective pénible, offrant à un moi triomphant gain de plaisir par lequel il affiche un narcissisme invulnérable[177]. Freud explique qu'il n'a traité l'humour que dans une dimension économique[178]. Sa recherche se situe sur les biens fondés et bénéfices de l'humour. Il dit avoir montré que le bénéfice de plaisir dû à l'humour dérive de l'épargne d'une dépense affective. La perspective de l'humour peut s'orienter de deux façons : soit de manière singulière, un sujet va adopter une attitude humoristique, soit entre deux personnes ou plusieurs. L'humour a non seulement une vertu libératrice, analogue en cela à l'esprit et au comique, mais également une dimension de sublime et d'élevé, traits qui ne se retrouvent pas obligatoirement dans la notion de plaisir de son travail ou d'une activité intellectuelle.

Le sublime de l'humour va tenir, par le biais du narcissisme, à l'invulnérabilité du moi qui s'affirme. Dans le contexte de trauma, le moi se refuse à se laisser déliter, à se laisser effracter par la souffrance de la réalité extérieure. Il n'admet pas que les violences du monde extérieur puissent le toucher ; bien plus paradoxalement, le moi fait valoir que la réalité extérieure hostile peut devenir source de plaisir. C'est sans doute la caractéristique essentielle de l'humour qui permet d'opérer la démarche sublimatoire. L'humour peut être contre soi-même ou contre autrui : il faut admettre qu'il procure du plaisir. Laisser place à la plaisanterie autorise l'épargne de dépense affective et engendre chez l'auditeur le plaisir humoristique. L'essence de l'humour réside en ce fait que le sujet s'épargne les affects auxquels la situation devrait donner lieu et qu'il se met au-dessus de telles représentations affectives grâce à la distanciation par l'humour. « L'humour serait la contribution apportée au comique par l'intermédiaire du surmoi »[179].

Après avoir signalé en 1908[180] sa parenté avec le jeu de l'enfant, Freud, dans *Le Mot d'esprit et sa Relation à l'Inconscient*, en propose une conception métapsychologique, avant

[177] Kamieniak J.P., *Freud : un enfant de l'humour*, Paris, Delachaux et Niestlé, 2016.
[178] Freud S. (1905), *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1988.
[179] Freud S. (1905), *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient, op.cit.*, p. 45.
[180] Freud S., *Les théories sexuelles infantiles* (1908), *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

d'y revenir, en 1927 [181] dans un bref article. À la différence du comique ou de l'ironie, qui visent la satisfaction pulsionnelle, érotique ou agressive, et nécessitent pour ce faire la présence effective d'un tiers réel pour pouvoir s'accomplir, l'humour est un processus de secondarisation. Face au trauma intrapsychique, l'humour aspire à une économie, c'est à dire l'épargne d'affects pénibles (syndrome de répétition, colère, souffrance, dégoût, horreur, etc.) que la situation occasionne et dont l'énergie soustraite se trouve transformée en ce plaisir réorienté de manière sublimatoire et donc victorieuse. Freud considère cette activité comme particulièrement salutaire.

Des auteurs, comme Vaillant, estiment que cette perspective sublimatoire, classée comme « mature » est la moins utilisée, alors que le refuge dans la rêverie et l'activisme, sont beaucoup plus souvent adoptés. Dans la perspective transférentielle, certains analystes lesquels prônent d'utiliser l'humour dans la thérapie, sans pour autant aller vers une « psychothérapie de l'humour ». L'humour tend à relâcher la tension provoquée par le conflit lié au trauma d'une manière qui permet à tout le monde d'en bénéficier, au lieu de n'y impliquer qu'une seule personne, comme c'est le cas des commentaires relevant de la moquerie ou du sarcasme. Il faut distinguer l'humour de la dépréciation, qui porte atteinte à l'image de l'objet. Le sarcasme, l'ironie, l'agression passive, utilisent des tentatives de faire rire d'une manière dévalorisante, ce qui bloque à l'inverse la gestion des conflits ou des facteurs de stress liés au trauma.

Enfin, la question du trauma et du deuil associe la fonction du rêve dans sa perspective sublimatoire. Il existe une fonction commune à la jonction entre rêve et sublimation, celle de transformer la pulsion en un contenu acceptable pour le moi. Il s'agit d'un processus contenant, transformant l'énergie sexuelle, soit dans la sublimation en la déviant de son but, orientant alors l'énergie au dehors vers une réalisation artistique, une démarche spirituelle, l'humour, le deuil, etc., soit dans le rêve en transformant celle-ci, au dedans du moi, en une énigme. Le moi se soumet à un travail, entre sublimation et rêve. Le rêve met en scène le désir inconscient en utilisant la régression induite par le retrait sensori-moteur physiologique du sommeil. Le moi peut détourner ce désir en le transformant pour apaiser l'excitation qu'il contient. Le moi en plein onirisme laisse une chance au sujet d'étendre son champ d'investigation. Ses propres représentations et perceptions sensori-motrices et psychiques le conduisent vers un voyage délicat et difficile de l'inconscient animé par la poussée

[181] Freud S., Der humor, *Almanach der Psychoanalyse*, Wien, Internt psychoanal Verlag, 1928.

pulsionnelle. La sublimation et le rêve semblent procéder d'un même travail de transformation de la pulsion sexuelle, mais, la finalité de cette transformation les oppose en apparence. Dépossession d'un côté, conquête de l'autre. « Nous sommes de l'étoffe dont sont faits les rêves, et notre petite vie est entourée de sommeil » écrivait Shakespeare dans *La tempête*[182]. De nombreux exemples témoignent que le rêve apparaît comme médiateur d'une créativité et trouve son élan dans la sublimation du courant pulsionnel.

Il est important d'évoquer tous ses destins de la sublimation à la lumière des liens d'attachements du sujet et des divers destins que peut occasionner le trauma sur la personnalité.

9.3. Enjeux des liens d'attachement sur la personnalité de l'enfant : traumatisme et destins du narcissisme blessé

Les conséquences à long terme des traumatismes précoces de l'enfance sont très difficiles à évaluer et dépendent de nombreuses variables. Ces dernières comprennent la nature, la durée le nombre de fois et la fréquence à laquelle le traumatisme se répète, l'intensité, l'âge, l'état de santé préexistant, la personnalité du sujet. A cela s'ajoutent, les évènements associés comme les maladies, les accidents ou les pertes qui précèdent ou suivent le ou les traumatisme(s).

Le sentiment de sécurité demeure une des bases pour le sujet. Il faut ici préciser la nature et l'importance de cet affect afin de comprendre pourquoi il relève des besoins fondamentaux de l'enfant, à respecter absolument. Ce sentiment de sécurité constitue une des conditions de la santé mentale pour le sujet. Il correspond essentiellement à la conscience, voire à la conviction, de disposer d'une base sécure dans sa vie. Il s'agit pour l'enfant d'avoir une figure d'attachement stable et fiable, dont il peut s'éloigner, mais dont il est sûr qu'il la retrouvera et qu'il peut y revenir se reposer, se ressourcer, se réparer avant de s'envoler à nouveau affronter et découvrir le monde et la vie. Si pour l'enfant, cette base dépend du sentiment de sécurité, il s'agit également du type de présence, du lien d'attachement très fortement investi, stable dans la durée et fiable avec au moins un adulte.

Cette stabilité s'élabore grâce à sa disponibilité continue et sa capacité à soutenir l'enfant, le comprendre et le réconforter lorsque celui-ci en a besoin. En général, pour le

[182] Shakespeare W., *La Tempête (The Tempest)* (1610-1611) pièce de théâtre en cinq actes.

bébé et le jeune enfant, c'est sa mère qui est figure d'attachement. J'apporte ici deux précisions : tout d'abord, il s'agit de la mère lorsque c'est elle qui s'occupe le plus souvent de l'enfant depuis sa naissance, et lorsqu'elle est en état psychique de le faire de façon adaptée. Néanmoins, ce n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, il ne s'agit pas systématiquement de la mère biologique, en effet, dans certains contextes, c'est le père, une grand-mère, une grande sœur, un grand-frère, une tante, un oncle, ou encore un parent adoptif un professionnel (un(e) éducateur (trice)), etc.

Isée Bernateau reprenant la théorie freudienne développe que :

> « L'enfant freudien n'est toutefois pas à la recherche d'une réassurance contre le danger ou la solitude en elles-mêmes : si la personne aimée lui manque c'est parce qu'elle seule peut mener à la satisfaction ses pulsions qui, sinon, risquent de se muer en angoisse. » [183]

L'angoisse de séparation serait donc vouée donc à disparaître lorsque le sujet assure sa survie. Cependant, elle peut réapparaître notamment à l'adolescence sous des formes très violentes, certains adolescents développant certains troubles comme la phobie sociale, la phobie scolaire, le phénomène des *Hikikomoris*, où ils demeurent cloitrés chez eux, habités par le vide abyssal de l'objet perdu et ce dissocié des satisfactions que ce dernier peut leur apporter.

Il existe donc une pluralité de configurations, qui montre l'importance d'apprécier la singularité de chaque situation. L'important chez la personne est son caractère stable, permanent, disponible, adapté, empathique et bienveillant, que l'enfant investit. Il introjecte ce bon objet comme celui qui le sécurise et le réconforte. Un état de détresse chez le bébé doit très rapidement être apaisé par la figure d'attachement, pour que l'enfant se sente en sécurité. Cette dernière contribue à rétablir, chez l'enfant, à la fois le sentiment de continuité d'existence et sa capacité d'influence sur son sort. Les recherches en neurologie que je vais développer au cours de ma dernière partie montrent que si cela ne se produit pas, le système cérébral est soumis à des niveaux de stress extrêmes, aux conséquences traumatiques, à terme très dommageables pour son développement[184].

Depuis cinq décennies, les chercheurs comme Ainsworth, Bowlby, Spitz, ou plus près de nous comme Guedeney, Ciccone, Mitjkovitch, Golse, pour ne citer qu'eux, ont mis

---

[183] Bernateau I., *L'adolescent et la séparation*, Paris, PUF, pp. 97-117.
[184] Damasio A., *Le sentiment même de soi. Corps, émotion, conscience*, Paris, Odile Jacob, 1999.

en évidence par leurs travaux portant sur des centaines d'enfants, que le besoin de contact avec la figure de référence, et elle seule, est un des besoins fondamentaux de l'enfant. Le réconfort affectif à la figure de référence est donc tout aussi important que les besoins fondamentaux tels que boire, manger, se nourrir, se vêtir, etc**.** Bowlby considère l'attachement comme un besoin primaire, un comportement instinctif, biologiquement déterminé, qui dérive de la pulsion du « grasping » (c'est à dire agrippement). Ce dernier comportement est présent chez les petits de toutes espèces. Il permet une proximité physique avec la mère, qui garantit présence chaleureuse et bienveillante, sécurité, alimentation.

L'enfant déploie très vite, très tôt, des comportements visant à conserver la proximité physique avec cet adulte. L'attachement se définit comme le lien émotionnel s'établissant entre un enfant et sa figure de référence, favorisant la proximité physique entre eux afin d'assurer à ce dernier soins et protection. Dès 1944, l'étude de la carence de soins adéquats dans les premiers temps de vie a servi de base à l'élaboration de la théorie de l'attachement chez Bowlby. En fonction de l'attitude de sa figure de référence et des premières expériences relationnelles, l'enfant construit des représentations de base de lui-même, de l'autre et de la relation, qui font références pour toutes les nouvelles relations fortement investies qu'il établira dans l'avenir. Les liens d'attachement participent à la construction de la personnalité. Dans leurs constructions, qui peuvent être traumatogènes, ils vont également influer sur les enjeux de répétitions, de perversion et de sublimation.

On décrit différents types d'attachement. L'enfant qui ne peut vivre dans ses premières années de vie avec une figure apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement en sécurité affective, se détourne peu à peu de la relation pour se détacher complètement. L'enfant se lie de façon superficielle à l'adulte qui devient facilement interchangeable à ses yeux. Par ailleurs, il se montre peu disposé à aimer. En outre, l'enfant développe des attitudes d'agrippage tyrannique à sa figure de référence. Il cherche à la contrôler et ne supporte pas de perdre son attention et le contact physique avec elle. Lorsque l'enfant vit une situation de négligence voire de maltraitance, la représentation de son image est négative : il se sent non-aimable et non désirable. La représentation de référence de l'adulte est celle d'un objet non préoccupé, qui rejette voire qui persécute[185].

[185] Berger M., Bonneville E., **«** Théorie de l'attachement et protection de l'enfance **»**, *Dialogue*, 2007, pp.49-62.

En 1978, Ainsworth, Waters, Bleahernn, et Wall, différencient et définissent trois autres types d'attachement[186]. Chaque attachement correspond à la réponse plus ou moins adaptée et rapide de la figure d'attachement aux signaux de détresse du nouveau-né. Ils les nomment : sécure, insécure évitant, et insécure ambivalent-résistant. Pour les types d'attachements insécures, l'enfant a toutefois été confronté à une stabilité dans les réactions de la figure de référence, ce qui lui a permis de développer des stratégies.

L'attachement sécure se construit dans la relation avec une mère qui s'occupe de son enfant avec bienveillance. Les enfants sécures recherchent spontanément la proximité et le contact avec la mère. Ils recherchent le contact avec elle à son retour. Ils sont rapidement réconfortés une fois pris dans les bras. Ils acceptent rapidement de retourner jouer. Ces enfants témoignent de peu d'anxiété et d'un état d'apaisement qui s'installe vite au retour de la figure d'attachement. Ces bébés manifestent déjà à cet âge une confiance qui leur permet de réduire leur état de stress une fois réconfortés par leur mère. La relation sécurisante à leur mère fait en sorte qu'ils se montrent plus disponibles pour explorer leur environnement et mieux disposés à s'y adapter. Ils font preuve d'une relativement bonne estime de soi et de capacités à faire appel à l'environnement lorsqu'ils en ont besoin. La sécurité se caractérise par la détresse en cas de séparation d'une part, et d'autre part, le plaisir et la réassurance lors des retrouvailles. Il reflète un modèle interne opérant où l'adulte est perçu comme pouvant réconforter l'enfant. L'attachement sécure n'est pas une garantie ou un acquis permanent. Il peut devenir de manière conjoncturelle ou structurelle insécure si les conditions d'environnement se modifient, notamment dans la perspective de traumatismes[187].

L'attachement évitant, quant à lui se caractérise par un évitement du contact avec la figure de référence et de sa proximité. Le bébé ne réagit pas au départ de sa mère et lorsqu'elle revient, il décrit des réponses d'évitement du type : lui tourner le dos, l'évitement du regard. Il ne cherche pas non plus le contact physique lorsqu'il la voit. Il n'accueille pas sa mère et les essais de rapprochement affectifs n'ont pas de sens. La mère cherche à le prendre dans les bras, il arrive qu'il bascule en arrière ou se contorsionne pour rejoindre le sol et ne pas rester dans les bras. Il arrive également qu'il se détourne de sa mère pour porter son attention sur un objet éloigné comme un jouet par exemple, voire une personne étrangère

[186] Ainsworth M., Bleahernn C., Waters E., Wall E., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Spring, First, 1980, pp. 68-70.
[187] Guedeney A., Dugravier E., « Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne », *Psychiatrie de l'enfant*, 2006, 49, pp. 227-278.

à qui il témoigne une familiarité. Cette attitude tend à dissimuler sa détresse émotionnelle, et il semble considérer qu'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il tente de garder le contrôle dans les situations de détresse, en abaissant sa réactivité du système d'attachement, et en réduisant l'émission de signaux de détresse en direction de l'environnement. Bowlby utilise la notion d'évitement pour indiquer que dès les 12 premiers mois de vie, certains sujets n'expriment plus à leur mère certaines de leurs émotions, tout comme le désir de réconfort et de confiance[188].

L'attachement ambivalent-résistant va traduire un intense besoin du bébé de collage à la mère, ce qui freine l'aptitude à explorer son environnement. Le bébé paraît affecté de manière intense par la séparation et se montre très ambivalent à l'égard de sa mère lorsqu'il la retrouve après son départ. Il désire à la fois être tout près d'elle, mais peut être en même temps en colère contre elle. Il n'arrive pas à s'apaiser. Il résiste à son besoin d'être réconforté. Le bébé s'agrippe, ne veut pas être remis par terre quand il est pris dans les bras et manifeste des gestes de colère. Enfin il tarde à retourner vers ses jeux. Cet enfant introjecte une imago maternelle répondant de façon inconstante à son besoin. L'enfant ambivalent résistant, qui démontre des traits de détresse à la séparation d'avec sa figure d'attachement mais qui n'est pas réconforté lors des retrouvailles, adopte des stratégies d'exagération d'affects dans le but d'avoir l'attention de son référent. Cette exagération consiste en une augmentation du système d'attachement et augmentation des signaux de détresse. A ce stade, il est important de souligner que les types d'attachement insécures (résistant ou évitant) ne sont pas obligatoirement considérés comme des catégories cliniques indiquant un problème de désadaptation sociale chez les enfants. Néanmoins les vicissitudes de la vie comme le traumatisme vont impacter sur le type d'attachement dans lequel s'est construit le bébé. L'attachement insécure au travers d'un vécu traumatique surajouté va davantage associer à la psychopathologie en termes de répétition voire de perversion, et la sécurité associée à l'aptitude de sublimation. Il faut y lire une perspective singulière chez chaque sujet.

Main et Hesse[189] étudient le principe d'interrelation entre les modes d'attachement et le type d'imago parentales intégrées. Ils mettent en évidence que le type sécure est associé à des figures parentales libres et autonomes, tandis que le type insécure évitant correspond

[188] Bowlby J. (1969/1982), *Attachment and loss*, Vol 1, *Attachment*, New York, Basic books, Trad. française Kalmanovitch J., *L'attachement*, Paris, PUF, Paris, 1978.
[189] Main M., Hesse E., « Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention », *Harvard medical school*, Chicago, University of Chicago Press, 1990, pp. 161-184.

à des figures parentales détachées vis-à-vis de leurs propres expériences d'attachement. Le type insécure-résistant ou ambivalent est associé à des figures parentales préoccupées. La façon de prendre soin du bébé s'inscrit sous un mode contradictoire reflétant les auto-représentations mentales séparées de la figure d'attachement. En 1990, Main ajoute un nouveau et 4ème type d'attachement. Elle le nomme désorganisé-désorienté [190]. Contrairement aux enfants sécures ou insécures évitants et ambivalents-résistants, les enfants désorganisés-désorientés ne développent pas de stratégies adaptées pour gérer le stress lié à la séparation. Après une séparation avec la figure d'attachement, lorsque le bébé la retrouve, il présente des réactions singulières variables. L'enfant peut demeurer immobile, transit de peur, tomber face contre terre, avoir des balancements, des stéréotypies ressemblant à des tics, ou montrer simultanément des modèles de comportements paradoxaux, comme marcher en détournant la tête. Souvent, on observe un mouvement vers l'adulte qui se freine et se détourne au dernier moment. Les comportements de l'enfant traduisent son incapacité à faire face au stress, et à résoudre la situation anxiogène, car la figure de référence est paradoxale : à la fois source d'anxiété et de sécurité. Cette perspective mène à un effondrement des comportements d'attachement organisés. L'enfant ne peut ni s'accrocher par des stratégies sécurisés et résistantes ambivalentes, ni détourner son attention par des stratégies évitantes. De nombreuses recherches[191] montrent que les enfants construits sous un mode d'attachement désorienté-désorganisé ont été confrontés à des référents parentaux très angoissés, et ont souvent subi des maltraitances traumatiques. Selon ces recherches, ce dernier type d'attachement désorganisé-désorienté associe la maltraitance de l'enfant, et des traumas non résolus au plan transgénérationnel chez les parents. Cette prévalence de l'attachement désorienté-désorganisé est fortement associée à la présence de facteurs de risque dans la famille comme la maltraitance, la dépression majeure, le trouble bipolaire, l'alcoolisme et la toxicomanie[192].

La clinique des enfants ayant vécu des maltraitances précoces et ayant développé un trouble sévère de l'attachement montre un fonctionnement issu de la confrontation précoce prolongée à des situations de négligences, de maltraitances, sources de traumatismes psychiques. Certains enfants vivent dans leurs premiers moments d'existence des

---

[190] *Ibid.*

[191] Solomon J., George C., DeJong A., « Children classified as controlling at age six, Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school », *Development and Psychopathology*, Chicago, University of Chicago Press, 1995, pp. 447–463.

[192] Lyons-Ruth K., Bronfman E., Atwood G., « A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction », *Attachment disorganization*, New York, Guilford Press, 1999, pp.33–70.

expériences terrifiantes et des séries de rencontres manquées dans les relations avec leur entourage : soit de par l'imprévisibilité parentale et des contextes très angoissants pour eux, soit parce qu'ils se trouvent isolés au plan affectif, impuissants face à leurs états émotionnels. Ils ne trouvent pas de soutien en termes d'étayage affectif, de réconfort, de reconnaissance de leurs états subjectifs de la part d'un adulte empathique, bienveillant et aimant. Autrement dit, ils sont traumatisés par des répétitions d'interactions d'attachement manquées. Ces émotions vécues dans la solitude déclenchent des états de tension et d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique.

Or, comme je l'ai développé, Freud a indiqué dès 1920 que c'est ce phénomène qui crée le traumatisme. Par ailleurs, plus le sujet est jeune, moins son appareil psychique est structuré tout comme son cerveau afin de réaliser les fonctions de liaison et de régulation. La vulnérabilité d'un enfant aux expériences traumatogènes est proportionnelle à son immaturité. Les trois premières années de vie d'un enfant correspondent au stade le plus critique. Si les troubles que présentent ces enfants sont issus de la confrontation répétée à des expériences traumatiques, ils sont la conséquence de l'expression de la construction psychique particulière qu'ils ont développée, pour tenter de palier leurs effets. Cette construction crée des carences avec un développement psychique et neurologique particuliers. Ces enfants n'ont pas bénéficié de relations qui contribuent à constituer les grandes fonctions psychiques susceptibles de traiter les expériences et de ne pas être débordés par les émotions qu'elles suscitent. En outre, les dernières recherches récentes en neurologie, dont je parlerai suite à mon approche clinique, montrent que les ratés successifs dans les interactions précoces, et les expériences de stress extrêmes répétées, non suivies d'expériences de réconfort, ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et du contrôle de l'impulsivité et d'agressivité.

L'approche psychopathologique structurale exhorte à étudier l'influence de l'organisation des liens d'attachements traumatiques sur la personnalité impulsive et agressive. En effet ce type de comportements, induits par l'attachement, n'est pas sans incidence sur les perspectives de répétition traumatique, d'orientation perverse de la personnalité. En regard du lien d'attachement et notamment des différents ratés, l'impulsivité et l'agressivité vont s'exprimer de façon plus ou moins adaptée en regard des structures névrotiques, psychotiques et perverses. Ma clinique professionnelle en

psychocriminologie m'amène à souligner les apports de Lopez et Bornstein en 1994[193] concernant le crime chez un sujet dit « normal », qui revêt toujours un caractère d'imprévisibilité. Bergeret (1972), quant à lui, postule que la solution idéale de la perspective violente s'exprime dans l'organisation névrotique puisque le surmoi se montre assez consistant pour autoriser une alliance saine entre le moi et le ça[194]. Chabrol et Sztulman [195] décrivent, eu égard à l'auto-agression, que dans le cadre d'un trouble dépressif ou névrotique, la tentative de suicide peut devenir un moyen de compromis, face au clivage, visant l'évitement d'une désorganisation psychique en rétablissant un équilibre fragile. Au niveau métapsychologique, lorsque s'origine une rupture relationnelle, elle vient faire répétition avec le lien d'attachement désorganisé vécu. Elle fait basculer le sujet dans une équivoque entre pulsion de vie et pulsion de mort et l'équilibre psychique est instable. L'agressivité devient conditionnelle au type de sentiment de culpabilité issu d'un surmoi plus ou moins sévère qui se construit dès la prime enfance.

Dans la problématique de la structuration limite, où l'attachement demeure insécure voire désorganisé, l'agir agressif sera co-dépendant du vécu de dépendance à l'objet. L'acte agressif devient symptomatique, répondant de manière impulsive à l'angoisse, en se transformant en une source de satisfaction pulsionnelle directe. Kernberg[196], décrivant l'état limite, évoque une faiblesse non spécifique du moi impliquant une défaillance de la gestion de l'agressivité, une intolérance à la frustration générée par l'angoisse et un développement insuffisant des aptitudes sublimatoires. Balier[197], quant à lui, décrit l'incapacité du sujet à réguler et neutraliser son agressivité. De la défaillance de symbolisation résulte la tentative d'évacuer le conflit intrapsychique de la pensée par l'acting-out, conséquence d'une angoisse abandonnique primitive. En outre, le caractère dépendant de ces personnalités, associé à la consommation de substances (alcool, cannabis, L.S.D, héroïne etc.) favorisent de manière considérable ces passages à l'acte. Ce postulat amène à considérer la contiguïté existante entre la personnalité limite et addictée. Les productions de Sztulman, sur le concept de personnalités limites addictives[198], revêtent un intérêt d'une grande pertinence car elles

---

[193] Lopez G., Bornstein S., *Les comportements criminels*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1994, p. 125.
[194] Bergeret J., (1972), *Abrégé de psychologie Pathologique*, 9ème édition, Paris, Masson, 2004.
[195] Chabrol H., Sztulman H., *Splitting and the psychodynamics of adolescent and young adult suicide attempts*, Psychoanal, 1997.
[196] Kernberg O. A Psychoanalytic Classification of Character Pathology, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1970, pp. 800-802.
[197] Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 1988 et *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, 1996.
[198] Sztulman H., « Déception, Dépression essentielle et illusion chez les patients états-limites », *L'Évolution Psychiatrique*, 1994, 1, pp. 13-21.

en dégagent des spécificités psychodynamiques et psychopathologiques. La vacuité laissée par le trauma, l'incapacité à la gestion pulsionnelle, à la frustration, mais aussi la loi du « tout, tout de suite », « du tout ou rien », du « plein et du vide », du surinvestissement et désinvestissement de soi ou de l'objet, témoignent de la grande fragilité du moi. C'est le primat de l'Idéal du moi qui constitue l'organisation de la personnalité, le surmoi, lui, étant lésé. La censure, de par la défaillance du surmoi est donc assurée par l'objet, vécu comme étant plus ou moins persécuteur. Le sentiment de culpabilité n'est pas introjecté, ni érotisé et laisse place à un sentiment de honte, à une blessure narcissique.

Dans une perspective métapsychologique, la déliaison pulsionnelle et l'indifférenciation des investissements qui s'est créé dès la prime enfance sous-tendent les passages à l'acte agressif par la suite dans l'évolution du sujet. En conséquence, on observe des enfants qui paraissent ne pas percevoir les sensations de chaleur, de froid, de douleur, de faim, de satiété, de soif, de douleur, de fatigue, etc. Ils ont également beaucoup de difficultés à contenir leurs impulsions. Solange Carton souligne toute cette dimension clinique et évoque l'abaissement voire l'extinction des affects en regard des nouvelles pathologies adolescentes dites « limites » qu'elles soient dépressives, addictives ou psychosomatiques avec tout un travail de conscientisation à co-construire avec ces sujets[199].

On peut dire que ces enfants, habituellement qualifiés de tout-puissants, sont en réalité plutôt tout-impuissants, pour reprendre une expression de René Roussillon, face au surgissement en eux de la violence, du désir ou de la souffrance. Ils ne peuvent pas s'empêcher de frapper, de coller, ils ne savent pas différer, attendre, renoncer, dans le sens où ils n'ont pas les aptitudes psychiques et neurologiques pour y parvenir. Ces systèmes sont donc pathologiques parce qu'ils posent des problèmes, notamment par rapport aux inadaptations du sujet à la vie sociale, et qu'ils sont sources de souffrance. Ils s'inscrivent enfin dans un schéma de répétition.

Cependant, ces enfants n'arrivent pas à percevoir immédiatement leur dysfonctionnement, l'inadaptation, voire la nocivité de leur comportement. Ils ne connaissent pas d'autres adaptations et leur modèle dans l'agir devient leur mode organisationnel et leurs repères. Les liens d'attachements traumatiques vont donc avoir des

---

Sztulman H., « Entre addictions et ordalie : les toxicomanes », *Adolescence*, 1997, 2, 15, pp. 57-65.
Sztulman H., « Vers le concept des personnalités limites addictives », *Annales médicopsychologiques*, 2000, 159, pp. 201-207.
[199] Carton S., Chabert C., Corcos M., *Le silence des émotions*, Paris, Dunod, 2013.

conséquences graves sur les aptitudes interpersonnelles. Les signes indicateurs sont identifiables dès que l'on tente d'entrer en lien direct avec eux, que ce soit physiquement, ou verbalement, voire pour certains, par le simple regard, car ce type de contact, à visée de rapprochement, d'amorce relationnelle, éveille une excitation très importante qui répète l'enjeu émotionnel premier de la relation à la figure d'attachement qui a été traumatogène. Ces enfants répondent rarement lorsque l'on tente de s'adresser à eux et il est très difficile de capter leur regard, on ne peut que suivre des yeux leurs déplacements brusques, maladroits et peu coordonnés. D'autres paraissent s'envelopper dans des mots incompréhensibles ; d'autres encore se livrent parfois à une logorrhée coprolalique. Le langage est souvent utilisé pour le bruit qu'il produit : certains produisent un flot de paroles continu et envahissant qui ne laisse aucune place à l'expression de l'autre. Du côté de celui qui assiste à ces comportements, un sentiment d'agression semble émerger dans le champ perceptif. En situation de groupe, ils parlent sans s'arrêter. Ils ont toujours quelque chose à dire, à raconter. Souvent c'est inintéressant, et on s'aperçoit qu'ils inventent au fur et à mesure : l'enjeu est de recentrer l'attention, surtout si un autre enfant est en train de raconter quelque chose d'intéressant : « Et moi, et moi » … moi c'est pire, moi c'est mieux… ».

La plupart de ces enfants sont intolérants à la frustration, à la contradiction ou à la contrainte. Cela déchaîne de véritables crises de larmes ou de rage, durant lesquelles ils peuvent chercher à détruire tout ce qui leur tombe sous la main, ou s'infliger des coups ou des blessures. La relation à leur figure d'attachement ne paraît tolérable que dans le maintien de l'illusion d'un contrôle absolu. Ils sont très agrippés à leur objet d'attachement qu'ils sollicitent en permanence d'une manière ou d'une autre. L'éducateur, l'enseignant, le professeur au collège, deviennent très vite une figure d'attachement, c'est-à-dire une personne très investie sur le plan affectif, compte-tenu du temps que l'enfant passe à leur contact. Ils sont l'objet d'un transfert affectif très fort. Certains enfants tolèrent très difficilement que l'attention de l'adulte se détourne d'eux pour se porter sur autre chose, fût-ce pour une minute. Ils font preuve d'une avidité massive, utilisent toutes les stratégies pour obtenir l'exclusivité de la relation, surtout lorsqu'ils se sentent en rivalité avec d'autres enfants. Ils développent des attitudes d'évitement et de contrôle, ou des attitudes de collage et d'emprise tyrannique. Ils ne supportent pas la confrontation à la différence, donc à l'individuation et à la séparation, de leur figure d'attachement. Il faudrait que celle-ci soit à leur disposition exclusive en permanence à la figure d'attachement ou le référent affectif. Ils ont tendance à se coller à quelques centimètres de leur visage et à agripper leurs membres ou leurs vêtements pour leur parler. La plus infime frustration déclenche un débordement

d'angoisse automatique qui suscite une explosion de rage, une crise de larmes ou un repli dans une bulle autistique.

Au niveau de la personnalité, diverses configurations peuvent donc advenir. Des traumatismes sévères et répétés peuvent générer une anxiété phobique voire des attaques de panique. Le symptôme peut être tellement invalidant que les sujets peuvent être empêchés d'aller à l'école, de poursuivre leurs études, de travailler, ou même de quitter leur domicile. Il existe une grande contribution du traumatisme précoce de l'enfance au conflit adulte. Les différences de style de réactivité à l'âge adulte sont souvent une cause plus puissante de dissonances inter-personnelles que ne l'étaient les traumatismes infantiles. Certains enfants qui montrent une conduite dite difficile dans l'après-coup et indépendante du traumatisme, sont les plus menacés. L'enfant peut se replier devant des situations nouvelles, a tendance à des expressions d'humeur négatives et intenses et n'est pas adaptable, ou lentement adaptable. Cet enfant est à haut risque pour le développement futur d'une pathologie psychiatrique. En matière psychocriminologique - qui est également une part de mon activité professionnelle - les travaux concernant les enfants victimes d'abus constatent que ces enfants sont particulièrement menacés par la dépression, les troubles du comportement et par l'abus sexuel. Par ailleurs, le trauma peut impacter l'identité sexuelle à long terme, les relations affectives d'un adolescent, l'individuation de sujets et le choix d'un partenaire.

Pierre Janet fait référence à l'importance de la mémoire du traumatisme dans la genèse et le développement des maladies émotionnelles et il cite plusieurs auteurs : Moreau de Tours, Baillatger et Briquet, qui insistaient sur l'importance du chagrin et des émotions traumatiques similaires dans la genèse des maladies mentales. Si l'acte traumatique est posé par une personne de qui l'enfant doit attendre une protection, le traumatisme sera d'autant plus important. Par conséquent, il faut faire une distinction entre le traumatisme avec abus qui impacte l'estime de soi de l'enfant, de la part de la personne censée en prendre soin et dans une confiance mutuelle et le traumatisme sans abus qui peut réellement impliquer l'affirmation de l'estime dans l'acte de prendre soin de l'enfant, de la part des personnes qui en prennent soin qui sont responsables et aimantes.

L'exposition soutenue et pénétrante au rejet parental, l'attaque et la privation ont des effets destructeurs sur le développement des relations qui vont suivre dans lesquelles ils anticipent la violence et le rejet comme étant les éléments majeurs des rencontres humaines. Ces enfants dont on a abusé qui étaient très primaires dans leurs mécanismes de défense,

apparaissaient découragés. Ils se déprécient eux-mêmes. Ils deviennent autodestructeurs. Ils montrent des difficultés croissantes dans les séparations d'avec leurs parents. Ils ont des difficultés avec les relations interpersonnelles. Un évènement traumatique isolé de courte durée peut ne pas avoir une grande signification dans le long parcours de la vie du petit enfant, en fonction de ses conséquences. Mais les expériences répétées d'abus traumatiques ou d'abus soutenus, ou de négligence soutenue, d'abandon et de séparations peuvent produire un parcours de développement gravement perturbé.

Avant l'acquisition de l'aptitude au langage les nourrissons peuvent montrer leurs réactions au traumatisme, comme le stress, ou comme des expressions telles les coliques, le fait de ne pas cesser de bouger, des insomnies ou des pleurs. Dans les cas sévères, il y a des interférences avec la prise de poids, la croissance du corps, et la maturation sensori-motrice. S'ils ne sont pas soignés, ces problèmes de la petite enfance peuvent conduire à des interférences avec les fonctions du développement telles la marche, la parole, et l'habileté dans la coordination entre l'œil et la main. La dépression persistante, les troubles de la personnalité borderline et la personnalité multiple sont quelques conséquences à long terme des stress traumatiques répétés et soutenus dans la petite enfance. Un des objectifs principaux de cette recherche sur le trauma est de mettre en évidence les différents destins en regard du sujet mais aussi de ses attachements. Comment le sujet est encore capable de vivre pratiquement sans symptôme, tandis que bien d'autres personnes ayant souffert d'un semblable traumatisme ont développé une maladie chronique d'un genre ou d'un autre ?

Dans les populations de sujets psychiatriques adolescents et de délinquants juvéniles, des évènements d'abus ont été retrouvées fréquemment. Les délinquants juvéniles qui ont été abusés disposent d'une vulnérabilité plus grande à répéter les violences et à devenir des parents criminels. Certains abusent fréquemment de la drogue et de l'alcool pour s'identifier à travers la substance à leurs parents, tout autant que pour lutter avec leur manque d'estime de soi et avec les problèmes accablants qu'ils ont avec tout un chacun dans leur entourage : la famille, les camarades et l'école. Quand l'enfant arrive à l'âge pubère, le traumatisme ajouté de l'acte sexuel peut s'accroître et contribuer au fardeau déjà existant de l'abus physique. Les réactions de l'enfant à l'abus sexuel apparaissent souvent comme une des formes d'un syndrome de stress post-traumatique très proche de ce qu'on observe chez les survivants de guerres, de crime ou de catastrophe. Les caractéristiques principales du syndrome post-traumatique comprennent l'angoisse, la culpabilité, les perturbations du sommeil, les troubles de l'humeur, de la concentration et de la mémoire. La victime peut ou

non répéter et revivre un traumatisme brusquement et de façon intrusive, comme dans les cauchemars, ou dans les souvenirs de ces évènements, ou comme dans des ressentis brutaux ou des reviviscences soudaines des évènements. L'abus sexuel peut donc être considéré comme appartenant à la même catégorie des évènements traumatiques avec une mémoire traumatique, tout comme les abus physiques.

En somme, l'agressivité est une attitude qui relèverait du narcissisme dans une démarche d'affirmation de soi, de sa puissance face à autrui. Elle est fondamentalement relationnelle. Si elle est bien gérée, elle a une fonction essentielle dans la poursuite et l'atteinte de projets, ou de démarches sublimatoires. Cependant la violence, quant à elle, est déliée d'une dimension relationnelle. Elle vise la destructivité totale du sujet et se situe en dehors des cadres sociaux. Il est donc fondamental au plan clinique de réaliser le repérage des modèles répétitifs et parfois de travailler avec la famille comme j'en témoignerai dans une présentation clinique. Les modèles répétitifs observés dans la structure ou dans le fonctionnement de la famille deviennent problématiques dès qu'ils ont trait à la répétition des traumatismes mortifères. C'est pourquoi les intervenants manifestent souvent la nécessité d'accéder à une meilleure perception de ces phénomènes. Travailler au plan familial fait apparaître certains modèles répétitifs qui avaient pu échapper à la clairvoyance des intervenants, ou encore faire l'objet de leurs résistances. Il est nécessaire de prendre en compte les mythes familiaux.

Le mythe familial est une croyance à laquelle chacun dans la famille adhère, sans que quiconque ne la remette en cause. Son but est de maintenir la cohésion de la famille à la suite d'un événement qui l'a mise en danger. Il fait donc agir différents mécanismes de défense et il importe de les repérer. Analyser le mythe familial permet de mieux articuler les éléments regroupés de la famille et d'améliorer la compréhension de l'ensemble de la problématique traumatique intrafamiliale. Chaque famille est habitée d'une mission familiale. Cette dernière est le message qui est transmis (consciemment ou inconsciemment) dès la naissance d'un enfant par ses parents et ascendants, pour que soit accomplie en leur nom une tâche familiale spécifique. Les missions ont pour fonction d'étayer le mythe familial. Les missions de développement ont trait aux tâches de la procréation, de la réussite sociale et du prestige familial ; les missions sacrificielles ont pour objet d'épargner l'ensemble du groupe en se concentrant sur un ou plusieurs individus, les souffrances psychiques issues de traumatismes anciens dont les deuils n'ont pas été accomplis.

Dans cette dernière perspective se forment la crypte et le fantôme familial. Le courant de recherche sur le fantôme familial est issu des travaux publiés en 1978 par Nicolas Abraham et Maria Török en1987. Abraham définit le fantôme comme « une formation de l'inconscient qui a pour particularité de n'avoir jamais été consciente (…) et résulter du passage (…) de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant »[200]. Le fantôme familial est constitué à partir de la représentation psychique d'un ancêtre meurtri ou mort dans des conditions tragiques. L'effet traumatique de l'évènement est si lourd que la famille est incapable d'effectuer le travail de deuil qui seul peut drainer la souffrance affective. L'image de l'ancêtre objet du traumatisme s'enkyste dans l'inconscient des membres les plus proches de la famille. Elle vient constituer ce que Abraham et Török (1987) ont appelé la « crypte ». De cette crypte, émane le fantôme qui va fondre sur la descendance, et dans certains cas, occasionner des dégâts importants, jusqu'à la répétition du traumatisme.

La clinique enseigne donc que les destins du traumatisme sont très variables et singuliers. Ils sont co-dépendants de la construction du sujet au sein de sa famille, de son héritage transgénérationnel, de ses liens d'attachements, de l'âge d'impactage du trauma, des vicissitudes de la vie, etc. L'enjeu sublimatoire va également s'articuler autour de ces mêmes données et s'orienteront selon la structure de la personnalité du sujet. Comme évoqué précédemment, il existe une bivalence de l'aptitude sublimatoire qui participe à réorganiser de manière très favorable la psyché du sujet traumatisé ou à l'inverse un impactage négatif à la fois sur la personnalité et/ou sur la répétition traumatique. Ce sont ces enjeux dialectiques que je vais maintenant évoquer au travers de la présentation de la démarche clinique. Au préalable, je vais rendre compte de l'expérience thérapeutique qui étaye mon propos.

[200] Abraham, N., Torok, M. (1978), *L'écorce et le noyau,* Paris, Flammarion, 1987, p. 429.

Chapitre II. Méthodologie de l'analyse et présentation clinique

Pour étayer mon travail de recherche j'ai choisi de m'appuyer sur quatre cas cliniques représentatifs de la complexité des enchevêtrements qu'occasionne le trauma entre sublimation, répétition et perversion.
Ces cas sont également représentatifs de mes différents positionnements professionnels entre le cadre de suivi de cure, la prise en charge familiale, le suivi et l'expertise psychocriminologiques.

1. Le choix méthodologique

Il s'agit de quatre sujets ayant comme point commun d'avoir été victimes précocement de maltraitances intra familiales. J'ai posé mon champ d'analyse en me basant sur l'étude de cas et le récit de vie des sujets ayant subi ces mauvais traitements, les agresseurs pouvant être les parents ou tout autre adulte évoluant avec le sujet. Le choix de l'étude de cas s'explique par différentes motivations. Ma recherche est directement issue de mon travail clinique. Vouloir ajuster, au mieux, mes suivis psychothérapeutiques a eu pour bénéfice de faire émerger cette recherche. J'ai souhaité rendre intelligible les situations traumatiques et les enjeux que le trauma induit :

> « C'est souvent pour se détacher d'une relation clinique trop confusionnelle, trop vampirisante, dans laquelle les mouvements contre-transférentiels sont violents et énigmatiques, que le clinicien est poussé à un dégagement, à une élaboration, à une réflexion théorique distanciante »[201].

Je ne peux que souligner que je m'inclus dans le dispositif de recherche, ne pouvant faire l'économie de mes émotions en regard d'un tel sujet de recherche.

- <u>L'entretien, l'étude de cas et le récit de vie</u>

L'entretien est un outil très important et indispensable que ce soit d'un point de vue diagnostique, psychothérapeutique ou de recherche. Il permet d'accéder aux représentations et aux émotions du sujet, et de recueillir des données anamnestiques. L'entretien clinique occupe une place essentielle, puisque c'est dans la rencontre intersubjective entre le clinicien

[201] Ciccone A., Modélisation de l'observation clinique : objets et méthode, *L'observation clinique*, Paris, Dunod, 1998, p. 110.

chercheur et le sujet, que se construit une relation pouvant conduire à l'instauration d'un climat de confiance et de respect. C'est en consacrant du temps et une écoute attentive que le sujet pourra se laisser aller à son désir de « dire » son histoire, avec ses propres mots et sa subjectivité.

Le cas est « un ensemble de données empiriques ». Hamel déclare qu'un cas est défini par les caractéristiques du sujet qui déterminent et donnent sens à son activité. En particulier, toute activité prend place dans l'histoire du sujet qui la produit. Cette histoire est définie à la fois par le déroulement temporel et observable du cas, également par la manière dont il est vécu et s'insère dans la subjectivité du sujet. Selon Clot, en devenant une histoire, le cas éclaire son développement et la genèse de sa production. Pour Widlocher, l'étude de cas se distingue donc essentiellement par son caractère approfondi. Elle relève généralement de la méthode clinique, c'est à dire de l'observation intensive de cas individuels. Hamel de poursuivre que pour atteindre son but, l'étude de cas fait appel à des méthodes et à des modèles divers. Chacun de ces derniers exprime une partie des propriétés du cas à l'étude, mais c'est le mode de conjonction de ces modèles qui est l'objectif visé. Le Moigne suggère à la méthodologie de l'étude de cas un rapprochement avec celle développée dans l'étude des systèmes qui fait appel à la notion de triangulation. Dans mon contexte, l'étude de cas se réalisera au travers du récit de vie. Le récit de vie est considéré comme une méthode d'enquête, une forme particulière de l'entretien narratif[202]. Il inclut deux registres de données. D'une part, il tient compte d'événements, d'une réalité objective et historique, et d'autre part, il se réfère à des significations, à l'expression subjective du vécu de l'histoire[203]. Le récit décrit à la fois la vie intérieure du narrateur, ses contextes sociaux traversés [204]. Il s'agit donc d'accepter le caractère artificiel et incomplet de la production de connaissance [205], tout en reflétant le contexte dans lequel la trajectoire se déroule et dans lequel la perspective subjective devient, par juxtaposition banale, l'objet d'étude.

Dans son ouvrage *Le sens de l'histoire. Moments d'une biographie*, Christine Delory-Momberger[206], chercheuse en sciences humaines, s'est livrée à une expérience biographique : « la méthode des histoires de vie ». Selon l'auteure, il s'agit, au travers de la « parole de soi », de saisir au présent une figure et un horizon de sa vie, dans un projet

[202] Bertaux, D., *Le récit de vie, L'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Collin, 2010.
[203] Orofiamma R., *Les figures du sujet dans le récit de vie*, Paris, CNAF, 2008.
[204] Bertaux D., L'enquête et ses méthodes, *Le récit de vie, op. cit.*
[205] Pourtois J.-P, Desmet H., *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Paris, Mardaga, 2007.
[206] Delory-Momberger C., *Le sens de l'histoire*, Paris, Anthropos, 2001.

réflexif personnel intégrant des préoccupations intellectuelles, éducatives et politiques. Les thèmes du discours sont l'occasion d'une exploration biographique par laquelle le narrateur ressaisit telle ou telle série d'éléments biographiques et en réinterprète la connexion dans la perspective herméneutique de la thématique considérée. L'observation de cas singuliers se situe en amont de la recherche de validation et de généralisation des hypothèses élaborées à partir de l'étude de ces cas[207]. Même si je suis conscient qu'il puisse y avoir des récits de vie avec certaines distorsions conscientes ou inconscientes, reprenant les derniers auteurs évoqués, il faut obéir au principe d'intelligibilité de soi et à la logique d'une logique du récit de vie.

Dans cette démarche il m'a été important de m'attacher à la fois au récit, aux mots utilisés : « le récit devient l'enjeu d'une réflexion théorique et épistémologique et conduit à définir : les récits de plaintes, les récits cliniques et l'analyse des récits »[208]. Comme l'évoque Nicole Jeammet, cela permet plus ou moins un équilibre de cohérence faisant prendre sens aux choix des événements racontés et surtout à la manière dont ils sont racontés. L'auteure de poursuivre que cela veut dire que le décryptage pourra trouver sa vérité à l'intersection simultanée d'un axe diachronique et d'un axe synchronique[209]. L'axe diachronique se définit par les interactions avec l'entourage qui ont participé à construire la personnalité du sujet dans une histoire s'inscrivant dans une temporalité. Sur cet axe, peut se lire le récit de cette construction faite du passé avec ce qui est « dit » dans la dimension transgénérationnelle des différentes lignées : grands-parents, parents et fratrie. À cela s'ajoute la dimension du présent avec la relation actuelle du conjoint ou du mari, des enfants, élaborée dans le futur avec les projets d'avenir.

L'axe synchronique, quant à lui, s'attache en l'analyse de chaque moment du récit, la démarche narrative étant au présent. L'histoire du sujet est racontée dans « l'ici et maintenant » avec une compréhension présente des événements traumatiques passés, avec des remaniements actuels des événements et des fantasmes qui peuvent interagir. L'analyste est renvoyé à un fonctionnement mental actuel, sur lequel il est possible de s'appuyer pour interroger l'histoire racontée, cette histoire qui est sous-tendue par des fantasmes en lien avec des désirs inconscients. Cette démarche participe à déclencher un certain type d'angoisses

[207] Bourguigon O., Bydlowski P., *La recherche clinique*, Paris, PUF, 2006.
[208] Bonnet C., « Entre récit et douleur : psychopathologie des récits de plaintes », thèse de doctorat, Université de Marseille, 2000.
[209] Jeammet N., Bourguignon O., Bydlowski M. (1995), L'entretien clinique et son analyse singulière, *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 2006, pp. 111-121.

contre laquelle les mécanismes de défense prévalents sont mis en jeu. Ce sont des mécanismes devenus mécanismes discursifs que l'analyste cherche à repérer et à interpréter puisqu'ils organisent la logique du récit et sont des indicateurs du désir inconscient. Donc, comme le précisait Nicole Jeammet, tout notre travail de décryptage s'organise sans cesse dans le croisement des axes conscient / inconscient, diachronique / synchronique, et dans l'exigence d'une analyse dialectique permanente. Comme Fedida l'écrit :

> « Il faut toujours et encore raconter ! Seul le récit est capable d'assumer cette intimité de l'histoire qui nous est livré dans une analyse. C'est même ce récit qui, grâce à ses ruptures temporelles, ses échecs de continuité, donne à produire des conditions du langage du figurable. »[210]

2. Présentations cliniques

2.1 Roland et sa famille

La première situation regroupe les entretiens cliniques d'une famille qui a accepté de participer aux axes de recherches que je leur ai soumis voilà plusieurs années sur la question du traumatisme et de ses conséquences.
J'ai reconstitué le récit de vie de Roland suite à l'ensemble des entretiens réalisés.

En regard du vécu spécifique du traumatisme de Roland, le père de famille, il me semblait intéressant d'analyser les interactions familiales chez un homme qui se dit « guéri » de son traumatisme. Ce que je relate ici représente une étude longitudinale de 8 ans qui se poursuit encore aujourd'hui. Ce cas me semble très pertinent car il synthétise les enjeux d'une grande complexité qui ont motivé mon travail de recherche actuel. Par ailleurs il témoigne clairement de la dimension transgénérationnelle et du système de loyautés que je vais traiter. Les entretiens se dérouleront à domicile aussi bien au niveau du couple parental qu'avec les enfants. J'ai passé des temps d'observation, en immersion, « in vivo » chez Roland et son épouse durant 15 jours notamment les deux premières années.

Ma perspective clinique au départ était de faire une prise en charge familiale, mais ayant des craintes que je ne pouvais nommer, j'ai choisi, avec l'accord de chacun, de faire des entretiens individuels. Il y a eu également, des entretiens conjugaux avec Roland et sa

[210] Fedida P., La construction du cas, in *Le Site de l'étranger*, Paris, PUF, 1995, p. 264.

femme (pour évoquer leur rencontre). Après une année, il y a des entretiens avec la dyade Monique (la mère) et sa fille (Émilie) à la demande d'Émilie.
Je n'ai jamais regretté le choix de mon intuition de départ car une thérapie familiale dans le contexte où je découvre chacun des membres aurait pu engendrer de graves conséquences notamment en termes de décompensations psychiques.

Lorsque je rencontre cette famille, il y a 8 ans en arrière, Roland (58 ans) exerce le métier d'électricien, et de peintre. Il a été sportif de très haut niveau. Il a également fait des récits autobiographiques de sa vie et des conférences. Avec son épouse, ils vivent dans le Nord Est de la France, avec leur dernier fils de 15 ans.
Son épouse, Monique, vient d'avoir 60 ans. Elle était professeur de français, puis elle est devenue éducatrice spécialisée. Ils ont quatre enfants : l'aînée, Émilie âgée de 35 ans, Laurent, 33 ans, Camille 26 ans, le benjamin Benoit, 15 ans.

Roland est issu d'une famille polonaise de par son grand-père paternel (qui était alcoolique) et d'une mère canadienne indienne. A l'âge de 5 ans, il est « récupéré » par son père, dans un contexte où sa mère choisit de divorcer et l'abandonne, le mettant à la rue. Il m'évoquera que sa mère le « torturait » en attachant ses mains à des clôtures électriques pour animaux avec du sparadrap (ces supplices avaient déjà été vécus par sa propre mère qui les reproduisait). Son père, quant à lui, ne se remettra jamais de cette séparation, devenant alcoolique et violent à l'égard de Roland. Dans la recomposition familiale qui s'est opérée, entre le père de Roland et une autre femme, son propre fils se trouve comme seul lien familial, le chien de la famille (« *c'était un bâtard, comme moi, « c'était mon surnom* »). Ils dorment d'ailleurs tous deux, la nuit, dans une petite pièce du garage ou dans la niche. Son père sera déchu de ses droits parentaux suite au passage d'une assistante sociale qui constatera les violences subies.

Se sentant trahi, et n'acceptant pas la perte de la garde, son père le bat à mort. Il sort un couteau et, plein d'effroi, Roland tombe dans les escaliers qui descendent à la cave. Il fait plus de trois mois de coma et une rééducation de presque un an est nécessaire. Par la suite, il est placé en famille d'accueil. Il devient peu à peu, lui-même violent, agressif, délinquant et est muté dans les sections les plus difficiles d'une maison de correction, suite à une arrestation. Au collège, à 11 ans il est accusé injustement d'avoir volé dans une maison. À l'âge de 12 ans, il décide de fuir la famille d'accueil et se cache. Il part à Paris où il va rencontrer une « bande », dans laquelle il dit avoir subi des viols. Il devient à son tour, chef

de bande, braqueur, et « gigolo » (il se prostitue). Placé en maison de redressement, il se fait renvoyer et fuit à nouveau, mais à 15 ans, il est à nouveau interpellé et pris par la police, suite à de nombreux braquages. Devant le tribunal, le juge qu'il rencontre, dans sa clémence, le prend en estime et souhaite lui donner une chance, en lui faisant confiance. Il lui fait une proposition de rentrer dans l'armée. Parallèlement à tous ces évènements, il découvre le handball, dont il devient l'un des champions de France. Il dit : *« cela m'a permis de canaliser mon agressivité »*. En outre, au cours de ses rencontres, il découvre une institution qui s'occupe de toxicomanes et de SDF en réinsertion. Ces derniers le bouleversent : *« c'est eux qui m'ont fait découvrir un mot que je ne connaissais pas : l'amour, et ce, dans leur manière d'être »*.

Il y fait la rencontre d'un prêtre, musicien et artiste. Ce dernier le prend en affection, passant des heures à l'écouter. Roland, totalement athée, *(« chez moi, famille anarchiste et communiste où tout le monde divorçait, on bouffait du curé à longueur de journée »*), fait alors un chemin de « conversion » vers le catholicisme. Par ailleurs, il développe des activités de peinture et de sculpture. Son art se vend très bien. Dans ce même lieu, il fait la rencontre d'une jeune femme qui devient son épouse. Monique, sa femme s'inscrit dans une lignée familiale à l'opposé de celle de Roland. Elle est issue d'une famille de militaires dont le grand père a été décoré. Elle a fait sa scolarité au sein de la maison d'éducation de la légion d'honneur, puis des études littéraires, hypokhâgne et khâgne. Par la suite, elle se réoriente vers le métier d'éducateur. Ce que Monique me révèle - et dont son mari ne me parlera pas - c'est qu'en réalité Roland n'est pas son vrai prénom. Il s'appelle Bernard, mais il ne l'acceptera jamais, car il s'agit de son frère aîné, décédé à la naissance. Sa mère biologique n'a jamais accepté cette mort et elle a donné ce même prénom à son deuxième enfant.

À Paris, Monique commence à devenir enseignante, auprès d'enfants en difficulté, dans les banlieues. Elle dit : *« je n'ai rien contre mon milieu, mais je voulais découvrir autre chose que le monde auquel j'appartenais. »* Peu à peu, elle se rend compte du décalage entre ses valeurs et les jeunes. *« Par mon éducation, par exemple, je n'ai jamais été intéressée par la télévision …quand je voyais tout l'impact médiatique sur les jeunes et les désastres, j'ai décidé d'arrêter mon activité professionnelle »*. Là, elle fait une rencontre qui lui permet d'intervenir auprès de jeunes handicapés, toxicomanes et SDF. C'est dans cette institution qu'elle rencontre Roland. Elle lui donne des cours particuliers notamment de français. Elle découvre un jeune homme blessé, meurtri de la vie qui va la toucher. Il va s'ouvrir

progressivement par des confidences, lui, qui n'arrivait pas à poser un mot par peur récurrente de la trahison. Tous deux décident de se marier avec la crainte, pour Monique, que son futur mari, ne soit pas accepté, surtout en regard du milieu auquel il a appartenu. Finalement, cela ne posera pas de difficulté majeure. Tous deux migrent alors vers le Nord-Est de la France et ils fondent une maison d'accueil pour s'occuper de jeunes délinquants.
Ils se marient et ont quatre enfants : une fille aînée prénommée Émilie, qui est mariée avec 2 enfants ; un fils cadet, Laurent, marié avec 2 enfants ; la troisième, Camille et leur dernier fils, Benoit, de 15 ans.

Roland se vit comme étant « guéri » de ses traumatismes et ayant sublimé son passé traumatique par le biais du sport et par ses activités spirituelles et artistiques. J'ai pu suivre cette famille dans le cadre d'entretiens cliniques sur une période de trois ans. Au fur et à mesure des rencontres, j'ai découvert que Roland était en totale dissonance avec lui-même, dans le vécu au plan conjugal et familial et ce, depuis la naissance du premier enfant. Je peux émettre l'hypothèse d'un clivage de sa personnalité.

Lorsque Roland et Monique décident d'aller dans le Nord-Est de la France, pour s'occuper d'adolescents en difficulté, tout le monde est « mélangé » c'est-à-dire à la fois les jeunes accueillis et leurs propres enfants. Ceci n'est pas sans incidence et impacte le fonctionnement familial. C'est d'ailleurs ce qui commence à faire réagir les parents quant à une nouvelle organisation de la vie familiale, notamment à l'apparition de troubles psychosomatiques, principalement chez Camille. Elle devient anorexique et demande à être pensionnaire, ce qui est insupportable pour Roland. Lui qui a été abandonné et placé en foyer, il ne peut comprendre que sa fille veuille quitter la maison.

Les entretiens individuels que j'ai réalisés avec Émilie révèlent que, lorsqu'elle était enfant, et qu'elle vivait chez ses parents qui officient en tant que « famille d'accueil », certains jeunes l'ont attouché. Elle m'explique qu'elle en a parlé à ses parents, mais que Roland, son père, ne veut pas y croire. Néanmoins, à partir du moment où elle évoque ces attouchements, les espaces de vie se différencient : la maison est réservée à la famille, et un nouveau bâtiment est créé à côté et aménagé pour les jeunes accueillis qui y vivent et y dorment. Seuls les repas de midi se font dans la maison familiale. Il est à noter qu'à cette même époque, Camille (la troisième) manifeste un trouble anorexique.

Émilie, elle aussi, suite à des attouchements sexuels subis par un des jeunes accueillis développe un syndrome anxio-dépressif et une anorexie.
Roland est dans le déni complet du trouble de ses enfants. Pour lui tout ce qui relève du soin est inaudible. Seule les plantes soignent. Émilie voulant évoquer ce que ce jeune lui a fait, a été discréditée par son père, qui l'a traité de *« menteuse »*. En outre, Émilie me décrit qu'à cette époque, son père est dans une demande incessante de fusion avec elle et l'empêche même d'aller à l'école car il faut rester en permanence avec lui. Elle doit faire des travaux, notamment l'hiver, qui ne sont pas de son âge, elle doit porter des fagots de bois, faire le ménage en plein froid. Elle est giflée et reçoit des coups de pieds entre les jambes par son père. Roland la traite de « *sale pute* » et aucun garçon ne peut l'approcher tant il est jaloux.

Lorsque je rencontre Laurent, le fils cadet, il m'explique qu'il a été joueur de tennis professionnel et que *« papa ne supportait pas la faiblesse »*. Il fallait être un *« winner !»*. En conséquence, l'entrainement s'effectuait par des matchs de boxe, mais qui tournaient très vite au véritable combat : *« papa, à cette époque, avait une force énorme… il distribuait des coups de poing qui ne m'épargnaient pas »*. Lors d'un tournoi du classement ATP, Laurent perd la finale. Roland lui dira *: « sache une chose ! C'est qu'on ne termine jamais second dans ma famille »*. Il sera violenté et battu.

Se greffe chez Roland une carence abandonnique qu'il revit sans cesse. La naissance de ses enfants lui fait éprouver la peur de ne plus être aimé et d'être abandonné. Il en va de même pour les fêtes familiales : anniversaires, Noël, etc. Son épouse pourra dire *« tout doit être centré sur Roland »*. Roland présente une polyarthrite invalidante consécutives des violences vécues. Il n'arrive pas à dormir la nuit. Les douleurs le connectent toujours à la violence subie durant son enfance. Il vit des moments de haine et de rejet de son père. Il peut être impulsif, violent, par contre socialement, très apprécié et reconnu.

Il me semble important d'introduire ici la notion de « caregiving »[211] de Bowlby ou du « holding »[212] de Winnicott, c'est-à-dire la fonction du prendre soin, « qui organise les soins parentaux répondant aux besoins d'attachement de l'enfant ». Cette notion, notamment maternelle, a d'abord été comprise comme la transmission de l'attachement à la génération suivante. De nombreuses études ont été réalisées sur la transmission de l'attachement, et en particulier, le fait que les mères procurent un attachement sécure. Pour les enfants dont les

[211] Bowlby J. (1969), *Théorie de l'attachement*, *op.cit.*
[212] Winnicott D. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1999.

parents ont été désorganisés, s'occuper de leurs propres enfants, dérégule le système du « caregiving ». Cela réactive les craintes et les souvenirs traumatiques personnels de ces mères. En regard de mon exemple clinique, il est intéressant de constater la mise en place des défenses apparues chez Roland. Dans tout son désir de non reproduction, notamment de la violence, il a mis en place de la dénégation et de la mythomanie. Lorsque j'ai entendu parler (lors des entretiens individuels), ses enfants notamment les deux ainés, je constatais que Roland reproduisait exactement son vécu tout en leur disant chaque fois « ça se voit que vous n'avez pas connu ma vie ». Peut-on retrouver un autre élément s'organisant autour d'un système de « parentification » très précoce, notamment chez Emilie (sa fille ainée), avant même d'avoir vécu son enfance et son adolescence. « Moi j'en ai bavé étant jeune disait-il à sa fille, tu ne sais pas ce que c'est ! ».

Roland reporte l'idéal qu'il souhaitait être sur son fils aîné. Laurent, a ses 13 ans, devient un champion de tennis évoluant au niveau international. Il part en Espagne pour se préparer dans une grande école professionnelle de 10 jeunes où il travaille beaucoup pour en arriver à son niveau. Il est « coaché » par son père (Roland). Ce dernier, ne supporte pas l'échec, lui disant que dans sa famille, *« ça ne se faisait pas de ne pas réussir »*, et qu'il faut qu'il devienne un champion. Les entraînements se font (comme je l'ai décrit) par des séances de boxe. Pour parfaire les entrainements de tennis notamment s'il y a des exercices manqués, il y a des combats de boxe où Laurent prend de véritables coups et rentre à la maison familiale, le visage tuméfié et le nez ensanglanté. Quand sa mère découvre cela, souvent la réponse de Laurent est : *« je suis tombé par terre »*.

Laurent, comme Émilie, durant leurs entretiens individuels dévoilent de nombreux éléments de très grandes violences subies (psychiques et physiques) dans leur passé. Je mesure également qu'ils ignorent leur vécu réciproque et ne s'en parlent jamais. Ceci est valable pour chaque membre de la famille. Roland arrive à créer une situation de non-dits, ou chaque membre ignore le vécu de l'autre. Néanmoins, je suis surpris de la relation qui s'instaure entre moi et chaque membre de la famille. La parole est libérée en toute confiance. J'ai même le sentiment que chacun des enfants attendaient depuis des années de libérer ce joug. Il en est de même pour Monique. Les mots sont posés sans retenue et la relation transférentielle qui s'instaure est très apaisante pour tous les membres de la famille.

Laurent et Émilie sont très proches affectivement car ils se soutiennent depuis l'enfance face à la peur du père qui a un effet de sidération, rien que dans son regard. Tous

deux développent actuellement la même maladie rhumatismale (diagnostiquée il y a quelques mois). Tous ces évènements décrits se déroulent alors que Monique dit ne pas être au courant des violences. La majeure partie des actes posés, sont en son absence. Néanmoins l'épouse *« cautionne »* selon Émilie. Sachant et connaissant les crises colériques récurrentes et quotidiennes sur les enfants, Monique est dans la peur et même une protection de son mari. Cela induit de sa part une formation réactionnelle où elle dit sans cesse à ses enfants : *« il faut espérer… ne vous inquiétez pas… votre père a été traumatisé, il est en train de changer »*. C'est un système pervers dans lequel elle s'est enfermée et où les enfants n'osent même plus lui parler d'éventuelles violences. Ils ne se sentent pas entendus ni reconnus dans leur parole, encore moins protégés. Ils sont même discrédités et culpabilisés. La femme de Roland m'avouera au troisième entretien (et seule) qu'elle-même a été battue, tout en rationnalisant : *« c'était rare »*.

Roland fonctionne de manière mythomaniaque, démontrant un réel frein au processus de sublimation qui suppose quant à lui des mécanismes introjectifs. Au plan conceptuel, l'introjection (jeter à l'intérieur) se définit de manière générale comme l'inclusion fantasmée de l'objet, d'une partie de ce dernier, ou bien du lien à celui-ci. Elle sert de repère au moi pour l'appréhension de l'objet extérieur dont le détachement est alors possible. L'introjection est introduite par Ferenczi en parallèle à la projection (jeter à l'extérieur qui sera évoquée ultérieurement). Il dégage ce mécanisme de son travail clinique et l'utilise à des fins de diagnostic différentiel de structure ; entre névrose en psychose. Contrairement à la structure psychotique, qui crée un clivage avec le réel, l'introjection admet dans son moi une part aussi importante que possible du monde extérieur en en faisant l'objet d'imagination inconsciente. Par ce processus, le sujet atténue ses désirs insatisfaits ou impossibles à satisfaire afin de gérer sa frustration. Selon Ferenczi, « au fond l'homme ne peut aimer que lui-même, aime-t-il un objet, il l'absorbe ». L'introjection stigmatise un tout amour objectal et, par voie de conséquence, la notion même de transfert. Concernant les enfants, Ferenczi explicite que c'est un moyen par lequel s'élargissent ses intérêts. Par la suite, Freud reprend cette notion pour signifier combien le moi, introjecte les objets sources de plaisirs et externalise les objets du déplaisir. Dans *Deuil et mélancolie*, Freud définit l'introjection comme un mécanisme de défense, puisque l'endeuillé, pour éviter d'avoir à se séparer du mort, incorpore l'objet perdu.[213] C'est dans la dimension du fantasme que le sujet introjecte et ce processus, au-delà d'une défense, participe à un renforcement du moi,

[213] Freud S. (1915), *Deuil et mélancolie*, *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1981.

notamment comme l'évoque Abrahm et Torok, par « établissement d'un héritage psychique ». Je peux émettre l'hypothèse que l'introjection, au-delà de renforcer le moi, renforcerait le Sur-moi.

Lorsque j'entends parler Roland, je mesure combien, il introjecte des éléments recueillis par d'autres personnes (à commencer par mes mots lors des entretiens), pour en élaborer sa propre histoire. Il a besoin du vécu, de la pensée de l'autre, pour faire, ou être, comme cet autre. Vient ici se questionner la notion d'estime de soi. Au travers de l'observation des entretiens réalisés chez Roland, se dévoile une carence narcissique très importante, où il n'y a pas d'étayage suffisant pour se construire, associée à une dévalorisation sans cesse répétée et une non-acceptation de sa souffrance. Se surajoute une accumulation de haine, de colère, exacerbées et en permanence réveillées par projection d'attitudes, notamment des enfants, lorsqu'ils étaient petits et qui lui renvoyaient son propre vécu. Roland, au cours de conférences qu'il réalise, est un véritable « show man », un acteur, créant une « hyperesthésie » de son auditoire, dans sa manière de parler, sa prestance, dans l'utilisation de la rhétorique, par ses silences, par ses intonations, son jeu émotionnel. Il arrive véritablement à capter toute l'attention, induisant pratiquement des états d'hypnoses collectives, tant l'émotionnel est fort. Ce que mesure les enfants, et là où chemine aujourd'hui son épouse, c'est cette dissonance complète qui existe entre tout le discours de Roland sur son histoire de vie, et la réalité concrète dans le contexte intraconjugal et intrafamilial. Émilie n'a pu lire certaines parties, de son premier ouvrage, car *« tout n'est qu'interprétation »* me dit-elle. Il s'opère un véritable clivage de la personnalité, organisé autour du déni, de la mythomanie et de la dénégation. Cette notion clinique de clivage se retrouve dans la personnalité de chacune des situations que j'ai pu décrire.

Roland évoque clairement : « *jamais je n'ai battu mes enfants* », ayant toujours eu peur de reproduire ce qu'il avait vécu. Néanmoins Émilie prononce ces mots : *« moi aussi j'ai pris ce qu'on appelle des volées, et papa disait : tu ne sais pas la chance que tu as, toi tu ne les as jamais reçues »*. Dans la narration d'Émilie (la fille ainée), je découvre combien elle se pense mise à distance de son histoire notamment car elle a fait le choix de partir vivre loin de chez ses parents. Or elle a une haine profonde de son père. L'absence de sécurité affective de tous les enfants dévoile toute la limite au processus sublimatoire de chacun. Il existe une liaison sans cesse en lien avec la répétition, l'identification à l'agresseur.

Il y a également une projection de l'angoisse sur le conjoint ou les membres de la famille. Roland se sent incapable de s'occuper de ses enfants tant il est enferré dans ses angoisses abandonniques. Sa fille Émilie reproduit ce même schéma lors de la naissance de son premier enfant et ce, durant les premières années avec un désir de l'abandonner et des phobies d'impulsions *« de le jeter par la fenêtre »*. Laurent (le fils cadet), jusqu'aux 3 ans de sa fille ainée ne peut s'en occuper pour les mêmes raisons. Les deux filles de Roland font de la peinture et écrivent. Laurent lui a fait du sport à haut niveau. Toute la famille se dit croyante en la foi catholique. Or, toutes ces aptitudes, qui pourraient être conceptualisées sous des formes d'objets sublimatoires, ne sont qu'en fait des enjeux de répétition ou d'identification qui participent à la reviviscence du traumatisme et même à sa transmission. Ayant rencontré les trois enfants de Roland, Émilie, Camille, Laurent, je me rends compte que, chacun d'eux, développe les mêmes mécanismes de répétition. Le vécu paternel dans l'interaction avec ses enfants, permet une identification avec la transmission à la fois de sentiments de colère, de haine, de carence abandonnique. Ces affects très ambivalents répétés, sont la conséquence également de l'idéalisation « d'un mythe » qui a été construit autour de la personne de Roland. Chaque enfant pourra dire : « *papa est homme charismatique* ».

Roland, lui, revit l'événement traumatique sur trois registres :

- Le registre psychique : l'angoisse, la détresse, la peur de l'abandon
- Le registre somatique : les manifestations corporelles du stress ou de l'angoisse, à savoir : sueur, pâleur, sensation d'oppression, tachycardie, tremblements, etc.
- Le registre psychomoteur : des tensions corporelles générées par le stress pouvant provoquer des hyperalgies, des mouvements ou des immobilités.

Toute cette symptomatologie peut survenir spontanément, selon une dynamique inconsciente qui est purement singulière, ou en réponse à un stimulus qui rappelle le trauma. En regard des éléments évoqués, cela me questionne sur cette notion où il dit *« avoir pardonné à son père »*, d'autant qu'il a coupé durant des années toute relation. Sur cette période où Roland dit ne plus avoir de lien, ce dernier subsiste psychiquement, car Roland entretien presque tous les jours des pensées de haine à l'égard de son père. Il renoue contact avec lui juste avant sa mort. Pour autant, à chaque fois qu'il est dans ses douleurs et ses insomnies, il est toujours en lien par la colère et les angoisses. Roland ne semble pas du tout dans un processus d'acceptation de son vécu. En outre, j'ai découvert une personne, qui,

derrière une passivité apparente, est en fait, très nerveuse, colérique à la moindre occasion. Dans l'incapacité parfois de gérer sa frustration, il peut s'énerver pour un rien, avec un « regard noir », que tous les enfants ressentent comme étant terrifiant.

Il existe une affiliation familiale très délicate, voire perverse, avec un processus de différenciation très difficile à établir, et une identification paternelle sans cesse mise en avant. Roland renvoie à ses enfants l'idéal de ce qu'il a toujours voulu être lorsqu'il est sorti des chemins de la délinquance, des bandes et des voyous. On retrouve chez lui un processus d'abréaction avec des manifestations d'alexithymie. Ces mêmes observations sont faites chez les enfants suivant les périodes de vie et encore aujourd'hui pour certains. Laurent me dit même qu'un jour, après un événement très contrariant qui s'est passé chez lui, il prend la voiture et passe de *« 0 à 100 en partant dans la montagne »* en ayant envie de se suicider. Ayant interrogé Roland (son père) sur *« ses passages à vide et ses angoisses »,* je vérifie le même état émotionnel ; il prend la voiture, il va dans la montagne témoignant des mêmes conduites à risque, voire conduites suicidaires. Je souhaite ici revenir sur cette part d'idéalisation des enfants à l'égard de leur père qui s'inscrit également dans la répétition : au travers du phénomène de médiatisation, les enfants éprouvent un mélange d'affects à la fois d'agressivité et une volonté de vouloir le rejoindre dans son histoire de vie qui serait exemplaire (surtout les deux garçons). En maintenant ce type de lien à ses enfants Roland crée une légitimité à être aimé par ses enfants face à ce qu'il a vécu de manière traumatique et donc un accès inconscient dans lequel il cherche le remboursement d'une dette de l'amour qu'il n'a jamais reçue. Il maintient ses enfants dans l'angoisse sans cesse par des menaces suicidaires qui sont très prégnantes notamment lors des fêtes familiales (Noël, les anniversaires des enfants). Cette perspective clinique me fait associer le concept de dons et de dettes relationnelles étayer par les apports théoriques de Nagy. Je réalise que dans la loyauté que Roland entretient avec le souvenir de son père notamment par la violence, l'angoisse est un symptôme qui est un facteur qui déclenche l'irritabilité, la colère voire le passage à l'acte. Face à un tel héritage et fonctionnement, il ne peut se créer de processus de différenciation et tout ceci se transmet à ses enfants, qui, eux-mêmes, semblent transmettre ces mêmes angoisses aux petits-enfants (que j'ai pu rencontrer) tout comme la violence.

Aussi, il me semble important d'envisager l'analyse **du traumatisme comme rencontre entre conflit intrapsychique et conflit de loyauté.**

Les principes de loyauté ne sont pas emprunts à la psychanalyse, à la fois, dans cette situation clinique ils peuvent être intéressant à analyser dans une perspective transnosogrpahique de ma problématique sur le traumatisme ; entre-autre pour évoquer la transmission transgénérationnelle. Dès les débuts de la psychanalyse, le conflit intrapsychique est au cœur de la théorie des névroses. Les névroses résultent d'un conflit psychique dans lequel le sujet est confronté à des exigences pulsionnelles internes. Ce conflit peut être la résultante d'une lutte entre un désir et une exigence morale ou deux désirs contradictoires, ou latents, au niveau des instances psychiques (le ça, le moi, le surmoi). Il peut s'exprimer au travers du symptôme, du trouble du comportement, du caractère. Mais ce conflit psychique est inhérent, selon Freud, à la vie psychique du sujet, tout comme peut l'être, selon Boszormenyi-Nagy et Spark, le conflit de loyauté qui est inhérent à la vie. Pour Freud, le conflit psychique s'exprime à travers l'acte manqué, le lapsus, le rêve, le symptôme. Ce sont des compromis qui s'inscrivent dans une perspective d'adaptation du sujet à la réalité. Le conflit de loyauté peut se décrire comme la perversion d'un contrat narcissique à son avantage pour créer une alliance avec l'enfant. Il peut être fondé. Le cadre de mes expertises me l'amène souvent en regard de diverses dimensions :

La complicité aliénante des parents pour « s'approprier » l'amour de l'enfant, dans les cas de conflits conjugaux. Dans le cas de gardes par exemple, cela pèse d'autant plus que le ou les parents demandent à l'enfant de choisir chez lequel de ses deux parents il souhaite vivre. Un autre exemple est l'enjeu du « secret » dans les cas d'inceste. Le témoignage en est rendu très délicat, l'enfant peut revenir à plusieurs reprises sur ses déclarations par peur de trahir le parent et de perdre son amour.
Face à ces situations, Kaës évoque le « pacte dénégatif » : il s'agit du discrédit que jette un parent sur l'autre parent et le clivage qui en résulte entre le « bon » et le « mauvais » parent. Le concept de loyauté est intéressant à étudier dans ses sources. Il s'enracine dans les fondements paradigmatiques du don/contre-don de Marcel Maus [214]. C'est ce fonctionnement que je retrouve et décris chez Roland. Ce dernier par exemple tient la famille dans l'angoisse par ses menaces suicidaires. Aussi les enfants se sentent redevable de ne jamais le décevoir et de répondre toujours à ses attentes.

La théorie maussienne du don/contre-don n'est pas une théorie ordinaire de l'échange. Elle s'intéresse au fonctionnement des relations d'échange établies et

[214] Mauss M., « Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *L'Année sociologique*, Paris, PUF, 1923-1924.

ininterrompues dans le temps, qui admettent, dans leur régulation, des déséquilibres et des décalages temporels entre ce qui est donné (le don) et ce qui rendu (le contre-don) sans pour cela mettre en péril l'engagement des parties prenantes. Ce lien est ce qui unit l'acte de don au contre-don et sa pérennité autant que sa protection constitue un moteur d'action et d'engagement quotidien dans une démarche inter-humaine. L'échange repose sur trois dimensions : donner, recevoir et rendre. Il existerait une interdépendance dans ses trois gestes qui s'articulerait sous la forme d'une circularité. Marcel Mauss, anthropologue, a étudié les sociétés primitives en regard de la notion du don et du contre-don au travers de son écrit : *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Il y conceptualise la relation d'échange établie dans le temps à travers l'expression de « phénomène social total ». Selon lui chaque échange doit être compris comme un « tout », c'est-à-dire comme un système global encastré dans des dimensions dynamiques et interdépendantes d'ordres symbolique, identitaire, social, affectif, relationnel, etc. propre à l'espace considéré. Le sujet s'inscrivant dans ce type de relation est engagé subjectivement, socialement, symboliquement, affectivement.

Mauss ajoute que donner, recevoir et rendre ont un caractère obligatoire dans la mesure où le système du don et du contre-don est constitutif du lien social. Pour Mauss : « refuser de donner, négliger d'inviter, comme refuser de prendre, équivaut à déclarer la guerre ; c'est refuser l'alliance et la communion »[215] . S'agissant du sujet, ce raisonnement considère que l'individu, investi dans la relation, cumule à la fois des comportements affectifs, de calcul ou encore de désintérêt. Mauss définit l'échange de type don/contre-don à partir de différentes dimensions. Selon l'auteur, il comprend à la fois, une dimension où adviendrait un intérêt (lutte d'honneur, intérêts économiques, etc.) et un désintérêt : les acteurs sont conduits à renoncer à leurs intérêts immédiats au nom du lien. Il inclut également une dimension d'obligations. En effet, des obligations de toutes sortes pèsent sur la relation où chacun décide du moment où il donne et de l'initiative du pas fait vers l'autre. L'entrée par le don oblige, pour comprendre ce qui se joue et s'échange dans une relation, à considérer les spécificités de l'espace investi par les acteurs. Comprendre une relation d'échange durable, son enjeu, la manière dont elle s'organise, la façon dont l'individu s'y trouve engagé, passe par une nécessaire analyse de la conscience du milieu d'encastrement, c'est-à-dire par une appréhension du « tout » qui inclut : les traditions, les valeurs, les règles, la culture, l'histoire, les symboles, les référents de l'action mais également un enchainement

[215] *Ibid.,* p. 162.

de dons.

Derrida reprend la question du don dans « Donner le temps ». Il critique *l'Essai* de Mauss : « L'essai sur le don de Mauss parle de tout sauf du don : il traite de l'économie, de l'échange, du contrat, de la surenchère, du sacrifice, du don, du contre-don, bref, de tout ce qui, dans la chose même pousse au don et à annuler le don »[216]. Pour Derrida, le don doit échapper à la circularité. Le propre du don est de rompre avec le système mercantile de l'échange, une logique du don, du contre-don et de la dette. Derrida pose ici la question d'une forme de gratuité du don, qui appellerait à ne rien attendre en échange, en retour. Existerait-il un don pur, gratuit, qui serait un abandon total ? Le don ne doit pas apparaître au donateur car si celui-ci le voit, il commence « à se payer d'une reconnaissance, à se féliciter, à s'approuver, à se gratifier, à se congratuler, à se rendre symboliquement la valeur de ce qu'il vient de donner »[217]. Néanmoins dans la plupart des cas, il semble que l'analyste se situe souvent dans le cercle de l'échange dans le sens où, il récupère d'une manière ou d'une autre ce qu'il donne et ce, de manière imaginaire. Lacan, dans les *Écrits*, évoque cette « dette imaginaire », la différenciant de ce qu'il nomme la « dette symbolique ». L'une est presque l'opposée de l'autre. La dette symbolique est le refus de la vie comme don. La vie est donc un dû, dans lequel se greffe la dette de la culpabilité pour laquelle il faut s'acquitter du prix de sa propre vie. Le sujet n'est alors jamais à la hauteur du don et cela entretient sa culpabilité, l'enferme dans un processus mortifère d'une dette jamais remboursée qui fonctionne comme un interdit à pouvoir vivre. La dette imaginaire quant à elle, est une dette originelle dans le sens ou l'être humain doit sa vie à quelqu'un d'autre que lui-même. Ici il n'est pas question de dette sinon de transmission de ce qui a été reçu.

Cette notion de don, contre-don et dette, est reprise et largement développée par Ivan Boszorményi-Nagy [218] (avec à sa suite son épouse Catherine Ducommun-Nagy[219], mais aussi, Pierre Michard[220]). Il développe le courant des thérapies intergénérationnelles dans le cadre d'une approche dite contextuelle. Il vient poser le paradigme d'éthique relationnelle. Il s'agit pour le paraphraser, de « la juste répartition des mérites, des bénéfices, et des obligations ». Le contexte, quant à lui, est « l'ensemble des éléments qui constituent la trame

[216] Derrida J., *Donner le temps*, Paris, Galilée, 1991, p. 27.
[217] Derrida J., Donner la mort, *L'éthique du don*, Paris, Métalité-Transition, 1992, p. 91.
[218] Boszormenyi-Nagy Y., « La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle », *Dialogue*, 1991, 111, pp 10-20.
[219] Ducommun-Nagy C., *Ces loyautés qui nous libèrent*, Paris, Lattes, 2006.
[220] Michard P., *L'approche contextuelle*, Paris, Mousset, 2005.

des relations interpersonnelles dont chaque individu tire ses ressources »[221]. Il définit un livre de comptes. Il s'agit, « d'un solde, d'une balance entre la somme de ce qui est donné et les dettes, chez chacun des partenaires »[222]. Nagy explicite, qu'une fois que les parents ont pu acquérir leur légitimité aux yeux de l'enfant, ce dernier se devra de se montrer loyal, pour rembourser sa dette envers eux par rapport à l'aide apportée. Ce sont donc tous les enjeux de dons et de dettes qui peuvent se passer parfois entre parents et enfants. C'est dans le désaccord que s'inscrit le conflit de loyauté. Monique et tous les enfants, malgré leur vécu m'ont dit : *« nous n'avons jamais parlé, car nous avions peur de la réaction de papa et notamment qu'il se suicide »*.

Concernant la loyauté, Catherine Ducommun-Nagy explique :

> « Dans la vie de tous les jours, nous passons beaucoup de temps à examiner si les membres de notre famille et des personnes qui nous entourent sont dignes de notre confiance. C'est la capacité que nous avons de garder en mémoire les contributions des autres, d'en tenir la comptabilité et de tenir nos engagements qui est la caractéristique de notre humanité »[223].

Ce sont tous ces éléments cliniques que je constate au sein de la famille de Roland. Se retrouvent de nombreux fantômes qui planent sur la famille. En outre, eu égard à la clinique psychanalytique et à l'instar de ce que décrit Freud, je peux évoquer l'idéal du moi des quatre enfants. Il s'inscrit dans l'idéal moïque de Roland. Dans le processus de reproduction, on peut voir que chaque enfant a voulu rejoindre ce qu'est Roland par des principes de loyautés, générant des difficultés quant au cheminement vers un processus de différenciation. S'analyse dans cette perspective les théories de l'attachement selon Bowlby, qui doivent permettre d'établir, en principe, un lien de sécurité affective, dans la relation, qui se co-construit avec la figure d'attachement. Cela a été difficile notamment pour les deux premiers enfants de Roland. Après leurs mariages, Émilie et son mari viennent habiter dans une grande bâtisse à côté de la maison familiale. Cette maison est en permanence « contrôlée » par Roland. Les couples n'ont le droit de rien faire sans son avis, même accrocher un tableau au mur. Le processus d'autonomisation est alors massivement entravé. Roland est toujours en train de vérifier ce que font et la belle fille et le gendre. Si cela ne convient pas il se met à crier. Un jour il menace son gendre avec une hache car ce dernier n'a pas bien rangé du bois.

---

[221] Boszormenyi-Nagy Y., « La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle, *op.cit*, p15.
[222] *Ibid.*
[223]Ducommun-Nagy C., *Ces loyautés qui nous libèrent, op.cit., p39*

Lorsque j'interroge les enfants de Roland, j'apprends que, pendant leur enfance, la plupart du temps la maltraitance et/ou violence, se produisait en l'absence de la mère. Il fallait que chacun d'entre-deux mente à leur mère et invente quelque chose pour ne pas trahir le père. Monique est elle-même sous le joug de la peur de son mari. Lorsqu'elle a un rapport privilégié avec l'un de ses enfants, par exemple lors du bain, Roland intervient pour tout arrêter, car il se sent jaloux et abandonné par une femme qui aime ses enfants et non lui. Le lien d'attachement dit *sécure* repose sur l'engagement d'une figure protectrice sur laquelle l'enfant peut compter, sur un processus relationnel au sein duquel il ne sera pas déstabilisé et ne craindra pas d'être abandonné. À nouveau, lorsque je relis le témoignage des enfants, je mesure la prégnance de cette angoisse abandonnique et combien les enfants ont été désavoués, discrédités dans leurs compétences et dans leur souffrance. *« Vous ne connaîtrez jamais ce par quoi je suis passé. Vous ne mesurez pas la chance que vous avez ! »*, répète Roland sans cesse, en les frappant. Il reproduit en grande partie ce qu'il a lui-même vécu, et notamment avec les deux premiers enfants qui ont été victimes des plus grands sévices. Il a instauré un attachement anxieux-dépendant avec les quatre enfants. L'identification à l'agresseur et la compulsion de répétition règnent en maître. *« Tous les repas de Noël étaient de véritables cauchemars »* me confient chacun des membres de la famille, car Roland revisite l'abandon dont il a été l'objet. Il est triste, angoissé, agressif et fait « payer » cela à toute la famille. Deux enfants me diront : *« l'an dernier ce fut la première fois que cela s'est à peu près bien passé, il n'est pas parti et il a souri… »*. Il en est de même pour son anniversaire, qu'il ne fête jamais car il revit des angoisses majeures. Pourtant, Roland est dans une non-reconnaissance de sa souffrance, un déni de son angoisse. Il est persuadé que tout va pour le mieux : *« Mes enfants sont tous formidables et ils ont eu une vie heureuse »*.

Muni de ces différents éléments cliniques, je me suis penché sur le « sens » des divers témoignages publics de Roland. Il fait des conférences, mais il s'agit d'une narration de sa vie non symbolisée, qui ne peut créer une autre dynamique existentielle, si ce n'est de la répétition. Après chaque conférence il vit des moments de forte angoisse et doit absolument s'isoler. Roland prononce souvent ces mots : *« mais moi je les comprends, ceux qui souffrent »*. Chaque fois qu'il rencontre des jeunes qui ont une histoire de vie douloureuse, il leur dit *« achète ou lis mon livre »*, et son épouse de me dire en surenchérissant : *« il fait du bien »*. Au travers de l'altruisme constaté chez Roland, on retrouve cette notion de capacité à vouloir donner et aider mais en introjectant quelque chose de douloureux et de malheureux, qui répète le traumatisme.

En effet, le traumatisme convoque un évènement qui fait effraction dans la psyché de la personne. La singularité humaine fera réponse de manière unique à cet épisode de bouleversement existentiel. C'est pourquoi, si l'on peut trouver, une sémiologie clinique commune et mieux percevoir l'autre, ce n'est pas pour autant que l'on peut l'accompagner sur les mêmes niveaux personnels sous « prétexte » d'un même vécu. Cela nécessite à mon sens une mise à distance de sa propre existence pour arriver à dissocier sa part de traumatisme et la part, de cet autre, qui se verra vécu différemment. Le clivage est donc très opérant.

La sublimation permet de cheminer vers quelque chose d'autre, de donner « sens », de symboliser cette souffrance en partant vers une nouvelle route rendant possible un minimum d'introspection. Dans le cas que je présente, des étapes seraient à remettre en question. Il existe de nombreuses répétitions et des mécanismes de défense en place qui font frein au dépassement traumatique. C'est ici que l'on pourrait formuler l'éventualité, que tout le monde n'a peut-être pas cette capacité à surmonter certaines épreuves de la vie ou à sublimer. C'est la dimension traumatique qui donne consistance narcissique à Roland. Mais cela ne le tient pas psychiquement. Ce qui jalonne tout le discours de Roland, c'est cette notion *« d'enfant insuffisamment bon »* qui fait passage transgénérationnel, au travers de ses enfants, avec une dévalorisation systématique *(« tu ne vaux rien, … sale pute »* s'adressant à Emilie, ou d'autres insultes aux autres). Il discrédite toute une partie de leur existence et de leur être. Lorsque Roland dit à son fils cadet qu'on doit toujours être parfait, il le place en situation de « non-échec » : *« on n'a pas le droit à l'erreur dans notre famille »*. Tout ce discours n'autorise personne à exister et ne permet pas un apprentissage par les expériences douloureuses ou les difficultés.

Il a « tricoté » un système anxiogène, autour de lui, mettant ses quatre enfants dans une peur de se tromper. De cette manière, cela permet la mise en place d'un système familial défensif où il « tient » la famille de façon perverse. Le chantage au suicide récurrent, les violences physiques et verbales, le fait que personne ne puisse approcher ses enfants, permet à Roland d'exister sans que personne ne se doute qu'il est dans l'inefficience partielle de la sublimation. Roland créé « un collage affectif et émotionnel » de par ses attitudes et il ne permet pas à la différenciation des enfants de s'opérer.

Selon la théorie du psychanalyste Murray Bowen, la famille est un système émotionnel dans lequel il existe une interdépendance. Apparaissent des dysfonctionnements

en lien avec un processus d'indifférenciation voire même d'une fusion qui est parfois recherchée. L'individuation est délicate à opérer. Pour Bowen, « le niveau de base de différenciation ne peut se fixer qu'au moment où le jeune adulte s'installe hors de sa famille d'origine » [224]. Bowen explique que la différenciation des enfants dépend elle-même du processus de différenciation connu par les parents. Dans ce cadre-là, il s'est intéressé à la transmission transgénérationnelle de l'angoisse. Elle est le corollaire du degré de différenciation :

> « le phénomène de l'onde de choc émotive, se constitue de réseaux d'événements importants pour l'existence des gens, et qui surviennent de manière sous-jacente, à n'importe quel endroit du système familial, étendu et après coup, c'est-à-dire au cours des mois ou des années qui suivent les événements émotifs importants dans cette famille » [225].

Selon l'auteur, c'est la mort qui serait le plus souvent la passe de l'onde de choc émotive. Ce qui ferait limite à la sublimation serait, entres autres, un enjeu intrafamilial avec une reproduction d'un environnement insécure qui a plané à la fois sur la relation conjugale et sur les enfants. Cela s'est manifesté par un stress permanent, de l'angoisse mortifère, des chantages au suicide. A l'instar de Bowlby, Abraham et Torok[226] décrivent pareillement la figure d'attachement en premier lieu comme étant la mère. Les fantômes, secrets ou cryptes, fragilisent ce lien par de l'émergence anxieuse et donc insécure.

Chez Roland, on retrouve certains fantômes qui planent sur la famille. Roland porte le prénom de son frère ainé mort à la naissance. Laurent, son fils cadet, porte le prénom du frère de son épouse, mort à 30 ans d'une tumeur au cerveau. Le discours de Roland, est très réitératif ne cessant d'exprimer à ses enfants qu'ils ne vivront la maltraitance que lui a connu. Roland a créé au niveau de la famille un système de dettes. Sa femme exprime souvent aux quatre enfants : *« avec ce que votre père a vécu, c'est normal qu'il se comporte ainsi… mais il change »*. Son épouse et tous les enfants, malgré leur vécu me diront lors des entretiens : *« nous n'avons jamais parlé, car nous avions peur de la réaction de papa et notamment qu'il se suicide »*. Roland semble « tenir » la famille dans un lien de peur. Pendant des années, il vérifie chaque fois cette capacité à ne pas être abandonné pour voir si les gens vont être avec ou contre lui. Les aptitudes artistiques (peinture, sculpture) que Roland utilise sont une manière pour lui de construire tout un étayage de fascination autour

---

[224] Bowen M., *La différenciation de soi*, Paris, ESF, 1984, p. 34.
[225] *Ibid.*, p. 44.
[226] Abraham N., Torok M. (1976), *L'écorce et le noyau*, *op.cit.*

de lui à la recherche d'un amour qu'il n'a jamais eu mais qu'il essaie de réparer par une reconnaissance sociale.

Sur le plan intrafamilial, toute la part du « chantage » au suicide est un moyen pour lui de garder une alliance avec tout le monde par le silence, et toute la famille se rend loyale à ce processus. Lorsque j'évoque le signifiant « chantage », il s'agit d'un « générique » regroupant tous les mots qu'il a pu renvoyer à son épouse, à des enfants, leur disant : « de toute façon vous ne m'aimez pas, je vais me suicider…vous ne cherchez que ça, etc… ». Dans des actes plus concrets que m'expliqueront sa fille ainée et sa mère, le fait d'avoir cette première naissance vient revisiter cette notion d'abandon personnel, où Roland partira quatre jours tout seul sans donner aucune nouvelle, suite à l'accouchement de leur fille ainée. Entendant l'expression des angoisses de Roland, j'ai le sentiment d'un morcellement complet de la pensée avec des éléments relevant de l'horreur. Tout l'amour familial donné serait un amour « nourricier », en regard d'une carence insatiable, d'une béance narcissique par rapport à des attentes sans fin. Cela pourrait être une légitimité en regard de ce qu'il a vécu et un accès inconscient dans lequel il cherche le remboursement de cette dette de l'amour qu'il n'a jamais reçu.

2.2 Christine

Christine m'est adressée par un psychiatre. Elle présente un syndrome anxio-dépressif majeur. Elle a des idées suicidaires. Se surajoute une grande culpabilité car elle a trompé son mari avec un homme rencontré dans un bar à Paris, et cela lui pose un dilemme moral car elle n'assume pas du tout l'acte qu'elle a posé. Elle dit *« se détester. »* Elle refuse absolument tout traitement antidépresseur. Par contre, elle est demandeuse d'une prise en charge psychothérapeutique. Elle viendra deux fois par semaine en séance notamment au départ compte-tenu de sa souffrance psychique qui est majeure.

Christine est issue d'une famille parisienne. Sa question centrale est l'abandon. Ce système abandonnique se reproduit sur les trois générations : aussi bien du côté de son père que du côté de sa mère. Le père de Christine souffre de l'absence de ses parents, très investis dans un café à Paris. Il dit qu'on ne s'occupe jamais de lui. Il surinvesti ses études pour être à la tête d'un grand groupe industriel et président d'un club de foot parisien. Il présente une addiction aux jeux et aux femmes. Du côté maternel, les grands parents sont tous deux dépressifs et Christine décrit une mère qui a eu un diagnostic de psychose maniaco-

dépressive, non traitée. Cette dernière a exercé comme professeur d'anglais et dans le mannequinat. Toute la famille est de confession juive. Christine se définit elle-même comme étant *« juive, mais athée »*. Il y aura dans la fratrie, tout d'abord un premier enfant mort à la naissance, puis très vite un autre frère. Cinq ans après, nait Christine. Au plan relationnel, tous les liens qu'elle peut décrire sont violents, avec ses propres parents, son frère qu'elle décrit comme « fou ».

Christine réalise une scolarité brillante : Khâgne et hypokhâgne, puis l'école de journalisme. Elle travaille à la télévision tout en faisant du mannequinat. Aujourd'hui Christine est mariée avec un homme depuis 10 ans, chef d'entreprise (comme son père). Ils se connaissent depuis 13 ans. Elle ne peut pas accepter son beau-père (70 ans) qui participe à *« des soirées échangistes et des partouzes »* dit-elle. Un enjeu de répétition d'inscéurité voire d'angoisse est manifeste car Christine peut signifier que l'attitude de son beau-père et que celle de son mari fait réveil de ce qu'est son propre père. Le mari de Christine peut dire également être attiré par ce type de pratiques.

Christine et son époux ont deux enfants, un garçon de 8 ans et une fille de 6 ans (ayant des prénoms juifs). Elle décrit une enfance très compliquée, mortifère, la qualifiant même de « pourrie ». A la question : *« que me diriez-vous de votre enfance ?* », elle me répond : *« petite déjà j'avais des soucis, j'ai fait pipi au lit jusqu'à 14 ans. Je me sentais dépressive, j'avais des colères de manière inexpliquée* ». « *J'étais tout le temps dans la peur, je me tapais. En fait, j'avais peur de mon père qui me frappait très fort et m'enfermait dans le noir dans un placard* ». Le père de Christine est très violent. En tant que président du club de foot il manifeste chaque fois son désir, explique Christine, de sa présence aux match (elle est adolescente) pour faire « *potiche en regard de son physique de mannequin* ». Son père n'a de cesse de lui dire qu'elle est belle. Elle décrit un père « *qui la manipule … J'étais sa devanture, comme une pute !* ».

Elle dévoile dans son discours des parents qui se moquaient d'elle, la dévalorisent sauf physiquement : *« j'étais régulièrement oubliée à l'école, je ne me sentais pas aimée, sauf de mon frère en tant qu'objet ... »*. Pour se faire remarquer : *« j'ai tout essayé…J'ai même fait croire que je me droguais pour que l'on s'intéresse à moi »*. Elle décrit de nombreux *« trous de mémoire »* notamment avant 12 ans. Ses liens avec sa mère sont très douloureux et conflictuels : *« Ma mère était folle, elle hurlait à la maison, disant qu'elle voulait se foutre en l'air … Elle m'a frappée jusqu'au collège avec un nerf de bœuf* » (nerf

de bœuf qu'elle m'amène en séance car elle l'a conservé). Elle poursuit en disant : *« Mon frère aussi me battait régulièrement »*.

Au sein de la maison il n'y a aucun espace intime puisque toutes les portes doivent rester ouvertes pour que n'importe qui puisse rentrer dans l'espace. *« Mes parents laissaient ouverte la porte de leur chambre, ils étaient nus, ça ne leur posait aucun souci de faire l'amour et de crier devant moi »*. La violence était au quotidien : *« mon père hurlait après ma mère pour un rien. Elle lui jetait ce qui lui venait sous la main »*. Christine peut décrire une insécurité permanente. Elle m'évoque des troubles psychopathologiques jeune : *« déjà toute petite j'avais des visions, j'entendais des trucs, j'avais 6,7 ou 8 ans… C'est dans ce cadre-là, que j'ai pris un jour un couteau et me le suis planté dans le ventre »*.

Les entretiens mettent en évidence combien Christine manifeste un type d'attachement à la relation très insécure et à la fois ambivalent avec de nombreux affects de tristesse, des peurs, des hallucinations auditives, des troubles psychosomatiques comme l'énurésie. Peu à peu, la complexité de sa problématique se découvre à moi et m'inquiète.
« *J'ai toujours vécu avec la haine de mes parents, de mon frère et des idées de vouloir mourir. À la fois, de temps à autre avec ma mère nous étions fusionnelles. Elle se retrouvait en moi. Elle m'habillait et me maquillait pour me faire faire des photos de mannequinat.* »
Depuis l'adolescence, Christine met en place des stratégies comportementales, comme moyen d'apaisement de l'angoisse.

Son histoire familiale laisse place à de nombreux traumatismes liés à l'abandon, les humiliations, les discréditations, dont elle parle sans cesse, les violences de son père, de sa mère et de son frère, les préférences parentales à l'égard de son frère, le décès de ses parents qui vient d'avoir lieu un an auparavant le début des séances. La dimension abandonnique et anxieuse traverse les générations depuis les grands-parents maternels et paternels. Il en est de même pour les fragilités psychiques notamment dépressives qui touchent les deux grands-parents maternels et un trouble bipolaire du côté maternel. La relation transférentielle est un soutien et une aide, en tout cas lors des premiers mois d'entretiens. Elle s'appuie énormément sur l'espace psychothérapeutique pour, selon sa formule : *« vider son sac »*. Elle peut signifier clairement *« se sentir en confiance »*. M'évoquant le viol, elle dit : *« c'est la première fois que j'en parle à quelqu'un, tout comme ma vie d'ailleurs »*. Cette patiente, dans la relation thérapeutique, expérimente une place de sujet là où elle décrit être un objet dévalorisé toute sa vie, comme sa mère par ses propres parents. Néanmoins, elle ne se situe

pas dans ce registre avec les autres. Il semble que la confiance s'instaure peu à peu. Au fur et à mesure des séances, ce climat d'apaisement intérieur parait se pérenniser, là où Christine ne connaît que l'insécurité affective et relationnelle depuis son enfance. L'attachement qu'elle développe dans la relation transférentielle est presque de l'ordre du sentiment amoureux, ce qui lui permet dans cette nouvelle expérience de sécurité affective de s'autoriser à être et à dire. Les séances de Christine soulignent les enjeux de repérage clinique qui déterminent le concept de trauma comme facteur de transmission intra-psychique.

L'abord du principe de constance ou d'homéostasie est important à comprendre avant d'aborder le chaos qu'occasionne le trauma. Comme tout organisme vivant, l'être humain a une forte propension à vouloir maintenir constante sa tension intérieure. Il s'agit du principe de constance, l'analogie au principe d'homéostasie au plan physiologique. Les conduites et les mécanismes psychiques allant dans le sens d'un évitement de toute tension nouvelle, ou de sa réduction, seront préférentiellement recherchés, si la tension n'a pu être évitée. C'est le principe de plaisir : notion élaborée par Gustav Fechner[227] et reprise par Freud en 1920[228]. Mais si initialement l'enfant recherche la décharge immédiate, il apprend progressivement à la différer pour qu'elle ne soit pas dangereuse à sa survie, mais au contraire source d'une plus grande satisfaction. Il s'agit de l'acquisition du principe de réalité, pour lequel l'entourage joue un rôle essentiel, et dont je peux constater qu'il n'est qu'une forme d'aménagement, pour les besoins et la qualité de la survie, du principe de plaisir et non son opposé. L'enfant apprend également qu'un accroissement de tension peut être source de plaisir s'il constitue le préliminaire à un plus grand plaisir en permettant l'anticipation de la décharge ultérieure, comme ce sera le cas pour le coït et les plaisirs sexuels préliminaires.

Il est essentiel d'évoquer le syndrome de répétition[229]. Il s'agit d'un ensemble de manifestations cliniques par lesquelles le sujet traumatisé vit intensément de manière inconsciente et de manière itérative, son expérience traumatique. Je me réfère ici à la névrose actuelle. Elle présente une double perspective au plan nosographique et pathogénique. Freud la nomme en 1898 en référence à la névrose d'angoisse qu'il segmente de la neurasthénie de Béard en 1895. La névrose actuelle se caractérise par une genèse de la source d'excitation

---

[228] Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, PUF, 2010.
[229] Freud S. (1914), *Remémoration, répétition et perlaboration*, *Œuvres complètes*, Paris, PUF, 2004.

qui occasionne le trouble, dans le domaine somatique, et non pas, comme dans l'hystérie et la névrose obsessionnelle, dans le domaine psychique. La symptomatologie de Christine s'inscrit dans ce cadre.

Par ailleurs, ce qui me parait très délicat à faire évoluer chez Christine, c'est cette dimension de « victimisation » où elle semble exister autour de son traumatisme et répéter également le vécu maternel et celui de sa grand-mère maternelle qu'elle décrit comme « *des femmes qui n'ont de cesse de se plaindre* ». Néanmoins, j'ai eu le sentiment qu'elle tenait debout grâce à son passé. *« Moi, j'ai souffert, personne ne peut me comprendre »*, dira-t-elle, et ce, de manière renouvelée. Je m'interroge quant à sa personnalité. Dès les premiers entretiens et durant les deux premiers mois, je m'interroge sur sa structure. Certains éléments de sa sémiologie clinique me feraient envisager l'hypothèse d'un état-limite. La sémiologie clinique est très polymorphe. Je retrouve :

- Des traits hystériques : Notamment dans des attitudes de séduction, sa manière de passer sans cesse sa main dans les cheveux pour les faire basculer d'un côté de sa tête puis de l'autre.
- Des traits obsessionnels : Des idées obsédantes sont présentes notamment face à la propreté, qui dénotent un caractère sadique anal.

Des manifestations psychotiques se traduisent par des ébauches délirantes comme une voix qui parle.

-Des manifestations pseudo-psychopathiques où Christine semble dominée par la dépendance anaclitique (elle peut passer des heures la nuit sur internet) et l'incapacité à tolérer la frustration provoquant le recours à des satisfactions orales primitives régressives (tabac, médicaments). Il existe une tendance à la mise en acte et au passage à l'acte qui facilitent la décharge et sidèrent la pensée. Je pense ici au fait de s'être plantée un coup de couteau à l'âge de 8 ans.

La relation transférentielle[230] qui sera opérante d'emblée et très vite dans une identification amoureuse permettant d'autoriser la parole, va peu à peu vaciller et tendre à s'éprouver durant la séance avec des enjeux de colère, de haine et de grande dépressivité. Ce sont ces éléments qui m'amènent à interroger la clinique « limite » de sa structure de personnalité.

[230] Développée chapitre IV

Les deux situations cliniques qui suivent et leur analyse relèvent de mes compétences en psycho criminologie. La première a lieu dans le cadre d'une injonction de soin, la seconde, dans le cadre d'une évaluation complexe d'un sujet incarcéré en prison

2.3. Patrick ou « le Frère nounours »

Patrick, dit « Frère nounours »[231], a 58 ans. Il m'est adressé dans le cadre d'une injonction de soin suite à des actes de pédophilie. Il a été condamné à 5 ans de prison (la plupart des actes étant prescrits la peine est réduite). Le travail sur la demande de prise en charge ne lui pose aucun problème, car Patrick a reconnu tous les faits et est demandeur du suivi.

Issu d'une famille bourgeoise, il décrit une mère *« toxique, incestueuse »* et un père distant affectivement. Il prend conscience tardivement qu'il a été battu (*« c'était une normalité que je n'avais jamais nommée, cela fait à peine 4 à 5 ans que j'ai posé ces mots»). « Un jour, il m'a obligé à avaler des carottes alors que je ne les aimais pas. J'ai tout vomi. Il m'a imposé de manger mon vomi »*. Il parle d'un père qui a été victime de violences de la part de son propre père, militaire. Il a été en Algérie et reste traumatisé par les évènements vécus, décrit-il. Son père était dentiste et saltimbanque, selon son discours. Sa mère, femme au foyer. Elle est décédée quand il avait 3 ans.

Il n'a aucun lien relationnel avec ses frères et sœurs sauf avec son frère de 16 mois son cadet. *« J'ai vécu mon enfance au sein d'une famille de 5 enfants, me situant au milieu. J'étais fusionnel avec mon frère du dessous »*. Il se définit comme un enfant turbulent notamment à l'adolescence mais un élève sérieux. C'est à peu près tout ce qui me reste de cette période. *« C'est certainement dû à la neutralité, à la banalité de cette première partie de ma vie »* peut-il dire. Il évoque de nombreuses amnésies. A la mort de sa mère, il parle d'une relation de fusion avec ce frère pour pallier le manque affectif.

Vers ses 11 ans, entrant en 6ème, il évoque de fortes tribulations intérieures pulsionnelles : *« j'éprouvais le trouble, l'incertitude, et je me posais les questions existentielles comme : Qui suis-je ? Que fais-je ? Où vais-je ? Je sortais de ma chrysalide, je traversais cet instant transitoire de la puberté »*. Il est toujours dans une dimension

[231] La situation clinique présentée est authentique. Seuls le prénom, surnom, lieux, dates, ont été modifiés de façon à préserver l'anonymat.

fusionnelle avec son frère. Il dit se *« sentir attiré par l'enfant qu'il était.* » Durant cette période de puberté, il ne trouve pas autour de lui de personnes à son écoute. « *Je n'avais pas d'amis, je me sentais aussi différent. J'avais une sensibilité pour l'art, la musique classique. Mes copains étaient plus tournés vers le sport, les motos, etc. ».* Il subit des railleries, des moqueries et du désintérêt là où il attendait du soutien et de la compassion. *« Je souhaitais qu'on me voit, j'avais le sentiment de devenir transparent, invisible ... J'ai pensé que j'étais sans valeur ».* Alors il décide d'être un élève assidu. Il ne se sent pas aimé par ses parents mais décrit un grand lien d'affection pour ses grands-parents maternels qui le prennent en charge.

Vers ses 16 ans, il y a une rupture complète avec son frère. Il entre au lycée et s'oriente vers une filière artistique. *« J'ai mis tout mon coeur à l'ouvrage, je voulais oublier mon frère. Je voulais être le meilleur, j'étais le meilleur. J'ai placé toute mon énergie car je voulais rentrer au conservatoire… Je progressais rapidement et facilement. J'ai été récompensé. J'ai réussi, haut la main, avec une mention Très Bien à mon bac. Je crois bien que j'étais heureux, seul (bien que je vivais encore chez mes parents), mais heureux ».*

A ses 20 ans, en faisant son service militaire il découvre de nouveaux horizons : il s'amuse et commence à boire et consomme de la drogue quelquefois : *« C'est l'âge où j'ai eu des copines ».* Mais également il peut dire : *« Je me suis aussi lié d'amitié avec un jeune enfant d'une dizaine d'années. Je le voyais le week-end car j'étais bloqué à la caserne. Je l'ai rencontré dans un square, et j'avais plaisir à le retrouver régulièrement. Je voyais en lui un fils, il espérait en moi un père. » « Je n'éprouvais pas de honte. En fait, comment avoir honte de ce qui me plaît et m'attire ? … Par contre j'éprouvais de la peur, oui, la peur de transgresser l'interdit. Alors, j'ai mis un mouchoir sur ma vie affective, puis une serviette, puis une serpillière, puis une chape de plomb. Je n'arrivais à rien contenir et ça a débordé quand même ».* L'aveu implicite de pédophilie commence là.

Il se réfugie à nouveau dans les études. Il obtient le premier prix du conservatoire en chant et au piano. C'est à l'âge de 24 ans que ce musicien et professeur de musique, qui est alors « accro » aux stupéfiants, fait la connaissance d'une communauté religieuse catholique. Il y rencontre le fondateur dans les années 1970. *« C'était les élans de mai 1968, tout était possible, même l'impossible ».* Patrick veut se délivrer de ses pulsions et cette communauté, influencée par les mouvements pentecôtistes américains, correspond à ses attentes pour guérir son mal-être. Grâce à sa passion et sa virtuosité pour la musique, il est nommé

chantre[232] de la communauté (il compose des chants religieux et se charge de l'animation musicale). Ce poste le place sous l'autorité directe du fondateur, lequel lui demande de composer toute la liturgie de la communauté. Ce fondateur dans son autobiographie écrit « *guérir Patrick de son addiction grâce aux prières* » dites *« de délivrances »*. Patrick avoue ses penchants pédophiles à la hiérarchie ecclésiale, mais aucune mesure n'est prise institutionnellement. Il est « déplacé » comme un simple « déplacement du problème ». Il trouve un vivier de jeunes au sein de la communauté, lui permettant d'assouvir toutes ses pulsions.

Patrick, pendant les 18 années qui suivent, procède à des attouchements à caractère sexuel sur cinquante-sept enfants, âgés de 3 à 16 ans. Ceci à l'occasion de ses séjours dans différentes « maisons » de la communauté. Malgré la loi sur la prescription, vingt-huit victimes officiellement sont reconnues par la justice 21 ans après les faits. « Frère nounours», comme le nomme les enfants au sein de la communauté, est condamné à cinq ans de prison ferme, avec incarcération immédiate à l'issue de son procès. À l'audience, Patrick reconnait l'intégralité des faits. Il demande *« pardon du fond du cœur »* selon ses mots. *« Ce que j'ai fait est monstrueux »*. Il peut clairement décrire qu'il ne faut pas qu'il soit en contact avec des enfants. Il peut dire que l'affaire lui a permis de libérer sa conscience en faisant l'aveu de sa pédophilie. Il espère aider les victimes en leur demandant pardon devant le juge et en étant sanctionné.

Durant son suivi, je mesure que son attrait pour les enfants demeure présent. En effet, à distance du jugement, sa prise en charge met en évidence certes une culpabilité mais, au-delà de la « camisole » chimique, ses pulsions et fantasmes restent toujours présents. Il se sent toujours attiré par les enfants. Quand il évoque la musique dont il a obtenu le premier prix de deux conservatoires, il dit : *« la composition, la musique, le chant me mettent en transe. Je l'ai repéré très tôt durant mon enfance… À la fois j'ai horreur de me mettre un spectacle. Je me sens ambivalent. J'ai pu faire chanter 5000 personnes, mais pour me donner du courage, il me fallait de l'alcool ou du cannabis. Je ne voulais pas en abuser, car je savais que j'allais oublier les textes. Voir cette foule et cette adulation me procuraient une excitation unique ! Enfin j'existais. Tout du moins je le croyais. J'avais aussi une forme de pouvoir qui me grisait. Ça durait le temps du concert. Une fois mes compositions*

[232] Personne qui assure le chant durant les offices liturgiques. Il est intéressant de savoir qu'une autre sémantique du vocable est : « Personne qui glorifie, loue quelqu'un ou quelque chose : Il s'est fait le chantre du pouvoir ». *op cit*. http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/chantre/

terminées, ma timidité reprenait le dessus et je ne voulais plus voir personne. Me confronter au public après le spectacle était un calvaire. ». « Quant aux enfants, je savais que, par mon art, je les attirais, c'était plus fort que moi. Ils m'idéalisaient. À la communauté, les responsables n'ont eu de cesse de me dire que j'allais guérir. J'avais un réel plaisir avec ses enfants et je ne voyais même pas le problème ». Il peut décrire que la musique, même la peinture arrivent à palier ses pulsions sexuelles. Il décrira avoir recours à l'onanisme également.

Le cas clinique de Patrick m'amène à celui de Victor. Les éléments cliniques qui peuvent être communs, notamment quant à l'attirance sexuelle pour les enfants, demandent une analyse plus affinée au plan clinique. Cet enjeu me semble fondamental et essentiel pour le diagnostic de structure. Ce dernier est un élément essentiel permet d'accompagner au mieux le sujet, d'adapter le cadre des séances et de prendre conscience des enjeux transféro-contrtarnsférentiels.

2.4 Victor

Victor a 29 ans lorsque je le rencontre en prison. Il n'y aura que 4 entretiens. Il est incarcéré pour détention d'images pédopornographiques, et suspicion de tentative de vente de bébé.[233] Il est sous tutelle et bénéficie de l'Allocation aux Adultes Handicapés. Il exerce dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Son père est décédé d'un cancer. Sa mère a 80 ans. Victor est le quatrième d'une fratrie de cinq. Il évoque le milieu familial avec une enfance : « *compliquée avec mon père. Il ne nous laissait pas jouer. Il voulait qu'on aille chercher du bois* ». Concernant sa mère il dit : « J*e ne me rappelle plus, elle était très sympa, elle nous défendait* ». Trois de ses frères sont sexuellement agressés par un oncle (frère de sa mère). Le concernant, Victor dit : *« Il voulait me prendre pour le faire* ».

Victor ne peut dire plus sur son vécu. Il fait une formation de maçon et travaillera dans un ESAT. Il ne pourra dire à quel âge il est arrivé à l'ESAT. Victor est très pauvre dans son discours, l'entretien est très limité. Il décrit deux relations affectives : une alors qu'il a 23 ans. La personne se prénomme Cathy. La relation dure 5 à 6 ans environ. Puis il y a eu

[233] La situation clinique présentée est authentique. Seuls le prénoms, lieu, dates, ont été modifiés de façon à préserver l'anonymat.

Danielle, elle avait 38 ans. Il les a rencontrées toutes les deux à l'ESAT[234]. Victor témoigne que son attirance pour les enfants a commencé il y a 7 ans, en 2013. Il découvre les sites d'enfants via un reportage sur TF1 : « *Ils parlaient des sites pornographiques où se trouvaient des enfants* ». Il a par la suite découvert des sites d'enfants sur Internet. Puis des gens le contacte via Internet pour « *acheter des bébés* ». Il donne « *300 euros* ». Victor évoque que sur Facebook il est connecté « *sur des pages où il y a des enfants et des bébés avec des couches* ». Il dit également : « *je suis aussi attiré par les bébés mais pas pour les pénétrer, ça leur ferait trop mal* ». Victor tape sur internet « *Teen qui baise avec son père* ». Il est dans l'incapacité d'expliciter pourquoi il écrit cela. Cependant en l'écoutant je me questionne sur l'hypothèse de ces agirs en miroir à des évènements traumatiques de sa propre histoire ? Victor dit « *avoir eu des problèmes avec une jeune fille de 11 ans : je lui avais fait des avances. Elle m'avait contacté par Facebook.* ». Il ne se souvient pas comment s'est réalisé le lien.

L'examen psychologique de Victor se fera sur 4 séances. L'entretien clinique est corroboré par la passation de différents tests : le Mini Mental State Examination de Folstein, le Rorschach, le PDQ-4 (Personnality Diagnostic Questionnaire), le Young Parentig Inventory (questionnaire des attitudes parentales). Victor est de taille moyenne. Lors de l'entretien, il est mal rasé, les cheveux longs, il n'a pas fait sa toilette. Ses vêtements sont troués. La voix est parfois imperfectible. Son visage porte « le masque de la dépression ». Le discours de Victor est pauvre et il faut rester sur des questions simples pour permettre la compréhension. L'orientation temporo-spatiale dans le récit demeure bonne, mais les limites cognitives de Victor rendent son élaboration très pauvre. Il n'y a pas le jour de l'expertise d'élément délirant. A l'observation clinique et de par la passation des tests, j'émets l'hypothèse diagnostique d'une schizophrénie heboïdophrénique associée à une oligophrénie. Au plan cognitif, Victor a un niveau scolaire d'un enfant de l'âge de 6/7 ans. Les traits psychotiques chez Victor ne présentent pas de signes dits positifs à savoir dissociatifs ou délirants à proprement parler. Par contre il décrit un déchainement pulsionnel sadique. Néanmoins le syndrome négatif est très présent. Il présente :

- Une apathie
- Une pauvreté du discours
- Un émoussement affectif
- Un apragmatisme

[234] La situation clinique présentée est authentique. Seuls les prénoms, lieux, dates, et circonstances ont été modifiés de façon à préserver l'anonymat.

- Un retrait et un isolement social

Son trouble psychopathologique a pour conséquence une altération de la réalité, des troubles cognitifs et un dysfonctionnement social et comportemental important. Si j'évoque l'hypothèse héboïdophrénique c'est pour nommer sa sphère pseudo psychopathique en regard de son attrait pour les enfants voire les bébés. Par ailleurs la structure psychotique est fortement marquée par des régressions et des fixations à des stades archaïques, notamment anal et phallique. Victor dit porter des couches depuis l'âge de 16 ans. Aujourd'hui, il continue à en porter de taille adulte. Il urine dedans et éprouve une certaine jouissance à y éjaculer également : *« je me masturbe dedans ça me rappelle le monde de l'enfance. Je veux rester bébé »*. Il pourra dire aller aux toilettes pour déféquer.

L'oligophrénie correspond à son retard mental sévère. Je note un déficit des fonctions intellectuelles incluant le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire, l'apprentissage par l'expérience. Victor a peu d'aptitudes à la subjectivation et son élaboration psychique est à la hauteur d'un enfant de cour élémentaire. Il existe un déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socio-culturel, permettant l'autonomie et la responsabilité sociale.

Au plan clinique, j'évoque le terme de pseudo-psychopathique car je ne peux parler à proprement parler de perversion de type pédophilique chez Victor, comme dans la situation précédente de Patrick. Évoquer ce diagnostic différentiel a une double perspective. À la fois, il peut être utile, eu égard à l'expertise demandée par le magistrat dans le cadre d'une procédure pénale. L'intérêt majeur pour le clinicien est la pertinence du diagnostic de structure pour adapter au mieux le cadre psychothérapeutique, et notamment les enjeux transféro-contretranférentiels.

La structure psychique que j'évoque chez Victor est sans doute la conséquence de nombreux traumatismes familiaux, telles que la ou les séparation(s), la violence, la négligence, voire les violences sexuelles (par exemple il subsiste un doute sur l'oncle de Victor, qui a violé trois de ses frères et qui « *aurait essayé sur moi »…* mais Victor ne peut en dire plus). Néanmoins je m'interroge pour savoir si l'attirance qu'évoque Victor est-elle réellement un enjeu d'une scène primitive ?

Cette attirance évite la confrontation à ses propres menaces traumatiques. Il s'agit moins de sexualité et de jouissance tel le pédophile que de violence et de destructivité dont Victor s'avère contraint. Il agit comme pour se défendre contre ses angoisses primitives et massives. Victor, de par son immaturité psychique, ne semble pas avoir de censure c'est-à-dire de conscience morale à savoir un surmoi pré-oedipien poussant à jouir sous la forme d'un recours à l'acte. Ce surmoi – contrairement au surmoi œdipien qui, par la castration symbolique permet d'introjecter le rapport moral à soi et à l'altérité – confère une toute-puissance, une jouissance de grande destructivité. En effet, il est cruel, tyrannique, despotique, ordonnant la transgression de toute limite, pouvant même amener le sujet à la cruauté envers l'être qui lui semble le plus cher. Cet inachèvement ne lui permet pas de constituer correctement ses instances psychiques, ni de lui assurer une humanité structurée avec un discernement de ce qu'est l'altérité.

Depuis son enfance, Victor arrive à construire une relation très singulière et en total apaisement avec les chevaux. Au sein de l'ESAT, un infirmier équithérapeute le prend en charge et peut témoigner combien ses attitudes *« sont beaucoup plus ouvertes, moins inhibées »*. Victor pourra conclure au dernier entretien : *« pour moi c'est fini ces conneries avec les enfants, je veux retrouver mon cheval !* »

3- Le Traumatisme et dialectique d'enjeux comme analyse clinique de construction d'actes criminels.

La lecture psychocriminologique de ces deux situations, aussi bien pour Victor que pour Patrick dit le moine « doudou », démontre que cette dialectique entre traumatisme, perversion et sublimation est d'une grande complexité dans la construction même d'actes criminels. Au plan intrapsychique, évoquer la notion d'acte, que ce soit le passage à, ou par, ou encore le recours à l'acte, constitue une source de confusion psychique. Houssier[235] propose de définir le recours à l'acte comme une régression motrice de l'ordre du registre symptomatique qui s'antagonise avec l'élaboration psychique et la mise en mots tels que le vivent par exemple certains adolescents. La déficience du fantasme est alors suppléée par le langage de l'acte. Le passage à l'acte ou « acting out » relève du registre de la rupture, et se définit comme une réponse de l'ordre de la décharge en direction d'autrui. Laplanche et

[235] Houssier F., « Transgression et recours à l'acte : une forme d'agie, d'appel à l'objet », annales médico psychologiques , *Revue psychiatrique*, 2008, pp. 711-716

Pontalis[236] font du passage à l'acte un prolongement du retour du refoulé. Il est « la réalisation achevée et répétitive, comme si l'énergie bloquée passait toute entière dans l'acte, de manière habituelle »[237]. Le passage à l'acte interroge la dialectique entre répétition, acte manqué et retour du refoulé. Le symptôme va signer que l'élaboration de mise en représentation a échoué. L'analyse portera moins sur l'équilibre des forces dynamiques motivationnelles internes que sur cette défaillance structurelle qui a été l'objet d'une mise en échec. D'emblée donc, c'est vers l'histoire du sujet ~~qu'il me semble~~ que le clinicien trouve un intérêt dans la perspective psychopathologique. Et l'expérience clinique démontre que, plus précisément encore, il s'agit d'étudier les conditions d'établissement du champ des affects du sujet. L'affect, produit psychique, comme la symbolisation, est l'un des deux représentants de la pulsion. Il est le tiers permettant la mentalisation des actes d'un sujet. Il est à la fois l'expression subjective d'une attitude et la voie de transmission de la subjectivité des traces mnésiques, celles que l'on peut déceler en cas de traumatismes.

L'ensemble de ces données met en perspectives l'incapacité du sujet auteur de violences à négocier psychiquement les excitations internes qui le régissent, et qui pourront apparaître comme des menaces plus ou moins grandes pesant sur l'identité. Dès lors, le sujet ne voit que l'environnement comme seul recours pour évacuer la surcharge. La victime sera la partie de l'environnement utilisée par l'agresseur pour réguler et donc atténuer sa menace interne. Ce qu'il importe de percevoir en matière psychodynamique, c'est la désubjectivation du sujet dans de tels épisodes. Pour échapper à une surcharge d'excitation qu'il ne peut symboliser, le sujet la clive de lui-même. C'est ce qui émerge dans l'exemple de Victor. Dans un second temps, il perçoit cette excitation comme menace, comme un élément étranger, et il convient dès lors de l'expulser. Cette dimension particulièrement violente, destructrice, indique l'absence d'un régulateur au plan psychique. Ce contexte éminemment terrifiant est alors identifié à celui de la mère première, défaillante, celle qui n'a jamais su médier les excitations pour son enfant, en le laissant seul régler ce débord d'affects, avec pour uniques compétences celles de son immaturité affective.

Les auteurs de violences sexuelles et plus généralement de violences en général ne disposent pas d'un « appareillage » interne pour réguler leurs excitations, sur leur environnement ou pour réguler un système pulsionnel en défaillance de représentation. On peut même envisager qu'ils sont co-dépendants à l'environnement. Les apports des travaux

[236] Laplanche J., Pontalis J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967
[237] Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Manuel de Psychiatrie*, Paris, Masson, 197

en psychocriminologie de la personnalité du sujet peuvent être également pertinents à analyser, surtout en regard d'une approche psychanalytique.

Dans *Surveiller et punir*, Michel Foucault évoque que la criminologie naît d'une intersection entre d'une part l'étude du crime en tant qu'objet juridique et d'autre part les débuts d'une connaissance scientifique de l'homme[238]. Au siècle des Lumières, Cesare Lombroso essaiera d'éclairer « L'homme criminel », idéal d'objectivité qui amènera les prémisses d'une approche renouvelée du fait criminel[239]. Pour autant l'histoire retiendra des recherches de Lombroso uniquement celle du « criminel-né ». Cette image forte fut relayée au fil des décennies par de nombreuses théorisations et sous divers aspects, et un siècle plus tard, dans les années 1980, le courant neuroscientifique émettait l'hypothèse d'un gène du crime (en fait, un chromosome surnuméraire XYY)[240]. On perçoit déjà une approche multifactorielle qui n'aura de cesse de générer des oppositions dont Alexandre Lacassagne sera le chef de file, en France.

Entre milieu environnemental, structure et hérédité, le fait criminel semble longtemps écartelé entre diverses postures qui seront dénoncées par de nombreux psychanalystes. Déjà en 1919, Ferenczi écrit :

> « Sur le plan théorique, la criminologie actuelle ramène les crimes à l'influence de l'hérédité et de l'environnement, et sur le plan pratique, pour les empêcher, elle propose l'introduction de réformes eugéniques, pédagogiques et économiques. Ce programme est juste dans son principe et épuise théoriquement toutes les possibilités, mais au niveau pratique il est superficiel et se trouve en contradiction précisément avec le déterminisme si hautement proclamée, dans la mesure où il néglige totalement les plus puissants facteurs déterminants du crime : les tendances de la vie psychique inconsciente et leurs origines, ainsi que les mesures défensives opposées à celle-ci. »[241]

Le fondateur de l'analyse psychocriminologique reste Freud puisque, dès 1901, il s'interroge

---

[238] Foucault M., (1975), *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

[239] Lombroso C., (1835-909), *L'homme criminel, étude anthropologique et psychiatrique* », édition électronique : Césare Lombroso (1835-1909) classiques.uqac.ca/.../lombroso_cesare/ homme_criminel.../ homme_criminel_1887.htm.

[240] Mednoick S. et al., *Criminality in XYY and XXY men*, Science, 193,1976.
Le cinéma en a fait un film sous la direction d'Oliver Stone, en 1994, *Natural born killers*, traduit en français sous le titre *Tueurs nés*. Sur un scénario de Quentin Tarentino, le film, jugé trop violent à sa sortie en salles, fut interdit au moins de 16 ans. Enfin en 2007, les propos du président Sarkozy évoquent : « j'inclinerais, pour ma part, à penser qu'on nait pédophile, et c'est d'ailleurs un problème que nous ne sachions pas soigner cette pathologie. Il y a 1200 ou 1300 jeunes qui se suicident en France chaque année, ce n'est pas parce que leurs parents s'en sont mal occupés ! Mais parce que génétiquement ils avaient une fragilité, une douleur préalable. (Citation issue de la rencontre entre Nicolas Sarkozy et Michel Onfray publiée dans *Philosophie*, 2007, 8.

[241] Ferenczi S. (1919-1926), *Psychanalyse et criminologie, Psychanalyse 3, Œuvres complètes*, t. 3, Paris : Payot, 1919, pp. 79-81.

sur le fait judiciaire et criminel. Il questionne dès cette époque la véracité des témoignages. Il propose deux modèles analytiques. Le premier est celui d'une personnalité délinquante ; le second, quelques années plus tard, concerne l'élaboration d'un processus criminogène qui comprend l'acte criminel pouvant surgir comme libérateur d'une tension interne[242]. Cette tension sera associée par la suite à un sentiment de culpabilité inconscient[243].

À ces modèles, Freud en rajoute un autre, à savoir l'acte criminel. Il pense que l'acte criminel répondrait à une dimension archaïque ayant toujours la possibilité de ressurgir ; ou encore comme production psychique mal élaborée qui s'organiserait autour d'une hostilité œdipienne. À ces postulats, il convient d'ajouter l'ensemble de la réflexion freudienne sur la violence, et plus particulièrement d'éléments traitant les questions de l'acte (agieren), de l'agressivité, de la haine et de la destructivité. Enfin, Freud pose les bases du travail thérapeutique en 1925 : « Chez le criminel mené par ses pulsions, il faut faire autre chose que de l'analyse, quelque chose qui ensuite rencontre de nouveau celle-ci dans l'intention».[244] Ce sont autant de jalons posés par Freud qui permettent une voie de compréhension de l'agir criminel et façonnent les outils d'une psychocriminologie clinique.

La psychanalyse prend un virage sur la question psychocriminologique au deuxième Congrès International de Criminologie qui se déroule, en septembre 1950 à la Sorbonne. L'intitulé du colloque est : « Psychanalyse et criminologie ». Jacques Lacan et Michel Cénac commencent les débats de manière très remarquée[245]. De nombreux psychanalystes s'y illustrent tels que S. Lebovici, P. Mâle, F. Pasche, A. Hesnard ou encore D. Lagache avec son intervention sur la psychocriminogenèse. Tous ont comme démarche d'élaborer une réflexion psychocriminologique en interrogeant la question d'un sens du crime pour le sujet qui l'exerce dans un environnement donné, avec l'affirmation de l'inexistence des « instincts criminels » et la revendication, jusque dans le crime, de l'autonomie d'une expérience irréductiblement subjective[246]. Ces références sont au fondement de l'œuvre de Claude Balier[247] qui, avec Gérard Bonnet[248], a ouvert de nouvelles perspectives

---

[242] Freud S. (1916), *Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse*, in *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, pp. 138-171.
[243] Freud S., *Les criminels par conscience de culpabilité*, in *Quelques types de caractères à partir du travail analytique*, *G.W.* X, 390-391, 1925 ; Freud, 1923, pp. 213- 249.
[244] Freud S. (1925), *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984, pp. 158-163.
[245] Lacan J., Cénac M., *Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie*, Paris, Le Seuil, 1966, pp. 125-149.
[246] *Ibid.* pp. 7-29.
[247] Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 2002.
[248] Bonnet G., « Avoir l'œil, la violence du voir dans la jalousie », *Revue française de psychanalyse*, 1-1997 et *Le remords. Psychanalyse d'un meurtrier*, Paris, PUF, 2000.

psychothérapeutiques.

Au travers des divers axes de modélisation, entre normal ou pathologique, le psychisme humain est conçu comme un ensemble de systèmes dont les enjeux dynamiques vont plus ou moins bien s'équilibrer. Plus l'équilibre est homogène chez le sujet, plus on peut évoquer la dimension de « normalité ». Moins l'équilibre peut s'organiser, plus le sujet est dans une souffrance psychique qui peut être ignorée consciemment, et plus il évolue dans la sphère du pathologique avec production d'acte symptôme pouvant originer des actes délinquants. Le ça ou réservoir pulsionnel pousse le sujet à réaliser des actes qui s'imposent à lui dans le cadre d'un principe qui régit l'ensemble de l'appareil psychique et que Freud nomme le principe de plaisir. Le surmoi interdit les réalisations d'un passage à l'acte si elles sont en contradiction avec les normes intériorisées que le sujet a reçues en héritage de son histoire et de son éducation.

De manière générale, lorsque le sujet a connu un développement satisfaisant dans un environnement favorable, l'ensemble des conflits intrapsychiques se déroule au sein du moi. L'éprouvé du moi, qui résulte de la violence de ces conflits, se manifeste par le biais du refoulement et par un symptôme qui est l'angoisse. Le sujet se trouve capable de se situer dans le cadre de la loi qu'il a pu intérioriser. Pour les personnalités agressives et violentes, il n'en va pas de même. Le modèle est plus complexe pour rendre compte de la construction d'actes criminels. Au plan intrapsychique, évoquer la notion d'acte, que ce soit le passage à, ou par, ou encore le recours à l'acte, constitue une source de confusion psychique. Le symptôme va signer que l'élaboration de mise en représentation a échoué. L'analyse porte moins sur l'équilibre des forces dynamiques motivationnelles internes que sur cette défaillance structurelle qui a été l'objet d'une mise en échec.

D'emblée donc, c'est vers l'histoire du sujet que le clinicien trouve un intérêt dans la perspective psychopathologique. Et l'expérience clinique démontre que, il s'agira d'étudier les conditions d'établissement du champ des affects du sujet. L'affect, produit psychique, est un des deux représentants de la pulsion. Il est le tiers qui permet la mentalisation des actes d'un sujet. Il est à la fois la traduction subjective d'une attitude, mais aussi la voie de transmission de la subjectivité des traces mnésiques des traumatismes[249]. L'affect en tant que médiateur de l'information transgénérationnelle est l'élément fondamental de la

[249] Freud S., *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, *op.cit.*

subjectivation. Affectant la dimension somatique de l'enfant, l'affect lui procure un éprouvé dans la dimension de son histoire de vie.

L'enfant est aux confins de différents enjeux en tant qu'appartenant à une espèce, lié à sa singularité et s'inscrivant dans une double lignée : celle de la filiation et parentale. Cette tridimensionnalité constitue la base des différenciations qui structurent la psyché : différence interspécifique, différence des sexes et différence des générations. Ciavaldini reprend ces trois domaines où sont repérées des non-reconnaissances affectives[250]. L'ensemble de ces données met en perspectives l'incapacité du sujet auteur de violences, à négocier psychiquement les excitations internes qui le régissent, et qui pourront apparaître comme des menaces plus ou moins grandes pesant sur l'identité. Dès lors, le sujet ne voit que l'environnement comme seul recours pour évacuer la surcharge. La victime est la partie de l'environnement utilisée par l'agresseur pour réguler et donc atténuer sa menace interne. Ce qu'il est important de percevoir en matière psychodynamique, c'est la désubjectivation du sujet dans de tels épisodes. Pour échapper à une surcharge d'excitation qu'il ne peut symboliser, le sujet la clive de lui-même.

Dans le cas Roland, ce dernier perçoit cette excitation comme menace, comme un élément étranger, qu'il convient dès lors d'expulser. Cette dimension particulièrement violente, destructrice, indique l'absence d'un régulateur au plan psychique. Ce contexte éminemment terrifiant est identifié à celui de la mère première, défaillante, celle qui n'a jamais su médier les excitations pour son enfant, en le laissant seul régler ce débord d'affects, avec pour uniques compétences celles de son immaturité affective. L'analyse du passage à l'acte sur la victime est alors essentielle. C'est ici la source du recours à l'acte, qui surgit comme dimension salvatrice, face à la menace que crée le processus de pensée (cas Victor).

Néanmoins, le recours à l'acte ne veut pas dire pour autant que le sujet le réalise de manière désorganisée. L'acte, aussi violent soit-il, suit les traces de sa construction sensori-motrice et peut être hautement réfléchi, pensé, mais de manière opératoire, « même s'il se déroule, assez souvent en état semi-crépusculaire »[251]. Il existe une deuxième temporalité du sujet, notamment si la désubjectivation subit moins de prégnance. Cela entraine également une utilisation de la victime comme si elle était chosifiée. Le sujet est dans une situation de perte de subjectivité qui induit une déperdition de ses limites et donc la disparition de la

[250] Ciavaldini A., « L´agir : un affect inachevé », *Monographie de psychanalyse*, L'affect, Paris, PUF, 2005.
[251] *Ibid.*

notion d'altérité autour d'un puissant mécanisme défensif : le déni. Il est la conséquence du clivage de la personnalité et permet un mode de survie. Par ce déni, la victime devient un objet plus ou moins externalisé au sujet, sur lequel s'exerce une projection de manière concomitante d'une excitation interne clivée permettant en même temps le retour au calme. Dans la première situation, la victime devient menaçante pour le sujet, avec le risque d'agression qui s'ensuit. Dans la deuxième, elle devient celle par qui le sauvetage adviendra, faisant cesser la menace d'effondrement identitaire. Cependant dans les deux situations, la victime a perdu sa singularité et son aptitude à l'altérité. Elle se trouve désobjectalisée (conséquence du processus de désubjectivation), enfermée dans un contexte dont elle a peu de chance de sortir.

Cette altération de mise en représentation psychique du vécu affectif, et donc les excitations, est la marque d'un trouble majeur du narcissisme. Comme on l'a vu, ces sujets sont organisés sur une modalité de « faux-self ». L'établissement du narcissisme étant sous l'instance de l'environnement familial primaire, cela suppose que les conditions d'attachement précoce dans les premières interactions de vie du sujet devront être prises en considération. En effet, les auteurs de violences sexuelles et plus généralement de violences en général ne disposent pas d'un « appareillage » interne pour réguler leurs excitations, sur leur environnement ou pour réguler un système pulsionnel en défaillance de représentation. Il peut être même envisager qu'ils sont co-dépendants à l'environnement.

Je souligne dans les deux exemples (Patrick et Victor) alors la nécessité de travailler avec les éléments environnementaux comme la PJJ (Protection Judicaire de la Jeunesse) par exemple, les différentes instances de justice, les acteurs du champ social, éducatif et d'insertion. Le but est d'élaborer autour du sujet un environnement qui soit adapté à ses compétences et ne pas exiger de lui ce qu'il ne peut pas mettre en œuvre. Il s'agit par la-même de ne pas être acteur d'enjeux de répétitions qu'il a pu vivre dans son environnement de la prime enfance.

Loin de la dimension sécuritaire de notre société, il s'agit ici d'une mise en lien qui doit s'effectuer dans une démarche thérapeutique autorisant un travail psychique. Se retrouve ici la pensée de Freud reprise sous une forme différente par Winnicott : « Je m'aperçois que je fais œuvre de psychanalyste, même si je ne pratique pas une analyse standard, lorsque je rencontre certaines conditions que j'ai appris à reconnaître »[252]. Le suivi

[252] Winnicott W.D., Les visées du traitement psychanalytique, *Processus de maturation chez l'enfant et développement affectif*, 1962, site internet, psycha.ru/fr/winnicott/1970/maturation14.html.

au long cours de ces personnalités indique que lorsque le cadre environnemental est suffisamment contenant, au sens où il permet la gestion des excitations[253], le risque de récidive s'amoindrit, sans pour autant que le risque zéro puisse être atteint. Il s'agit d'établir une relation de grande communication pluridisciplinaire entre les différents acteurs, dans le respect de leurs missions et de leurs identités, afin de rendre l'environnement contenant.

[253] Kaës R., Introduction au concept de transmission psychique dans la pensée de Freud, *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod, 1993.

Chapitre III : Analyses cliniques

Le psychisme met en œuvre divers mécanismes de protections face au traumatisme. Nous avons vérifié cette première hypothèse en mettant en évidence l'existence d'effets cliniques spécifiques de l'expérience traumatique, induisant une dialectique d'enjeux entre répétition, perversion et sublimation chez le sujet.

Nous allons à présent nous intéresser à notre deuxième hypothèse à savoir le repérage clinique des différents impacts traumatiques sur le sujet et sa structure, qui vont induire un point de rencontre avec son environnement.

1. L'héritage phylogénétique

L'analyse clinique trouve une genèse au travers du débat inaugural que questionne la voie psychique de l'hérédité dans la structure névrotique. C'est de la rupture d'avec Jung que naîtra le questionnement sur l'héritage archaïque de l'humanité, en particulier la transmission de la culpabilité et des interdits. Dans ce contexte, Freud élabore *Totem et Tabou*[254] qui sera une réponse au problème de la transmission en psychanalyse. Les deuils infligés par la guerre et les violentes mutations dans la civilisation constitueront plus tard une source d'inspiration pour Freud autour de la transmission intrapsychique et de l'intersubjectivité. Ce débat s'est renoué et précisé avec son ouvrage : *Psychologie des masses et analyse du moi* [255]. Freud élabore une dialectique à l'instar de l'aphorisme que Goethe met dans la bouche de Faust lorsqu'il instruit son élève : « Ce que tu as hérité de tes Pères, afin de le posséder, gagne-le »[256]. Le sujet de l'héritage est divisé, comme le sujet de l'inconscient entre la double nécessité d'être à soi-même sa propre finalité d'existence et l'assujettissement inconscient de son inclusion à être le maillon d'une chaine s'inscrivant dans la transgénérationnalité.

Les travaux d'Abraham et Torok dans les années 70 sur les cryptes et les fantômes[257], font évoluer la psychanalyse contemporaine. Les « fantômes » (influences inter-générationnelles liées aux traumatismes non surmontés des ascendants) qui hantent

[254] Freud S. (1913), *Totem et tabou*, Paris, PUF, 2004.
[255] Freud S., (1921), *Psychologie des masses et analyse du moi*, Paris, PUF, 2010.
[256] Freud S., *Totem et tabou, op. cit.*, p. 379 ; *Abrégé de psychanalyse* (Abriss der Psychoanalyse) (1938), Paris, PUF., 1967, p. 86. Goethe : *Was Du erebt von Deinen Vätern hast, Erwirb es, um es zu besitzen*, Faust I, Flammarion, op. cit., 682-683 *de La nuit (Monologue de Faust*). *L'héritage qui t'est venu de ton ancêtre, Il te faut l'acquérir pour le mieux posséder, Ce que tu as hérité de tes pères, Acquiers-le afin de le posséder.*
[257] Abraham N., Torok M. (1976), *L'écorce et le noyau, op.cit.*

l'inconscient seraient l'effet d'une transmission de « cryptes ». Ces dernières sont issues d'un deuil inavouable, formées par l'inclusion d'un objet idéal perdu avec lequel est partagé un secret honteux, indicible, irreprésentable. C'est par le clivage du moi que s'opère cette crypte. Dans la même idée, d'autres auteurs évoquent la notion de « visiteurs du moi[258], d'«objets transgénérationnels »[259]. Les travaux de Jean Guyotat[260], pose l'hypothèse de deuils pathologiques sur la filiation et la transmission narcissique qui origineraient, notamment le contexte de la psychose. Concernant les transmissions traumatiques [261] celles de Paul-Claude Racamier[262] sur les processus transgénérationnels à l'œuvre notamment dans le contexte d'incestualité.

Tout un champ de travail s'est développé, à partir des années 80, sur la négativité et sa transmission. René Kaës en a été l'initiateur et de nombreux praticiens et chercheurs ont exploré cette voie. Il a décrit en particulier un certain nombre de modalités d'« alliances inconscientes », de pactes, de contrats qui mobilisent des processus de transmission psychique. La psychanalyse a soutenu un point de vue intersubjectif quant à la transmission, en lien avec les travaux réalisés dans le champ des interactions. Lebovici et Stoleru[263], Kreisler et Cramer[264] ont dégagé la notion d'« interaction fantasmatique ». Je souligne les travaux de Stern[265] concernant les modalités d'interaction affective, d'accordage affectif, de rencontre intersubjective, et qui ont participé à édifier les processus de partage affectif, émotionnel, intersubjectif. L'interaction est vue ici comme prolongement du processus inter-psychique, intersubjectif.

Un certain nombre de processus ont été évoqués pour étayer la représentation des mouvements de transmissions. Si l'identification a été pensée d'emblée par Freud comme moteur de transmission, l'une des voies électives est l'identification projective. Les différentes explications de ce processus associent toujours un espace projectif et un espace

---

[258] De Mijolla A., *Les visiteurs du moi : fantasmes d'identification*, Paris, confluents psychanalytiques, 1981.
[259] Eiguer A., « L'intérêt pour le transgénérationnel dans la thérapie familiale psychanalytique », *Champ psychosomatique*, 2001, 23.
[260] Guyotat J., *Filiation et puerpéralité. Logiques du lien*. Entre psychanalyse et biomédecine, Paris, PUF, 1980.
[261] Cf partie IV
[262] Racamier P.C. (1970), *Le génie des origines*, Paris, Payot, 1992 *; L'inceste et l'incestuel*, Paris, Éditons du Collège, 1995.
[263] Lebovici S. et Stoleru S., *La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion, 1983.
[264] Brazelton T. B. and Cramer B. (1989), *The earliest relationship. Parents, infants, and the drama of early attachment* / trad. de l'américain, *Les premiers liens*, Paris, Stock, 1991.
[265] Stern D.N. (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*, Paris, PUF, 1989.

identificatoire explique Ciccone [266]. Une première modalité de l'identification projective est celle qui est à la base de la communication non verbale. Une deuxième déclinaison d'identification projective consiste à déposer un contenu mental dans l'espace psychique d'un autre et à réguler cet autre par des enjeux d'induction, de suggestion, afin que son attitude réponde au désir de l'autre, et donc au contenu projeté. Enfin, une troisième définition de l'identification projective consiste à pénétrer l'espace mental d'un autre pour se l'approprier (cas de l'aliénation mentale). Toutes ces perspectives décrites ouvertes par Abraham et Torok ont inauguré une nouvelle étape très riche de la théorie psychanalytique en regard du trauma. Elles participent également à interroger la place de l'analyste (déjà interrogée par Ferenczi) au cours de la cure notamment en regard de sa posture qui dans un cadre « négatif » peut être réveil du traumatisme transgénérationnel.

2. Le trauma comme objet de répétition

Pouvant s'inscrire également dans une démarche de transmission, il existe à côté du principe de constance et de plaisir que décrivait Freud, une observation clinique qui démontre l'existence d'une autre variable du fonctionnement humain à savoir la compulsion de répétition.

Les effets du traumatisme ne sont pas toujours perceptibles immédiatement, et peuvent développer leurs potentialités pathogènes dans un second temps, parfois, même, très à distance. C'est l'effet « d'après coup », caractéristique du fonctionnement mental. Cela semble être dû en particulier au développement en plusieurs temps de la sexualité humaine qui n'atteindra son apogée qu'à la puberté. Dans cette perspective d'après coup interviennent différents types de mémoires : la mémoire autobiographique, la mémoire du passé, la mémoire liée au transfert, au contre-transfert, la mémoire des affects, la mémoire des collègues avec lesquels on a travaillé, etc. Pour le sujet en analyse, il pourra s'agir de la mémoire des interprétations de l'analyste, des gestes de l'analyste, des perceptions lors des séances, la manière d'être de l'analyste, les fins de séances. Les voies de mémoire sont bien nombreuses à décrire, je vais donc m'attacher aux travaux récents sur la manière de se souvenir plus particulièrement liée au devenir de la trace mnésique et l'influence du sommeil

[266]Ciccone A., *La Transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, Paris, Dunod, 1999 ; *La Psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*, Paris, Dunod, 2011 ; *La Transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, nouvelle édition refondue, augmentée et mise à jour, Paris, Dunod, 2014.

sur ces traces, leur stabilisation et consolidation. La mémoire et les modes opératoires mnésiques comme le langage, les actes, perceptions sont réajustés dans l'après-coup dans le psychisme par le biais du remaniement de la trace mnésique. La littérature scientifique amène de nombreux détails et on peut suivre l'évolution des traces mnésiques dans la temporalité au cours d'un travail d'analyse.

En 1954, Brenda Milner décrit chez un patient amnésique ayant une lésion cérébrale, la perte d'une spécificité de mémoire : la mémoire explicite ou déclarative. Il s'agit, dans son explication d'une mémoire consciente des personnes, des objets, des endroits fréquentés. Elle observe que ce même patient est capable de développer de nouvelles compétences mémorielles, d'apprendre de nouvelles manières de poser des actions et de nouvelles perceptions. Est décrite la mémoire procédurale ou implicite dépendante pleinement des processus inconscients : dans l'après coup, le sujet mesure cet impact, dans la réalisation du geste, mais non dans une élaboration consciente. Les mémoires déclarative et procédurale fonctionnent de pairs en permanence. Les travaux relativement récents sur la consolidation et la reconsolidation de la mémoire de Stickgold et Walker[267] montrent que différents processus étaient à l'œuvre : la déstabilisation psychique s'originerait dans la réactivation de la trace mnésique. Deux voies peuvent se créer et cette trace mnésique peut être dans un deuxième temps, consolidée, ou bien dégradée. L'implication de ces travaux sur la compréhension du devenir pulsionnel et de mémoire après coup est essentielle.

Le concept de consolidation mnésique correspond à la conversion d'une trace mnésique instable en une forme stable et résistante selon Mc Caugh[268]. S'oppose aux formes instables de la représentation, la consolidation de la trace mnésique et ce dans l'après coup même lointain. Selon Crick[269], une majeure partie des moyens mis en œuvre pour la consolidation des traces mnésiques sont inconscients et surviennent dans le sommeil. Non seulement, pendant le sommeil, ils font intervenir des mécanismes de stabilisation, spécifiquement dans cette période est possible, l'intégration d'autres traces mnésiques récemment consolidées et l'affaiblissement de certaines représentations de façon active. Stickgold et Walker[270] démontrent qu'en regard d'un traumatisme psychique, la plasticité

[267] Stickgold R., Walker M. P., *Memory consolidation and reconsolidation: What is the role of sleep*, Trends Neurosci., 2005, pp. 408 - 415.
[268] Mac Caugh J. L., *Memory – a century of consolidation*, Science, 2000, pp. 248-251.
[269] Crick F., Mitchinson G., *The function of dream sleep*, New York, Nature, 1983, pp. 111-114.
[270] Stickgold R., Walker M. P., *Memory consolidation and reconsolidation: What is the role of sleep*, *op. cit.*, pp. 408-415.

neuronale se modifie durant le sommeil, ce qui favorise les mécanismes de consolidation et de réactivation de la trace mnésique, et rend le sujet plus ou moins vulnérable. Ces auteurs suggèrent le rôle du rêve comme interférence possible, sorte de mobilisateur de la trace mnésique avant sa réorganisation. Les consolidations et remaniements par le sommeil, en particulier dans la phase de sommeil paradoxal, ne concernent pas ou très peu la mémoire déclarative, sinon pour une partie essentielle la mémoire procédurale – mémoire des agirs, des attitudes et comportements.

Freud avait déjà pressenti cette influence du sommeil dans Le *rêve et son interprétation* [271]. Eu égard à la place du travail du rêve, au remaniement du moi des éléments inconscients et des résidus de souvenirs du rêve, Freud y souligne la fonction réorganisatrice du rêve dans la mémoire :

> « Le fait que pour dormir nous nous détournons du monde extérieur garde son importance dans notre conception, il facilite la régression de la représentation, dans le rêve … L'existence d'associations d'idées plus lâches dans le rêve nous a paru certaine, mais nous avons trouvé qu'elles ne faisaient que remplacer d'autres, précises et sensées »[272].

Freud évoque le processus de reconsolidation dans le chapitre *Le travail du rêve* :

> « Si on les analyse, on se convainc qu'ici l'élaboration secondaire a disposé très librement du matériel et a conservé le minimum de ses relations. (...) Dans d'autres rêves, ce remaniement tendancieux ne s'est fait sentir que partiellement ; après un passage cohérent, le rêve devient absurde ou confus, pour retrouver quelquefois, plus loin, un aspect intelligible»[273].

Dans *L'Homme aux loups* apparaît l'idée que « le rêve confère à l'observation du coït une efficacité d'après coup »[274] non à l'époque du rêve, mais à distance. L'issue, lors de certains traumatismes relayés par des rêves du même thème, puis leur mise en relation par l'association libre dans la cure, permet parfois de comprendre autrement des épisodes vie passés [275]. Il est à penser que l'étude des rêves et la possibilité de les entendre permet d'apprécier la possibilité d'émergence de traces mnésiques implicites, leur réorganisation dans la cure, et une réécriture de l'histoire.

---

[271] Freud S. (1900), *Psychologie du rêve*, *L'interprétation des rêves*, *op.cit.*
[272] *Ibid*, pp. 502-504.
[273] Freud S. (1900), *Le travail du rêve*, L'interprétation des rêves, *op.cit.*, p. 418-420.
[274] Freud S., (1918 *b* [1914]), *À partir de l'histoire d'une névrose infantile*, *Cinq psychanalyses*, trad. fr. M. Bonaparte et R. M. Loewenstein, Paris, PUF, 1990
[275] Fève A., Hart G., *Peduncular hallucinosis and dreams* (Communication au Congrès de neuropsychanalyse de Rio), Neuro-Psychoanalysis, 2005.

Mauro Mancia énonce également cette éventualité d'émergence des traces mnésiques implicites dans le rêve. Cette réorganisation mnésique se fait à la fois dans l'après-coup de l'histoire personnelle et dans l'actualité de la cure qui participe à faire réminiscence de cette trace[276]. Les traces mnésiques sont donc soumises à des épisodes de déstabilisation, en particulier durant le sommeil. Ces déstabilisations s'orientent soit vers une reconsolidation, vers une dégradation, sans oublier la possibilité d'intégration d'autres traces. Stickgold note que :

> « L'acte de remémoration lui-même déstabilise la mémoire, la rendant labile et sujette à des dégradations ultérieures. Même si on ne sait pas si la trace mnésique est alors fragilisée ou est simplement accessible à la remémoration »[277].

On retrouve ces notions dans l'approche freudienne corrélée à la mémoire des traumatismes. Pour Freud, l'après-coup de la mémoire était une voie élective de l'élimination traumatique, mais également l'éventualité d'une « décharge différée » potentiellement traumatique. Cette dernière notion sera reprise par Laplanche et Pontalis dans l'« après-coup » :

> « Ce n'est pas le vécu en général qui est remanié après coup, mais électivement ce qui, au moment où il a été vécu, n'a pu pleinement s'intégrer dans un contexte significatif. »[278] Freud parle, dans sa lettre à Fliess, du « mécanisme psychique établi par stratifications : les matériaux présents sous forme de traces mnésiques subissent de temps en temps, en fonction des nouvelles conditions, une réorganisation, une réinscription »[279].

Cette période de déstabilisation nécessaire à la reconstruction puis à la consolidation de nouvelles voies mnésiques est donc très délicate, comme le serait l'après-coup raconté du traumatisme. Une autre alternative demeure l'amnésie volontaire, une amnésie qui consiste à devenir un autre pour rester soi-même, à changer de sujet. Je peux émettre l'hypothèse que l'idée de dire ou d'écrire son histoire traumatique puisse être initialement liée à la déstabilisation débutante inconsciente des traces par des interférences mnésiques et que la mise en mots, essai de liaison de la pulsion de mort, peut parfois échouer. L'après-coup de ce remaniement des traces potentiellement traumatiques rejoint la conception scientifique de déstabilisation dangereuse des traces par la remémoration elle-même. Cet avortement (de liaison) revient à une répétition traumatique, une déstabilisation encore plus grande des traces mnésiques, donc du moi.

---

[276] Mauro M., *Dream actors in the theatre of memory: Their role in the psychoanalytic process*, Int. J. Psychoanal., 2003, pp. 945-952.
[277] Stickgold R., Walker M. P., *Memory consolidation and reconsolidation: What is the role of sleep*, New-York, Trends Neurosci., 2005, pp. 408-415.
[278] Laplanche J., Pontalis J.-B., Après-coup, in *Vocabulaire de psychanalyse, op.cit.* pp. 35-37.
[279] Freud S., *Lettres à Wilhelm Fliess. 1887-1904*, cf Annexe 2.

C'est le préconscient (rêves, actes manqués, lapsus) qui assure cette fonction : il est l'instance qui permet ce « temps d'arrêt » qu'évoque Bergson, détour avant l'action par la pensée[280]. Cette dernière est nécessaire afin qu'advienne l'inconscient au contact de la perception de la conscience :

> « La mémoire consciente (...) paraît dépendre totalement du préconscient ; elle doit être strictement séparée des traces mnésiques dans lesquelles se fixent les expériences vécues de l'inconscient, et correspondent vraisemblablement à une inscription particulière »[281].

Pour Nietzsche, la mémoire est pour l'homme une faculté négative car elle « alourdit, écrase» son présent et le rend insipide. Pour lui, c'est l'oubli, qui n'est pas un échec de la capacité à mémoriser mais une force vitale, qui rend à l'homme le goût du présent, cette faculté de se tenir en dehors de l'histoire :

> « Mais dans le plus petit comme dans le plus grand bonheur, il y a toujours quelque chose qui fait que le bonheur est un bonheur : la possibilité d'oublier, ou pour le dire en termes plus savants, la faculté de se sentir pour un temps en dehors de l'histoire. L'homme qui est incapable de s'asseoir au seuil de l'instant, en oubliant tous les événements passés, celui qui ne peut pas, sans vertige et sans peur, se dresser un instant tout debout, comme une victoire, ne saura jamais ce qu'est un bonheur, et, ce qui est pire, il ne fera jamais rien pour donner du bonheur aux autres ; imaginez l'exemple extrême : un homme qui serait incapable de rien oublier et qui serait condamné à ne voir partout qu'un devenir; celui-là ne croirait pas à son propre être, il ne croirait plus en soi, il verrait tout se dissoudre en une infinité de points mouvants et finirait par se perdre dans ce torrent du devenir »[282].

Paul Ricœur[283], reprenant les analyses de Bergson, insiste sur la mémoire comme seule voie possible de retour au passé. Il introduit la distinction entre la mémoire comme habitude : passé qui se poursuit sans discontinuité dans le présent ; et la mémoire en tant que souvenir intrinsèque, retour à la conscience du passé remémoré, séparé du présent par une certaine temporalité. Cet écart de temporalité entre passé et présent pourrait être le temps de l'oubli. Pour Freud, cet oubli ne représente pas un effacement de la trace mnésique. Il est un mécanisme de défense actif qui protège la conscience du sujet, du souvenir passé. Il y a une rétrocession du souvenir en une trace par le processus de refoulement mais qui reste actif de manière inconsciente par le biais de la réminiscence. Ce qui constitue ici la pertinence de la

[280] Freud S., *Totem et tabou, op.cit*., p. 308.
[281] *Ibid.*
[282] Bergson H., *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit*, Paris, PUF, 1965, p. 282.
[283] Ricoeur P., *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, 2000.

pensée freudienne n'est pas le concept de refoulement, déjà présent, selon Michel Fabre[284], dans la philosophie occidentale. Il s'agit en réalité de l'application de ce postulat à la clinique dans sa perspective de réintroduction de l'affect du déplaisir, de la mémoire en termes de sensation somatique, de mémoire tampon, comme discriminant du fonctionnement global des mémoires[285]. L'hypothèse de Freud décrit un état de conscience passé comme impossible à se remémorer au présent car l'affect qui a déterminé son oubli a désactivé la fonction restitutive, par une modification des réseaux de traces mnésiques[286].

Bien des traumatismes de l'enfant ne se révèleront qu'à la puberté quand ils seront réactivés, prenant alors tout leur sens, par la poussée sexuelle pubertaire. A-t-on voulu voir dans l'abréaction ou décharge émotionnelle une possibilité d'éviter l'effet pathogène des traumatismes. C'est l'origine de toutes les méthodes dites cathartiques (les grecs désignaient par : « catharsis », les effets libérateurs de la décharge émotionnelle auxquels était attribué un rôle bénéfique de la tragédie). Freud avait initialement recherché cet effet cathartique notamment par l'hypnose pour l'abandonner par la suite. Il a constaté des effets très passagers, avec des déplacements de symptômes.

Au travers de la répétition, Freud explicite le conflit intrapsychique comme la résultante du conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. En 1964, la distinction se fait entre le retour du refoulé, et la répétition qui s'organise autour de la remémoration qui trouve sens dans la limite du Réel. « Le réel est ici ce qui revient toujours à la même place-à cette place où le sujet en tant qu'il cogite, où la *res cogitans*, ne rencontre pas »[287]. C'est en 1966 au travers de ses *Écrits* que Jacques Lacan reprend le concept de répétition[288]. Lorsqu'il présente le concept freudien de répétition, il invoque généralement le nom de Kierkegaard. C'est dans son séminaire sur l'Angoisse que Lacan, pour éclairer le sens de la découverte freudienne, ajoute à la référence à Hegel celle de Kierkegaard, en précisant : « La vérité, c'est Kierkegaard qui la donne »[289]. La présence du penseur danois est donc constante chez Lacan. La distinction de Kierkegaard entre la répétition et le souvenir, fournit à Lacan un ensemble utile d'outils conceptuels pour l'aider à communiquer et établir sa propre distinction entre l'imaginaire et le symbolique. Le concept kierkegaardien de répétition surgit dans le contexte d'auto-développement. La répétition concerne « la garantie

[284] Fabre M., *Philosophie et pédagogie du problème*, Paris, Vrin, 2000.
[285] Bleger J., (1980), *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF, 2003, p. 45.
[286] Freud S., *Esquisse pour une psychologie scientifique, in Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1969.
[287] Lacan J., *Du réseau des signifiants, les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil,1973, p.49
[288] Lacan J., *Ecrits, op.cit.*
[289] Lacan J., *séminaire L'angoisse*, 21 novembre 1962.

d'existence ». Particulièrement, il essaie de résoudre le dilemme d'individualité : comment concilie-t-on le fait que le moi intra psychique puisse maintenir une unité au fil du temps ?

Lacan questionne les aspects de la modification en regard de la notion de répétition freudienne. A l'instar de Kierkegaard, Lacan décline la répétition soit comme une orientation vers l'avenir soit vers le passé. La « reprise » s'opère vers l'avenir, et non la remémoration qui s'inscrit dans le passé. Pour Lacan, la répétition s'inscrit dans un retour de la jouissance, du fait même que quelque chose est perdu. C'est parce qu'il y a perte d'une jouissance éprouvée, que le sujet fait répétition dans l'idée de récupérer quelque chose de cette jouissance à jamais perdue. Lacan introduit le terme « d'entropie » au sens du retour (grec : « entropia »). C'est en cela que l'on peut mieux comprendre la notion lacanienne qui parle d'une rencontre manquée entre la quête et la nostalgie[290]. La répétition selon Lacan trouve sens dans la mesure où elle tient à la structure du savoir inconscient. C'est la structure même de « la langue » qui amène le sujet à répéter quelque chose de ce savoir. La répétition est le moyen identificatoire du sujet à sa jouissance. C'est une voie élective pour l'entrée de l'Autre dans le sujet.[291]

Le traumatisme a un rôle spécifique dans la compulsion de répétition puisque c'est en référence au trauma que la répétition se manifeste. Et c'est de la résistance du sujet à la rencontre du réel que la répétition est reconduite. C'est ce que j'observe dans la posture dite du « vilain petit canard », de la victimisation, ou d'une personnalité persécutée, qui induira par ses comportements un étonnement, une méfiance, des moqueries, voire une véritable hostilité de son entourage confirmant après-coup, du bien-fondé de ses craintes initiales. Cette répétition peut se faire avec ou sans langage. C'est peut-être dans ce cadre décrit, qu'il faut repérer l'axe symbolique d'expression de la répétition qui fait sens. Plusieurs facteurs peuvent manifester une déficience du processus de sublimation. C'est ce que Ferenczi, va appeler « l'auto persécuteur » [292]. C'est-à-dire qu'au lieu de sublimer, le sujet va faire un schéma de reproduction du traumatisme.

C'est cette analyse au sein des différents entretiens clinique de la répétition chez Roland et sa famille ont mis en avant

[290] Lacan J., (1969-1970), Séminaire VII, *L'envers de la psychanalyse, op.cit.*
[291] *Ibid.*
[292] Ferenczi S., *Le traumatisme*, Paris, Payot, 1982, p. 20.

3. Analyse des schémas de répétition

Lorsque je rencontre la famille de Roland, je me rends compte que, chez chacun d'eux, des mécanismes de reproduction du vécu paternel, s'inscrivent dans un mode identificatoire dans des sentiments de colère, de haine, et d'idéalisation. Quand le fils ainé s'exprime sur les multiples sévices subis, et le questionnant sur un *« Paris Brest »* (gifles très violentes), il me répondra : *« j'ai eu envie ce jour-là de tuer mon père et je me suis enfoncé un clou d'une planche dans mon talon pour m'apaiser »*. C'est alors, que je lui demande, ce que lui évoquent ses premiers mots. Il me dit par association : « ce sont les mêmes que ceux de mon père » (en effet ce dernier s'était promis de tuer son père tant sa violence lui semblait injuste). Roland manifeste des inaptitudes, des carences en tant que père, seront retrouvées chez son fils cadet. De part et d'autre, les mêmes craintes et interrogations sont émises, à savoir : « qu'est-ce qu'être père ? ». Tous deux en ont d'ailleurs choisi la fuite et l'abandon au début des naissances. La fille ainée quant à elle, notamment lorsqu'elle a eu son premier enfant, tout comme son père, ne supportait pas qu'il crie ou qu'il pleure et était habitée par de la colère et de la haine, fantasmant même parfois le jeter par la fenêtre. Percevant très vite qu'elle reproduisait une histoire familiale, notamment paternelle, elle débute un suivi en psychothérapie qui lui est d'une grande aide.

En outre, le système reproductif s'inscrit également dans certains atavismes, notamment celui de l'alcool. Né d'un père alcoolique, Roland dit « *il faut que je sois très vigilant parce que j'ai une attirance pour l'alcool (notamment le vin blanc) »*. De même les enfants (surtout les deux garçons), consomment : bière et vin, à l'instar du grand père, qui s'alcoolisait de manière massive au vin blanc. Un autre axe que j'ai pu observer est celui de l'éducation, où Roland transmet un plagiat de ce qu'il a reçu (sans forcément le conscientiser) du type : *« un enfant ne doit pas pleurer »*. Il n'a jamais supporté les larmes de ses propres enfants et ce, en projection à sa propre histoire de vie. À l'âge de 4 ans, Roland se met à pleurer à table, suite à une gifle qui lui est donnée. Il reçoit en « prime » un broc d'eau au visage par son père qui lui dira : *« ça t'aidera à mieux pisser en allant aux chiottes »*. Roland bloque toute émotion à ce moment-là. Il recommence à pouvoir pleurer depuis quelques temps à peine. (Il a 54 ans).

Ce qui a attiré mon attention, en rencontrant les enfants, c'est de constater combien les petits-enfants déjà, même dans un âge précoce, portent une agressivité permanente. J'ai

assisté à une scène où la petite fille du fils ainé gifle son père avec force, suite à un refus. Il m'est expliqué que la gifle et la tape sont très réguliers face à l'intolérance à la frustration. Cela m'a interpellé sur ce processus de violence transgénérationnelle en commençant par le grand-père, le père, les enfants et petits-enfants. Les entretiens avec Roland ont mis en évidence son impossibilité d'accepter des pans entiers de son histoire de vie, ce dernier revisitant son vécu par projection identificatoire. Interviennent des cauchemars et des douleurs, qui réveillent sans cesse, ce passé traumatique avec son père qui l'a battu jusqu'à le laisser pour mort. Le cauchemar de répétition associé aux douleurs nocturnes participent à planter le même décor, les mêmes personnages. C'est ce qui avait déjà été observé chez les anciens combattants, qui, dans la dimension onirique, s'agitaient dans leur sommeil, criaient, étaient réveillés en sursaut, en sueur et tachycardes. Toutes ces manifestations de reviviscence sont vécues avec la même intensité que l'événement inaugural dont elles sont une réplique factice. Elles manifestent toutes une identification à l'agresseur.

L'analyse au sein du travail psychothérapeutique de la répétition chez Christine montre qu'elle ne peut tolérer l'anxiété qu'elle ressent. Elle se sent même incapable de s'occuper de son premier enfant et de pourvoir à ses besoins. Lorsqu'elle débute les séances, elle est en train de quitter son employeur qui est vendeur de jouets et qui lui rappelle son propre père de par sa directivité. Ses angoisses sont telles que son discours est parfois désorganisé tant au niveau syntaxique qu'organisationnel dans la structure des phrases. Je demeure stupéfait par l'incohérence de ses phrases et par son style décousu, sans forme. Peu à peu au fur et à mesure des séances je tenterai de mettre un peu d'ordre dans ce chaos qui semble témoigner de mécanismes dissociatifs en regard de la projection. Je lui demande d'essayer de poser des mots de manière ordonnée pour que nous puissions nous comprendre. Les séances sont hebdomadaires et en face à face. Au fil des séances, Christine commence à prendre appui sur le transfert et les idées s'organisent peu à peu. Pendant un certain temps, Christine apporte exclusivement des faits liés aux événements présents. *« Remuer le passé, ne sert à rien »*. Ma posture empathique et de contenant l'apaise et l'aide à accroitre sa confiance. Elle lâche peu à peu son sentiment d'impuissance paralysant, et je peux de temps à autre accéder à sa vie passée, son enfance sans qu'il n'y ait de défense.

Lors d'une séance elle arrive avec le nerf de bœuf avec lequel son père la frappait. Il y en avait deux pour être exact. *« Le châtiment n'était pas le même suivant l'état de mon père »*. Ces évènements lui sont très douloureux à raconter. Je me demande alors dans quelle mesure Christine ne tente pas de me faire répéter ses éprouvés face aux événements

traumatiques qui lui sont arrivés. Je mesure en effet, que je suis loin d'être insensible à la vue de ces nerfs de bœuf et de son discours. En Aveyron, dans le département où je réside, ces pratiques sont largement usitées. En de nombreuses séances, son angoisse se majore par le désespoir d'avoir certaines amnésies : *« je m'interroge sur mon état psychique ? Suis-je folle ? Démente ? Il y a des moments où je ne me rappelle rien... je suis lasse, vidée »*. Je l'accompagne dans cette compréhension progressive de « son état psychique » en effet elle ne se rend pas compte d'une réalité dont elle ne peut pas parler et qu'elle ressent comme une aliénation.

Le récit de Christine est souvent très défensif pour permettre de ne pas entrer dans son passé. Bien qu'elle termine souvent en disant à quel point les séances lui font du bien et combien elle se sent soulagée de partager son récit de vie, son vécu traumatique se répète de séance en séance. Christine peut montrer des préoccupations pour des problèmes mineurs concernant sa vie. Néanmoins, progressivement elle s'oriente vers des questionnements plus intimes, évoquant certaines vicissitudes de son mariage et de sa vie sentimentale car elle a trompé son mari. Je respecte son rythme et l'accompagne avec parfois des interprétations dont elle rejette certaines alors que d'autres favorisent sa confiance et valorisent sa remémoration. Dans la suite de nos rencontres, les souvenirs de l'enfance reviennent et laissent place à des aspects masochistes de sa personnalité, qui sont apparus déjà jeune et se perpétuent avec son mari et dans certaines des relations amicales. Elle exprime une tendance à la répétition et à l'autopunition. Je m'inquiète de sa tendance à s'impliquer dans des situations à risques (vitesse excessive au volant, alcoolisations massives qui demeurent sporadiques).

Ces répétitions semblent être dans une quête d'un « assemblage historicisant » comme le nomme Baranger. Je tente d'interpréter sa recherche inconsciente de postures de soumission. Celles-ci ressemblent à la recherche de l'identique du vécu non éprouvé tel que le décrit Winnicott. La répétition du trauma semble la seule manière possible de calmer l'angoisse suscitée tant par le vide psychique créé par un contexte disruptif que par une tentative infructueuse de perlaboration. Elle commence également à avoir des doutes quant à sa relation de couple « sans désir sexuel », se décrivant elle-même parfois « vide de sentiments » : *« Je ne sais pas ce que je recherche... quelqu'un qui me donne de l'amour, mais ça a toujours fini de la même manière, l'intérêt pour mon physique et le sexe… »*. Au cours des séances durant les semaines qui suivent, des souvenirs émergent, notamment le rejet de camarades d'école, ce qui a accru son sentiment de culpabilité et d'abandon, comme

si elle avait été responsable de ce qui s'était passé. Ses parents la changent d'école en lui disant que *« c'est sa faute »*. Durant toute cette période traumatique. Cela explique sa difficulté à faire confiance aux autres. Il se pouvait également que ces attitudes à l'adolescence puissent potentialiser des situations primitives, tant de nature œdipienne que préœdipienne qui étaient dans le rejet. Ces dernières pouvaient être en relation avec des défaillances de l'objet maternel au cours du processus d'illusion/désillusion.

Avec la consolidation de la relation transférentielle, des sentiments de haine émergent chez Christine. Ceux-ci vont osciller entre sa mère, son père, son frère et moi. Elle éprouve de la rage et de la haine. Une mère qu'elle accuse de ne jamais s'être occupée d'elle sauf pour être « sa potiche » et la façonner comme elle voulait : *« elle préfère mon frère »*. Concernant son père, elle peut dire : *« il me traitait comme une pute »*. Son frère, elle le décrit comme schizophrène. Elle ne peut pas se pardonner d'avoir été incapable, dans le passé, de réfléchir. Elle a besoin de cet espace qu'elle peut investir dans la plainte, pour récriminer, et pour exiger « de guérir vite ». Christine peut exprimer aux séances suivantes son besoin de dépendance et son intolérance à la frustration quand le désir de l'autre ne va pas dans son sens. Elle tente par exemple de négocier le rythme des séances pour renouer avec la dépendance. Ces éléments renforcent mon hypothèse d'une situation traumatique archaïque d'insécurité dans le lien d'attachement. D'ailleurs, ce type de lien, elle l'a établi avec ses deux enfants qui semblent avoir pour fonction l'anxiolyse de son angoisse et de sa peur d'abandon. *« Avec ma fille nous sommes pareilles. Je ne peux pas rester seule, j'ai besoin de quelqu'un pour ne pas rester seule... »*. À partir de cette hypothèse du besoin de fusion, je tente de travailler l'individuation dans la mesure où cette dépendance semble la protéger de la mémoire des coups reçus au même âge que sa fille (elle a 8 ans). Ses relations amicales et son besoin de séduction de certains hommes traduisent le chemin parcouru en regard de son masochisme. Tout en reconnaissant n'attirer « *que des relations étranges* », elle conscientise sa part de masochisme et sa tendance à investir des relations qui la placent à la fois dans la soumission et la maltraitance. Ce sera un des changements essentiels dans la vie de Christine qui va arriver peu à peu à créer de nouveaux types de relations.

La question du traumatisme et de la répétition, très prégnante au travers des situations cliniques de Roland et Christine, m'amène à évoquer maintenant la contiguïté existante entre perversion et sublimation. Par ailleurs, il me semble important d'introduire ces notions à la lumière des liens entre neurosciences et psychanalyse qui font l'objet de discussions très actuelles concernant la notion psycho-traumatique et ses différents destins.

4. Le traumatisme : des neurosciences à la psychodynamique.

Le XXème siècle voit la découverte de nombreuses évolutions au niveau des neurosciences. Historiquement, elles sont issues de la biologie et de la médecine. Elles ont connu un essor incommensurable d'abord avec la philosophie qui a eu une influence directe sur la discipline puis avec l'évolution des connaissances scientifiques telles que l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la chimie, la pharmacologie, la psychologie, l'informatique, la physique. Les neurosciences étudient également les mécanismes chimiques du système nerveux qui agissent sur les comportements. Les sociétés de neurosciences se développent aux Etats-Unis en 1968, en Europe en 1978 et en France vers 1988. Depuis deux décennies, sont arrivées les visualisations du cerveau avec la modélisation (représentation numérique ou analogique simplifiée de la réalité pour montrer les aspects importants de l'organe étudié) et l'imagerie cérébrale.

Dans la rencontre entre neurosciences et psychanalyse il faut éviter les confusions, et les des clivages. Comme le développe Yorgos Dimitriadis il existe des limites entre les disciplines :

> « il y a des répercussions actuellement très concrètes quant les psychiatres tendent à confondre les psycho-syndromes organiques avec les psychoses ou la névrose hystérique avec la psychose, pour rester qu'aux égarements les plus fréquents. Et, pour parler sous la lumière du progrès de neuroscience sur la neuroplasticité, la neuropathologie de maladies mentales ne doit pas abolir la psychopathologie ; au contraire, à l'instar des maladies psychosomatiques classiques où la modification pathologique des tissus est une condition préalable pour qu'elles soient qualifiées de psychosomatiques, la neuropathologie ne contrevient pas la "psychosomaticité" de maladies mentales. »[293]

La lecture que je souhaite proposer ici est une lecture dialectique entre les deux disciplines.

4.1 De la génétique à l'épigénétique

Une autre nouveauté neurologique est mise en lumière en 1942 par le biologiste anglais, Conrad Waddington : l'épigénétique. Elle se définit par l'étude des changements modifiant l'expression des gènes sans mutation de l'ADN. Il s'agit d'interroger les mutations provenant de l'hérédité, en principe, irréversibles, qui se transmettent en dehors des gènes sous influence de l'environnement. Par exemple, comment l'environnement stressant que vit

[293] Dimitriadis Y., « Éloge de la subjectivité en psychiatrie », *Recherches en psychanalyse*, 2010/2, n° 10, p. 329.

une mère enceinte va participer à modifier ou non certains gènes de son enfant à naître ? Les variations épigénétiques sont co-dépendantes de tout type d'environnement : la cellule reçoit en permanence des signaux où s'intègrent ceux liés aux comportements (tabac, alcool, drogue, alimentation, stress, violences subies, etc.) qui peuvent conduire à des modifications dans l'expression des gènes sans affecter leur séquence ADN. Depuis ces dernières années, toutes les spécialités médicales investiguent l'épigénétique. Néanmoins de nombreuses questions subsistent : par exemple, pourquoi un jumeau homozygote (issu de la même poche) - avec un génome quasi-identique - peut développer une schizophrénie à l'adolescence et son frère jumeau non ? À l'inverse, pourquoi des personnes ayant des conditions de vie semblables – mais un génome différent – développent une même pathologie ? Ces questions ouvrent tout un champ de possibles dans la recherche.

4.2 La possible transmission des marques épigénétiques.

Comme on l'a vu, les événements traumatiques comme les guerres, les attentats, les catastrophes naturelles, les situations des réfugiés, les viols ou violences, les accidents, sont susceptibles de créer de profondes séquelles psychiques chez les victimes et les témoins. Certains chercheurs en neurosciences postulent que ces traumatismes peuvent entraîner des modifications épigénétiques. Toute exposition à un stress, physique ou psychologique, entraîne une cascade de réponses immédiates dans l'organisme. Les gènes y participent directement par la production de protéines et d'une hormone : le cortisol (entre autres). Dans le cadre d'un stress fulgurant, la généticienne helvète, Ariane Giacobino[294], explique que « les gènes impliqués dans la réponse au stress subissent des modifications chimiques que l'on appelle méthylations génétiques[295] ». Si ces modifications touchent uniquement la lecture du gène (et non son code génétique) la réversibilité est possible. Cependant, elle pourrait devenir permanente dans certains cas. C'est ce que tendent à démontrer des recherches menées sur des vétérans américains du Vietnam chez qui les symptômes traumatiques demeurent.

Certains chercheurs émettent le postulat que ces méthylations génétiques pourraient se transmettre dans les lignées transgénérationnelles. En étudiant la descendance des

[294] Giacobino A., conférence : La transmission épigénétique, comment un traumatisme psychique s'inscrit-il sur l'ADN ? Quelles suites ?, Suisse, 2017.
[295] La méthylation est un processus métabolique qui se déroule au cœur de la cellule de l'organisme. Une des fonctions de la méthylation est de réguler l'expression génique. Ainsi elle active ou non l'expression d'un gène.

victimes de traumatismes, il a été observé la présence de symptômes de stress post-traumatique semblables à ceux de leurs parents, alors même que le sujet n'a rien vécu de tel. Ces enfants sont plus déprimés, plus anxieux, plus sensibles aux addictions et risquent davantage de développer un trouble psychiatrique. Les études chez les animaux, notamment chez les souris, démontrent que des traces de ces méthylations pourraient même persister jusqu'à trois, ou quatre générations. Néanmoins ces hypothèses restent controversées, car à chaque nouvelle génération, les gènes peuvent passer par une déprogrammation puisqu'il peut exister un processus de réversibilité.

4.3. De la plasticité neuronale à la psychanalyse.

Supposer une sortie possible au traumatisme implique de ne pas le ramener seulement à sa fixation dans un système de mémoire. Car le traumatisme laisse bien une trace. C'est ce que démontre concrètement le fait de la plasticité cérébrale – une donnée nouvelle, issue des neurosciences contemporaines qui révèle que toute expérience, quelle qu'elle soit, perception externe ou sensation interne, laisse effectivement une trace à la fois structurelle et fonctionnelle dans le réseau neuronal. En même temps que l'expérience s'inscrit, son inscription sépare de l'expérience, la rend inatteignable. L'accès à l'expérience est irréversiblement barré par le fait de son inscription. C'est là le paradoxe de la plasticité. On ne retrouve plus l'expérience, on n'en retrouve que la trace. On retrouve d'autant moins l'expérience que les traces s'associent entre elles pour former de nouvelles traces.[296]

François Ansermet développe l'idée que les mécanismes de la plasticité participent, au-delà de toute expérience, à créer une nouvelle réalité, désormais déterminante, démontrant de façon renouvelée à quel point la question du traumatisme et celle du fantasme sont indissociables. Il en est de même d'un événement qui ne peut être en lui-même la cause des effets qu'il produit. À l'effraction traumatique est associée un fantasme. Celui-ci est un mode de traitement du réel impensable mis en jeu. Le fantasme, c'est une première réponse qu'invente le sujet, au gré de sa structure, sur la base de l'événement contingent. Se trouve confirmé, cette fois conjointement entre neurosciences et psychanalyse, à quel point la question du traumatisme gagne à être abordée à partir d'une logique de la réponse plutôt qu'à partir d'une logique de la cause – une réponse qui résulte de ce qui fait le propre du sujet, en deçà des événements auxquels il se trouve soumis[297]. Selon François Ansermet, « la

[296] Ansermet F., Magistreti P., *Les énigmes du plaisir*, Paris, O. Jacob, 2010.
[297] Ansermet F., *Conférence neurosciences et psychanalyse*, Paris Diderot, 2018

plasticité, c'est un des noms du sujet … C'est pour ça que moi, je dis qu'il y a une rencontre, entre psychanalyse et neurosciences, autour de la question du sujet[298] ». Depuis 5 ans environ, de nouvelles découvertes sur le cerveau ont démontré que les possibilités de ce dernier sont bien plus étonnantes qu'on ne le pensait. Le générateur de l'humeur est lié à la capacité des personnes à synthétiser la sérotonine. La sérotonine stimule le désir, améliore les fonctions cognitives, agit au niveau de l'humeur et, notamment, accentue le côté positif de la joie et du bonheur dans la vie. Dans des conditions traumatiques, l'observation cérébrale au scanner permet de constater une baisse de la sérotonine.

Par ailleurs, dans le cadre du stress chronique, l'organisme essaie de maintenir une homéostasie (équilibre interne) et sécrète des hormones telles que le cortisol, la dopamine, la sérotonine, l'endorphine. En situation de stress chronique, le cortisol reste élevé, il manifeste son pouvoir anxiogène et dépresseur et entraîne une dégradation de la mémoire et des capacités d'apprentissage pouvant aller jusqu'à l'épuisement et des angoisses paniques. À la suite d'événements traumatisants ou d'une répétition d'échecs, le stress s'installe et menace l'équilibre de l'organisme. Le plus souvent, les effets du stress prolongé commencent à se faire sentir sur le psychisme et des manifestations physiques apparaissent : tachycardie, palpitations cardiaques, douleurs et tensions (dans les mâchoires, les cervicales ou le dos), asthénie (état de fatigue généralisé), insomnies, vertiges, dyspnée (difficultés à respirer), nausées, ballonnements. À l'imagerie sont alors constatées des atrophies au niveau des régions fronto-limbiques qui représentent la zone du plaisir.

Selon l'étude du neuroscientifique Bjorn Carey[299] sur le risque accru de violence impulsive, il existe une enzyme, la mono amine oxydase (MAOA) utilisée pour métaboliser la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Chez les porteurs de cette enzyme, il existe une plus haute disposition à prendre des risques. En outre, elle aide à mieux s'adapter et à mieux estimer les chances de succès dans des situations critiques. Cette recherche a mis en évidence, notamment chez les personnes de sexe masculin qui avaient été maltraitées, l'existence de déficiences des instances de cette enzyme. Alors que celle-ci permet une protection chaque fois que les neurotransmetteurs sont libérés sous l'effet de la peur, par exemple, ils resteront dans la fente synaptique (espace entre deux neurones) et provoqueront un comportement plus agressif. Selon Bjorn Carrey, chez les enfants abusés durant

[298] *Ibid.*
[299] Thèse doctorale Sajus N. : Approche transculturelle comparée des apprentissages psycho-éducatifs et de l'usage des discours de résilience auprès d'adolescents victimes de maltraitances : cas de Jean en Guyane et de Marie en Métropole, Université de Guyane, 2016, p. 168.

l'enfance, cette activité renforce les comportements violents en inhibant l'activité sérotoninergique (qui régule l'activité du stress, de l'anxiété, et de la dépression). L'amygdale du cerveau est associée à la peur et à la colère. Le cortex cingulaire réglemente l'amygdale et contribue à inhiber ces comportements. Les hommes avec une déficience de la mono amine oxydase ont également montré une hyperactivité de l'amygdale lors du rappel des souvenirs négatifs. Cela altère une partie du cortex cingulaire lorsqu'on essaye d'obtenir une réponse physique. Il est important de noter, toutefois, que ces individus n'étaient pas des criminels violents. Ils étaient tous considérés psychologiquement « sains ». Néanmoins, sur un large échantillon de personnes dites « normales », on peut observer une variante du gène orientant vers l'impulsivité et l'agressivité. Cette découverte révèle-t-elle un lien entre la génétique d'une personne et l'environnement dans lequel elle évolue lors du contrôle du comportement. Il y a également des facteurs hormonaux, qui semblent jouer un rôle essentiel, notamment l'ocytocine[300].

Il est dommageable de penser que tout est joué au plan neurologique. Au contraire, il a été découvert une zone qui fabrique des neurones tout au long de la vie. C'est une évolution à prendre en compte. Selon la dimension épigénétique, en regard de l'environnement dans lequel va être immergé l'enfant, l'adolescent va rendre possible l'expression ou non du gène. L'intelligence, la sensibilité, l'empathie, toutes les fonctions cognitives et psychiques dépendent du degré d'interconnexion et de vivacité des neurones. L'élaboration, la capacité d'introspection, l'auto-analyse sont indispensables pour développer la perspective de sublimation. Eu égard à la neurobiologie, la multiplication des connexions neuronales, chez l'enfant, l'adolescent, le sujet adulte, se réalise et se développe dans l'interrelation, la stimulation par la parole, l'expression d'émotions comme la colère, la joie. La rencontre de personnes structurantes participe au processus de plasticité neuronale qui se produit dans le cerveau d'un sujet maltraité, carencé affectivement et découvrant un nouveau milieu favorable. Tout cerveau humain réagit en interaction avec une culture, une personne, une famille.

Après l'étude du « gène du crime » que j'ai développé, une autre recherche de Carey[301] a été reprise par la suite avec des présupposées scientifiques dont les pourcentages

---

[300] Hormone synthétisée naturellement par l'organisme au niveau du cerveau, par l'hypothalamus, puis stockée dans l'hypophyse qui la libère quand elle est nécessaire. Cette hormone serait impliquée dans de nombreuses fonctions comme les émotions, les aptitudes à l'empathie, aux relations, la sexualité. Elle est surtout connue car elle influe sur l'accélération de l'accouchement.

[301] Bjorn C., *Base génétique de risque accru de violence impulsive*, 20 mars, 2006.

de personnes atteintes ne cessent de varier d'un chercheur à l'autre. Elle évoque que le générateur de l'humeur est lié à la capacité des gens à synthétiser de longues protéines capables de véhiculer beaucoup de sérotonine alors que d'autres ne véhiculent que de petits transporteurs au plan inter-synaptique. Dans les conditions traumatiques dans l'observation cérébrale réalisée au niveau du scanner, il a été constaté, une inversion de gradient au niveau des neurones. Sous des effets « stresseurs », le sodium se transformerait en potassium qui devient délétère pour le neurone qui se détruit. Au niveau de la tomodensitométrie (TDM) a été montré des atrophies au niveau des régions fronto-limbiques qui représente la zone du plaisir.

Selon les dernières études génétiques d'Isabelle Mansuy[302], les traumatismes modifieraient le comportement de l'individu traumatisé et ceux de sa descendance puisque l'on retrouve une modification métabolique jusqu'à la troisième génération. Cela signifie~~rait~~ donc que les traumatismes atteignent également les cellules germinales (spermatozoïdes et ovules) qui sont le seul lien biologique entre les générations. Isabelle Mansuy et ses pairs ont testé l'hypothèse auprès de plusieurs générations de souris. Une souris et ses souriceaux sont séparés tous les jours pendant 3h de manière imprévisible (de la naissance jusqu'à 2 semaines) et la mère est soumise à un stress intense. Stress de contrainte ou nage forcée. Après un tel traitement, voici ce qu'il en ressort. Biologiquement, l'ADN est marqué par des mécanismes épigénétiques très complexes (méthylation de l'ADN, modifications des histones, ARN non codants) impactant les cellules. Les scientifiques de cette étude sont parvenus à plusieurs conclusions :

Le stress traumatique précoce induit des symptômes dépressifs sur trois générations : une souris dont les parents ont été traumatisés, se comportera avec moins de vigueur lorsqu'elle sera soumise à la nage forcée. Le stress traumatique précoce altèrerait la mémoire sur deux générations. Pour finir, il semblerait que le processus puisse être inversé si les souris issues de lignées traumatisées sont mises dans des environnements dits « enrichis » (roue pour courir, labyrinthe avec libération de récompense…). Certains marqueurs biologiques tendraient à disparaitre.

Il existe donc une dialectique entre neuroscience et psychanalyse qui est un inattendu

[302] Mansuy I., neurogénéticienne à l'université de Zürich et à l'école polytechnique fédérale de Zürich. Elle a présenté ces derniers travaux lors d'une conférence d'université en 2016.

pour la psychiatrie. Longtemps un point de vue réductionniste y a prévalu. La neurobiologie cherche les bases biologiques des pulsions, de la violence et même de l'inconscient. Une autre voie aurait été de prouver la psychanalyse par la neuroscience. Certes il existe des propriétés neuronales, membraneuses, synaptiques, etc., qui se manifestent au sein d'états psychiques. Déjà, Lacan en 1964 interrogeait : « que serait une science qui inclurait la psychanalyse ? » La perspective entre neurosciences et psychanalyse serait d'introduire le lien dans la question neuroscientifique des questions de psychanalyse à savoir : l'inconscient, la pulsion, la répétition, le transfert, la clinique de l'acte sur la clinique du symptôme. Comme je l'ai évoqué, dans l'histoire du XIX et du XXème siècle, on a pu constater un balancier entre « tout psychique » et « tout cérébral ». Aujourd'hui, la culture scientifique tend à se situer sur un paradigme de la superposition. L'exemple de la violence que j'ai décrite en serait l'exemple.

On peut parler de point d'intersection de la trace. Trace qui peut être inter-synaptique, mnésique, de l'expérience. Le concept de plasticité neuronale suppose que l'expérience du sujet laisse une trace dans le réseau neuronal[303]. La plasticité était une hypothèse que soulevait Freud dans l'*Esquisse*[304] , en s'interrogeant sur les modifications du réseau neuronal. Depuis les années 1990 jusqu'à Kandel, une série de chercheurs ont vérifié l'hypothèse freudienne en démontrant l'inscription de la trace mnésique. Car l'expérience du sujet va induire une variation du nombre et de l'architecture de la synapse. Cette expérience affective sera tout autant une expérience vécue du sujet avec son environnement que l'acte du sujet. Il s'agit d'un changement qui met en rapport la trace. Eu égard à mon travail de recherche, quel est le rapport entre la trace et le langage, entre la trace et l'altérité ?

Freud, en 1895, avait montré que l'incidence de l'autre sur le vivant ~~a commencé~~ commence dans l'interaction de la dyade mère/bébé. Comment émerge cette première inscription et que va-t-elle induire ? Il introduit une disjonction épistémologique entre : perception, mémoire, conscience, langage. Par la suite, Watzlawick[305] a montré que l'enfant est d'abord sensible à la partie analogique du langage de l'adulte et que c'est par elle qu'il entre en quelque sorte dans le langage. Cette perspective change de paradigme en regard d'un point de convergence entre causalité psychique et causalité somatique.

[303] Kandel E., Prix Nobel de médecine physiologique, 2000.
[304] Freud S., (1895), *Esquisse d'une psychologie scientifique*, *op. cit.*
[305] Watzlawick P (1977), *Le langage du changement*, Paris, Seuil, 2014.

Ce point de convergence entre neurosciences et psychanalyse s'articule autour de la question de la singularité du sujet en trois paradoxes.[306] Le premier paradoxe est l'unicité : il existe des mécanismes universaux qui aboutissent à produire de l'unique et du différent. En somme, tout être est unique, donc irremplaçable de par les expériences vécues, de par la contingence. Le deuxième est que les traces s'associent les unes aux autres. Une fois une trace inscrite, elle devient un stimulus pour le dispositif psychique. Il peut y avoir des associations de traces qui vont former une nouvelle trace. L'inscription de l'expérience implique des traces qui s'associent à d'autres, introduisant la notion de discontinuité. Au plan biologique il existe un mécanisme : la consolidation des systèmes neuronaux. Elle se traduit par une trace inscrite. Si le sujet réévoque le souvenir, cette trace devient labile et elle est susceptible de nouvelles associations. La pratique psychanalytique trouve donc toute sa pertinence en regard des sphères de remémoration et d'élaboration. Le langage, la parole, rend les traces mobiles, pouvant se réassocier à d'autres, et donc elle permet la transformation des représentations en les modifiant. Les traces par associations peuvent amener de nouvelles inscriptions. La pratique analytique peut alors se percevoir comme une réassociation de traces mnésiques. Il en va de même pour la perspective de la pratique institutionnelle au travers des l'ensemble des intervenants auprès des patients. Enfin, le troisième paradoxe est qu'il existe un changement permanent à partir de ce postulat, comment changer la répétition en tant qu'analyste ?

La question du biologiste est tout autre : comment se fait-il que le sujet reste le même ? Platon proposait déjà une réponse : « on dit qu'il reste le même, cependant, cet être n'a jamais en lui les mêmes choses »[307]. Les neurosciences confirment la formule de Platon en démontrant que ce qui est biologiquement déterminé peut ne pas être déterminé. Le sujet, par l'association de trace et par l'épigénétique, est déterminé pour ne pas être déterminé eu égard à l'incidence de la contingence. Il existe donc une nouvelle dialectique entre continuité et discontinuité. La plasticité permet une ouverture d'imprédictibilité qui légitime la psychanalyse au travers de son dispositif par la parole et l'association.

Il me semble qu'il faut également tenir compte du fait que la réponse du sujet sera toujours celle de sa responsabilité. A chacun de se faire auteur et acteur de son propre devenir au-delà de ce qui le détermine. Tel est le message de cette rencontre entre neurosciences et psychanalyse. Parfois, Répéter les conditions d'acquisition de ses capacités adaptatives et

[306] Conférence de François Ansermet donnée à Paris Diderot en juin 2017.
[307] Platon, *Le Banquet*, Paris, Garnier Flammarion, 2007 p. 57.

au mieux en modifier les composantes demeure la seule possibilité pour survivre. Comme je l'ai déjà évoqué, Freud a montré la valeur heuristique de ce processus typique de l'expression psychique inconsciente qu'est la répétition. Ne pouvant donc se remémorer l'événement ou quelque chose, le sujet le répète sous une forme d'un agir.

Dans ce cas, l'orientation pulsionnelle se fait vers la perversion. C'est cette perspective que je poursuis dans le prochain développement.

5. Le traumatisme psychique : enjeu complexe de la dialectique entre perversion et sublimation.

5.1 Le concept de perversion

Le pervers est un jouisseur du mal procuré à lui-même, à autrui et de la destructivité. Si l'expérience de la perversion est universelle, chaque époque la considère à sa façon. La fin du XVIIIème siècle a vu émerger une nouvelle figure de la perversion qui trouve ses racines dans la pensée classique du criminel : le grand monstre moral, liant en ses crimes jouissance, sexe et sang[308]. Sade est le sujet type qui aboutira à la définition de la perversion au sens moderne tandis que le XIXème siècle mettra en évidence trois figures : l'enfant masturbateur, l'homosexuel et la femme hystérique. Le XXème siècle ne cessera d'étendre la définition et de la faire varier sur différents axes, biologique, psychologique, anthropologique pour arriver à des dimensions juridiques et du consentement au XXIème siècle. La perversion se différencie de la perversité qui va définir un mode d'organisation psychique. Certains auteurs, comme Henri Ey en 1950, ont pu opposer les termes de perversité et de perversion. Ils distinguent la perversité stricte qui relèverait du registre moral. La dimension de structure serait, quant à elle, du registre psychopathologique. Enfin, un troisième registre serait plus de la psychocriminalité ou d'un modèle anti-social. Sophie de Mijolla précise toutefois que les perversions se situent la plupart du temps sur plusieurs de ces registres. Il en est ainsi de la pédophilie (cas de Patrick que je développe) et qu'il vaudrait mieux nommer pédoclastie (ou « bris » d'enfants).

Dans cette complexité, la perversion est l'expression de la négativité, de la haine et de la destructivité. Son paradoxe réside dans le fait qu'elle peut être l'objet d'une grande

[308] Rennevelle M., *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003.

créativité : elle permet l'accès à la plus haute des libertés, celle qui permet au sujet d'osciller entre le statut de bourreau et celui de victime. La perversité, si elle peut être synonyme de l'abject, trouve son envers dans une dimension sublimatoire au travers de l'art et du génie de certaines personnes. La frontière entre perversion et sublimation est parfois difficile à définir. Mon questionnement introduit un double paradigme entre celui de la norme et du psychopathologique. La perversion introduit une nouvelle façon d'être, une structure qui se distingue de la névrose et de la psychose, sans avoir un substrat organique. Le pervers ne connaît pas les remords. Il peut passer du sublime à l'abject sans passer par la culpabilité.

Anna Freud, dans ses travaux, montre les différentes voies de l'altruisme. Il peut s'agir de se préoccuper du bien d'autrui ou de procéder à une délégation de la pulsion ou de chercher à se rendre malheureux [309]. Cette perspective altruiste pourrait se nommer « altruisme délétère », forme de perversion en regard d'un narcissisme exacerbé au sens d'une hypertrophie du moi qui répondrait à une grande faille narcissique entrainant une incorporation et une assimilation de la vie d'autrui.

> « L'amour de l'humanité peut s'égarer et se mettre au service d'une politique opprimant l'humanité au nom même de l'humanité, alors nous voyons que l'amour de l'humanité, plus encore que la haine, peut conduire à la plus extrême inhumanité. A l'inverse, des actions strictement égocentriques, mues par l'intérêt personnel le plus sordide, peuvent, en s'insérant dans le jeu des inter-rétroactions sociales, contribuer bien plus utilement au bien général que la bonne volonté fourvoyée[310] ».

L'existence du mot « pervers » est attestée en 1190 et dérive de « pervertere » : retourner, renverser, inverser, commettre des extravagances. La perversion n'est pas due à une dégénérescence ou à une quelconque anomalie constitutionnelle. On ne naît pas pervers, on le devient.

Le pervers est donc celui qui reste cramponné à des satisfactions qui ne sont plus de son âge : la perversion est liée à un arrêt du développement de la pulsion sexuelle et à une déviation de l'objet de la pulsion (dans la pédophilie, par exemple), du but (du voyeurisme) ou de la zone érogène (dans le fétichisme). Toutefois, dit Freud, tout sujet possède en lui des tendances perverses fortement développées mais, la plupart du temps, refoulées et rendues inconscientes. Les fantasmes inconscients présentent les mêmes contenus que les actes pervers. Plus tard, Jacques Lacan apportera un éclairage pour qui veut comprendre ce qu'est

[309] Freud A. (1949), *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1978.
[310] Morin E., *Pour sortir du XXème siècle*, Paris, Points Seuil, 1984, p. 298.

le passage à l'acte pervers. Le pervers n'est pas celui qui veut faire du mal à l'autre mais celui qui cherche à l'angoisser. Le masochiste n'est pas celui qui veut souffrir, mais celui qui cherche à souffrir à un point tel que cela finisse par éprouver l'autre dans ses capacités à pouvoir se maîtriser – c'est-à-dire non seulement à le tester dans ses capacités à dominer l'autre mais surtout à se dominer lui-même.

5.2. Dialectique entre sublimation et perversion

Sophie De Mijolla[311] pose la question : la perversion n'utilise-t-elle pas les objets de la sublimation, plus que ses mécanismes, pour affirmer sa théorie sous-jacente, prenant appui sur elle, en quelque sorte, pour s'intégrer dans le monde social et dans la culture en général ? Dans ce contexte, le choix deviendrait stratégique et le deuil serait contourné. Si la sublimation autorise, pour un sujet, l'accès à l'ensemble des objets culturels sans exception, et de ce fait au concept même de civilisation, elle nécessite la participation de tous les mécanismes nécessaires au fonctionnement de l'appareil à penser, avec la part de deuil qui les accompagne.

Par l'observation, perversion et sublimation trouvent certains points communs :

- Elles s'originent dans les pulsions partielles ;
- Elles sont idéalisées ;
- Elles mobilisent un acte ;
- Elles n'appartiennent pas au refoulement ;
- Elles s'associent à l'idée de créativité.

En évoquant dès le début de ses travaux que l'enfant a une prédisposition à la « perversité polymorphe »[312], Freud émet le postulat que la perversité est inhérente au sujet et, par conséquent, il le restera inconsciemment en tant qu'adulte. Il ne peut l'effacer pleinement de sa structure : du sadisme au masochisme, en passant par l'exhibitionnisme et le voyeurisme. Cette symptomatologie est envisagée comme potentiellement inhérente à toute sexualité humaine dans la mesure où elle peut apparaître durant l'analyse comme essentiellement perverse en regard des plaisirs et des fantasmes inconscients qu'elle génère.

Dès les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Freud définit la perversion comme « des transgressions anatomiques » et comme « des arrêts de la relation

[311] De Mijolla-Mellor S., *Traité de la sublimation, op.cit.*
[312] Freud S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité, op.cit.*, p. 118.

intermédiaire avec l'objet sexuel »[313]. Il s'agit d'un surinvestissement sexuel qui consiste à élever au rang de but sexuel des activités relevant d'autres zones corporelles que les parties génitales. Chez l'enfant, ce comportement relève du fort investissement narcissique de son propre corps, pris comme objet de jouissance. Si donc l'enfant est pour cela même un « pervers polymorphe », la mère ne l'est pas moins dit Freud : « L'amour de la mère pour le nourrisson est de type amoureux pervers, ce dont le père inconsciemment prend ombrage, surtout s'il s'agit d'un fils » [314].

Freud considère qu'en raison de la prématurité qui nécessite un plus long étayage maternel et parental avant l'acquisition d'une certaine autonomie, le bébé est habité d'une « angoisse précoce » ou une « phobie originaire ». Cela participerait à induire un conditionnement à « l'appétit d'excitation » et à des insatisfactions. Cet appétit d'excitation, en quête perpétuelle de recherche d'objet de jouissance, serait donc l'inévitable destin de la pulsion chez le sujet. Freud y trouve une économie psychique qu'il repère chez le sujet et qu'il nomme perversion originelle. On peut même se demander si la notion même de perversion n'est pas un concept « contre-phobique », face à la mère évoquant la notion de « mère-version »[315]. Si, pour Freud, la perversion est une passion fixe qui ramène le pervers aux plaisirs infantiles avec le corps maternel, c'est parce que, en même temps qu'il dénie l'interdit de l'inceste, le pervers dénie la castration de la mère.

L'analyse de Freud concernant Léonard de Vinci, lui permet de démontrer ce surinvestissement maternel (mère phallicisée) propre au fantasme pervers qui, pour satisfaire la toute-puissance infantile, l'élève en regard de la béance que laisse l'absence ou de la défaillance paternelle. La perversion comme « déni de la castration » sous-tend l'hypothèse que : « toute perversion constitue une négation des fins assignées à la procréation. »[316] Comment le pervers polymorphe qu'est le nouveau-né, dépendant de sa mère, se construit-t-il comme sujet pervers ? –

> « [...] il est souvent possible de découvrir dans l'anamnèse des pervers une impression très ancienne, laissée par une orientation anormale de l'instinct et un choix anormal de l'objet et à laquelle la libido du pervers reste attachée toute la vie durant »[317] .

[313] *Ibid.*, pp. 57-58.
[314] Freud S., *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Paris, Gallimard, 1993, p. 143.
[315] Barande I., *De la perversion, Notre duplicité d'être inachevé*, Lyon, Césura, 1987, pp. 205-209.
[316] Freud S., *Introduction à la psychanalyse*, *op.cit.,* p. 301.
[317] *Ibid.*, pp. 327-328.

Si cette fixation auto-érotique se construit la plupart du temps durant la fin de la période œdipienne c'est à dire durant la cinquième ou sixième année, il est possible d'envisager cette structuration (différente de la perversité polymorphe) avant la période œdipienne c'est à dire dans des archaïsmes très précoces[318].

La séduction parentale, maternelle ou paternelle, l'incestualité ou le climat incestuel, peuvent être à la base d'une telle évolution. Alors, selon Freud, quand la perversion a supplanté la sexualité normale, et non pas quand elle se contente de l'accompagner, « nous retrouvons dans l'exclusivité et dans la fixation [...] un symptôme pathologique ».[319] Freud avance très tôt un certain relativisme culturel et historique de la perversion : les perversions sous-tendent toutes les névroses qui caractérisent les sujets contemporains considérés normaux. A plusieurs reprises, Freud précise cette idée en enracinant les perversions dans la prédisposition sexuelle infantile qui demeure refoulée et inconsciente dans les psychonévroses, elles-mêmes définies comme « le négatif de la perversion. » [320]

La conception freudienne de la famille pose le postulat que l'affectivité intrafamiliale s'étaye sur les préceptes de l'alliance et de la filiation en instaurant le primat de l'interdit de l'inceste. L'inceste ne se limitant pas au passage à l'acte sexuel mais pouvant être élargi au climat incestuel où l'intimité psychique ou physique de chacun est violée de manière implicite. « L'incestuel est tout dans l'agir, pas forcément dans le génital de l'inceste, mais plus souvent dans des équivalents d'inceste qui sont des comportements à travers lesquels une relation de nature incestuelle transite »[321]. Selon Racamier, Le climat incestuel vient créer une dysharmonie au sein de l'homéostasie familiale qui devrait être sécurisante. Ce climat incestuel va induire un assujettissement d'un membre de la famille envers un autre. C'est alors qu'apparaissent des maux tels que l'insécurité interne, l'angoisse, des somatisations, etc. Ce type de relation, vient faire barrage à la subjectivité, au processus d'individuation, donc à la singularité, à la construction et à la maturation chez l'enfant[322]. Il devient un frein à l'altérité créant des relations de type fusionnel ou dépendant.

---

[318] Freud S., (1919), *Un enfant est battu, Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1974, pp. 221-123, 232.
[319] Freud S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, *op.cit.*, p. 74.
[320] Freud S., (1900), Fragment *d'une analyse d'hystérie Dora*, *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1975, p. 35-36 ; *Trois essais*, *op. cit.*, p. 80.
[321] Defontaine J., « L'Incestuel dans les familles », *Revue française de psychanalyse*, 2002, 66, 1, pp.179-196.
[322] Winnicott D.W. (1963), Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu, Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992, pp. 43-54.

En Occident, le désir d'enfant s'est modifié. Là où jadis, les familles accueillaient la vie, sans toujours pouvoir la réguler - avec parfois de nombreux avortements clandestins - aujourd'hui le désir d'enfant se programme. Ce nouveau-né, très attendu, est parfois hyper-investi dans une dimension fusionnelle. Il s'ensuit un système parental qui devient « hyper-protecteur ». C'est alors un message paradoxal qui se transmet. Loin de la dimension sécure que produit le versant « protecteur », c'est une angoisse projective qui est véhiculée en regard de « l'hyper ». Qu'est-ce qui permet la subjectivation et la discursivité en termes de « je » au lieu d'être aliéné, objet de ce qui agit à la place du sujet, de ce qui pense et parle pour lui en le dépossédant de lui-même ? Il s'agit de l'enjeu à pouvoir assumer sa propre existence, et déployer une responsabilité à laquelle nul ne peut se substituer. Pour chacun, l'émancipation signifie la possibilité de la nouveauté, donc de la singularité, alors que le sujet risque toujours de rester assujetti à une histoire familiale qui se répète sous des formes différenciées.

La clinique décrit des réalités familiales qui sont plus complexes, souvent constituées d'emprises réciproques, de répétitions parfois sur plusieurs générations, de paroles ou de gestes qui font destin pour tel ou tel membre de la famille. Il y a une dialectique de la liaison, de la déliaison, de la différenciation et de l'indifférenciation, où le sujet doit apprendre à se situer de manière subjective. C'est dans cette clinique que se retrouvent les états limites, dont la prégnance sémiologique s'organise autour des troubles relationnels, caractériels, des agirs violents, des addictions, des somatisations diverses et des troubles de la personnalité allant de l'inhibition, à l'hypertrophie moïque en passant par des troubles de la pensée voire le délire[323].

Racamier réfléchit sur la validité du modèle œdipien en regard de la structure psychotique[324]. Il affirmera que dans « l'œdipe se crée une voie difficile à travers des structures qui ne lui correspondent pas, chez certains on perçoit une teinture d'œdipe. Souvent chez des sujets borderline on assiste à une fuite en avant vers un œdipe de couverture, qui s'instaure comme défense contre des angoisses archaïques (voir les érotomanes qui parlent de leur père quand elles n'ont que leur mère dans la tête). Pour comprendre ces états limites l'œdipe ne faisait pas l'affaire, le pré-œdipe non plus ». Racamier qualifie l'incestuel comme « ce qui dans la vie psychique individuelle et familiale porte l'empreinte de l'inceste non fantasmé, sans qu'en soient nécessairement accomplies

[323] Racamier P.C., *Cortège conceptuel,* Paris, Apsygée, 2000.
[324] Racamier P.C., *Le génie des origines,* Paris, Payot, 1992.

les formes génitales ». L'inceste fantasmé, comme le meurtre fantasmé, définit l'œdipe. L'inceste et l'incestuel ne relèvent pas du fantasme mais de l'agir. Racamier oppose l'œdipe à l'inceste : « L'inceste n'est pas l'œdipe, il en est même tout le contraire ».

La relation incestuelle se définit comme « une relation extrêmement étroite, indissoluble, entre deux personnes que pourrait unir un inceste et qui, cependant, ne l'accomplissent pas, mais qui s'en donnent l'équivalent sous une forme apparemment banale et bénigne. L'incestuel est-il un vaste registre dont on découvre les traces au sein d'un contexte familial et dans la perspective de plusieurs générations. Ce qui différencie l'œdipe de l'inceste, selon Racamier c'est qu'il existe un secret faisant alliance avec un déni, le déni de la faute, le déni de la culpabilité. Tout inceste fait alliance avec le déni à travers une technique, celle du « non-dit ». À la différence de l'œdipe et de son cortège de rêves et de fantasmes, l'inceste s'effectue sur un fond de deuil impossible à faire. Il est une mise en acte, hors psyché qui vise à éviter toute souffrance psychique liée à la conflictualité.

> « Le patient qui couche avec sa mère le fait non parce qu'il la désire, mais au contraire pour éviter de la désirer. L'acte pare au fantasme : l'inceste a une fonction, celui de pare-feu libidinal. En exauçant le désir il vise à le tarir, évacué d'avance le désir sera satisfait sans fantasme. Il ne reste rien à désirer. »[325]

L'incestuel, quant à lui, se définit comme un équivalent d'inceste :

> « L'incestueux dans ce que nous connaissons d'ordinaire en analyse c'est le fantasme et le produit d'une symbolisation, tandis que l'incestuel ne résulte d'aucune symbolisation. Il est tout dans l'agir, pas forcément dans le génital de l'inceste, mais plus souvent dans des équivalents *d'inceste qui* sont des comportements à travers lesquels une relation de nature incestuelle transite. »[326].

La banalisation est fréquente chez les pervers, dit-il, qui tentent de faire passer pour normales ses conduites ou les situations familiales dans lesquelles des liens incestuels sont à maintenir dans le cadre d'une homéostasie intrafamiliale. Il y a donc un déni de sens de la place au sein des familles. Ces problèmes de place et d'inversions de celles-ci révèlent une famille avec des dysfonctionnements de différenciation. La confusion entre l'espace privé et public est prévalente et révélatrice d'incestualité. L'analyse du concept induit une approche de la pathologie mentale dans une perspective de dimension relationnelle. Il existe une confusion des places au sein de la famille : père qui occupe la place de la mère, mère qui

[325] *Ibid.*, p.129.
[326] Defontaine J., « L'Incestuel dans les familles », *Revue française de psychanalyse*, 2002, *op.cit.*

occupe la position du père, enfant qui se parentifie… Ces confusions de places conduisent à d'autres confusions, celles qui portent sur la différence des sexes, sur la différence des générations ou sur les deux à la fois. Elles sont motivées par le désir de permettre le prolongement ou la reviviscence d'une relation de séduction narcissique.

Dans la séduction narcissique, telle mère incestuelle tente de préserver entre elle et son enfant un univers à l'abri des excitations du monde interne et externe en faisant prévaloir un ordre libidinal non pulsionnel. Cependant, par certains de ses comportements, elle peut produire un état permanent d'excitation chez son enfant qui a des incidences graves sur son fonctionnement mental, comme des troubles comportementaux et/ou un défaut de symbolisation dans la sphère incestuelle. La distinction entre le familier et l'étranger est confuse. Par ailleurs, les frontières entre les membres de la famille sont mal établies. Il n'y a pas de limites entre sphère privée, intime, familiale. La famille de Roland le démontre très bien. Plus généralement, dans les constructions familiales que j'ai décrites, l'altérité a du mal à trouver une légitimité. C'est le cas de Christine qui ne supporte pas que son enfant pleure quand elle repart après l'avoir laissé à l'école. Elle projette et s'identifie au trouble de son enfant, comme si le laisser pleurer, c'était l'abandonner. Il en est de même concernant le père.

Il existe sans doute un juste milieu à trouver entre une posture trop violente qui consiste à laisser son enfant et l'incapacité à gérer son émotion pour le parent quand il entend son enfant pleurer. En grandissant, en ne légitimant pas sa place parentale d'adulte référent, l'enfant perçoit et reçoit les propres insatisfactions parentales, leurs peurs et angoisses et non une attitude bienveillante et sécure qui est une force dans sa construction psychique. Il s'agit de perspectives la plupart du temps inconscientes, mais qui peuvent avoir pour fonction de vouloir réparer la relation parent-enfant. Certains parents ne veulent pas se confronter à l'autorité car ils vivent un conflit interne menaçant. Il en va de même concernant le parent qui frustrerait son enfant. L'autorité, à l'instar de la frustration, renvoie le parent à des angoisses de séparation importantes. Il y a toujours cette crainte, chez le parent, que le conflit aboutisse à la perte. C'est ce que je constate lorsqu'il s'agit par exemple de choisir une hospitalisation pour une jeune fille présentant une anorexie ou d'envisager l'internat pour un jeune homme.

Certains parents ne veulent pas se confronter à la séparation, malgré l'émergence de troubles graves ou de violences relationnelles : « *Je ne veux pas qu'il/elle me reproche de*

l'avoir abandonné(e) ». Roland est dans l'incapacité de laisser partir son dernier fils en pension pour réaliser ses études. Il s'oppose t également à l'hospitalisation de sa deuxième fille qui souffre d'une anorexie sévère. Ses enfants évoquent un « *besoin de contrôle* » de la relation de la part de leur père. Si un de ses enfants pleure, il ne le supporte pas. Cela fait « *réveil de son histoire* ». Il peut alors être agressif voire violent. Roland et Monique essaient de mettre en échec l'hospitalisation là où l'adolescent, lui, tente un chantage affectif : *« je veux que vous sachiez que je vous aime, je sais que je vous en fais baver* » (juste avant de rentrer dans sa chambre à l'hôpital). L'idée même, pour ces parents, que ce soit d'autres personnes qui prennent soin de leur enfant est vécue comme une menace incestuelle, là où le trouble psychopathologique est constitutif du climat incestuel intra-familial. Même aux confins de la menace de mort liée au trouble, il subsiste cette cristallisation due à la dimension fusionnelle et d'interdépendance. La souffrance devient un symptôme qui unit la famille. Roland en se projetant trop au travers de ses enfants témoigne combien il perd de vue les besoins de l'enfant au profit d'un hyper investissement relationnel. Cet hyper investissement relationnel entrave la différenciation et l'acceptation de l'altérité : on gère la relation à l'autre dans son propre désir.

Dans certaines attitudes perverses, cette gestion passe par un besoin de séduction. Ce qui est présent dans l'incestuel est la reconnaissance d'une séduction réelle, extrêmement puissante et destructurante. L'incestualité présente dans une famille a des effets traumatiques et marque même de son empreinte le fonctionnement intra psychique individuel du sujet qui l'internalise. Racamier, dans ses travaux, fait dériver l'incestuel d'une relation de séduction narcissique vouée à ne pas se résoudre. La séduction narcissique apparaît donc comme un concept central, susceptible, dans certaines conditions d'être à l'origine d'incestualité. L'incestuel constitue donc une voie élective d'une relation narcissique particulière et s'articule au double regard du narcissique et du pulsionnel. À partir de ce constat qu'advient-il de la transitionnalité chez les jeunes aujourd'hui ? Comment les accompagner ?

L'espace transitionnel aujourd'hui.

L'avènement de la virtualité semble participer à rétrécir l'espace transitionnel. ~~En effet,~~ il s'agit bien de nouveaux enjeux narcissiques et pulsionnels là où les écrans surabondent et sont à disposition des jeunes et ce, de plus en plus précocement. La sémantique du terme « espace » n'a eu de cesse d'évoluer depuis Descartes au XVIIème, qui le définissait comme « le milieu dans lequel ont lieu les phénomènes observés ». Au XVIIIème siècle sera envisagé

un espace imaginaire : celui des rêves et de l'utopie. Le XIXème siècle voit l'émergence des trois dimensions. Le XXème rejoint Pascal dans la dimension d'un infini, enfin le XXIème siècle, voit l'espace de la globalisation. Le terme « transitionnel », quant à lui, vient du latin « transitio » qui signifie passage. Il est repris par Winnicott[327] de l'anglais « transitional ». Il définit l'aire transitionnelle et l'espace potentiel. Selon Winnicott, il y a donc un passage dans un espace potentiel.

Mais qu'advient-il aujourd'hui de ce passage, de ces délimitations ? Comment l'enfant peut-il s'inventer, (se) créer quand l'ennui se fait rare ? Comment peut-il apprendre à gérer la frustration, différer ses plaisirs ? Dans quel type d'attachement va évoluer l'enfant et comment va-t-il gérer la perte en référence aux théories de Bowlby[328] ? Une autre mutation profonde d'après-guerre est celle du rapport au corps et du bien-être. Autrefois, le rapport au corps était défini par la souffrance. Aujourd'hui, ce même corps est au centre du sujet, de manière égocentrée, prenant même la forme d'un culte de la personnalité à l'instar de l'hédonisme. Cette hypertrophie moïque se retrouve dans le rapport à l'altérité. Si autrefois, le lien humain était communautaire, il devient idéologique avec une exacerbation individualiste. Il semble en effet que se soit développée en Occident, une société donnant le primat aux images et mettant en défaut la mise en mots. L'émergence d'une jouissance du « tout, tout de suite » et une apogée paroxystique du paraître que je nomme souvent « pare-être », (les « followers », le nombre de « like » sur Twitter, Instagram, etc.) conséquence à la fois de l'individualisme ambiant, du besoin impérieux de vouloir exister.

Le nouveau psycho-traumatisme de certains adolescents passe par les réseaux sociaux là où parfois, les « lynchages » publics font des effractions massives de la psyché. Il existe un besoin irrépressible de vouloir consommer, qui peut être une assimilation addictive du vouloir exister pour l'adolescent. Lacan ou Foucault avaient théorisé, dans les années 70, l'évolution actuelle et l'atomisation des sujets à la recherche éperdue d'une jouissance intrinsèquement éphémère : « nous en sommes là, et *nous* y sommes tous pris, c'est un fait historique »[329]. Le sujet postmoderne est livré à lui-même, désarrimé de ses racines ancestrales, propulsé dans une virtualité qui fait barrage à la relation. L'adolescent d'aujourd'hui se formate au fonctionnement d'objets de communication de plus en plus

[327] Winnicott D.W., Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1951.
[328] Bowlby J. (1969), *Attachement et perte, L'attachement, op. cit*
[329] Lacan J., intervention sur l'exposé de Safouan M., *La fonction du père réel*, Les lettres de l'Ecole Freudienne, n° 11, 1974.

sophistiqués, qui finissent par imposer un lien social particulier, un lien social virtuel. Le pouvoir lui-même n'échappe pas à la virtualité. « La société du spectacle » théorisée par Debord[330] et le mouvement situationniste annonçaient déjà l'émergence de la société de contrôle[331] dont parle Negri.

En lien avec cette évolution occidentale, de nouveaux symptômes apparaissent chez de nombreux adolescents depuis quelques décennies me permettant d'envisager une perspective psychopathologique qui interrogerait les troubles du lien. Autrement dit, les troubles de la personnalité, du « self » sont désignées comme des souffrances identitaires narcissiques. Souffrance de la compulsion, de la répétition du même, de la culpabilité, du sentiment d'impuissance, de honte, bref, souffrance de ne pas être capable d'être ce que l'on voudrait être. Sur un plan psychanalytique, les causes de ces souffrances s'inscrivent dans la perturbation de la relation de l'enfant à son objet premier et dans des expériences traumatiques primaires du manque d'objet. Anzieu, définit ces pathologies comme des « altérations de la structure du moi-peau », et évoque la tension qu'elles suscitent dans le monde psychanalytique :

> « Une difficulté rencontrée par *[…]*, la clinique *[…]* concerne l'opportunité de différencier ou non d'une part des « troubles narcissiques de la personnalité » (eux-mêmes plus ou moins confondus avec les « névroses de caractère » et d'autre part des « états limites » (eux-mêmes parfois confondus avec les organisations « prépsychotiques ».[332].

La notion d'introjection, mobilisée dans les troubles de la personnalité, permet d'envisager une défense contingente aussi bien dans l'intra que dans l'intersubjectivité. Ce mécanisme permet au moi, dédouané de toute culpabilité névrotique, d'introjecter sa propre représentation de l'altérité qui n'est autre qu'un alter-égo. C'est ici que l'on trouve, comme point d'ancrage, la dépendance affective qui pourra aboutir à la violence conjugale voire au crime passionnel. Le sujet fait appel à l'autre dans un but de soutien face aux menaces qui pèsent sur son moi. Dans cette perspective, s'est construite une faille narcissique du sujet, qui s'origine dès la prime enfance, soit dans une carence affective (maltraitance par exemple), soit dans une hyper abondance affective de type fusionnelle.

---

330 Debord G., *La société du spectacle*, Paris, Buchet/Chatel, 1967.
331 Negri T., *La production biopolitique*, Paris, Multitudes, 2000.
332 Anzieu D., *Le moi peau, op.cit.*

Abraham[333] comme Bergeret[334] attentifs à la dimension sociale et culturelle de la dépendance des adolescents et prenant en compte toute l'envergure du problème, parlaient de maladie de la civilisation. Il s'agit d'autant de questionnements qui permettent de penser la psychanalyse pour mieux panser le sujet à la lumière de la mutation de notre civilisation occidentale. L'établissement d'investissements différenciés est en lui-même constitutif de limites, en sortant le sujet, dès sa prime enfance d'une relation univoque totalisante. Les prémices de la différenciation apparaissent très tôt, déjà dans la vie intra-utérine par l'apparition des différentes sensorialités : la voix, le toucher, etc. qui participent à la reconnaissance de personnes distinctes. Une des nombreuses questions de la parentalité est de se rendre acteur auprès du bébé de ce processus de différenciation, qui est édifice de sa construction psychique. Cependant la négation ou le refus de différenciation dans la conjugalité va signifier qu'on ne peut être que semblable et à la limite indifférencié, voire rejeté. L'enfant introjecte que, grandir, c'est se confondre à l'objet d'amour totalisant et/ou risquer de le détruire. Cette acceptation psychique constitue une ambivalence fantasmée de vases communicants dans lequel l'enfant va évoluer.

Par ailleurs, il peut manifester une incapacité d'accepter la castration œdipienne. S'interrogeant sur la perversion, Freud[335] évoquera le traumatisme comme résultante de la découverte de la différence des sexes. Actuellement, un large consensus soutient que ce traumatisme en recouvre en réalité un plus profond, mettant en question l'identité même du sujet en tant qu'être sexué :

> « Dans une communication préalable au LXVe Congrès des psychanalystes de langue française, j'avance l'hypothèse que les traumatismes manifestes (perte objectale ou autre) à l'origine du processus sublimatoire sont sous-tendus par un trauma plus précoce occasionné par une rencontre insatisfaisante entre la mère et son enfant. La même hypothèse me semble valable en ce qui concerne la perversion »[336].

C'est la posture du sujet, par rapport au traumatisme inaugural, qui spécifie les deux entités considérées. Dans le cas du « frère Doudou » conformément à l'hypothèse freudienne, les pulsions partielles constituent la source pulsionnelle du comportement pervers, qui y restent fixées.

---

[333] Bertrand M., « Dépression et dépendance à l'objet », *Revue française de psychanalyse, op.cit.*, vol.68, 2004, pp. 1087-1095

[334] Bergeret, J., *Le psychanalyste à l'écoute de l'addiction*, Paris, Dunod, 1991.

[335] Freud S. (1938), *Le clivage du moi dans le processus de défense, Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1971.

[336] Van Lysebeth-Ledent M., « Sublimation et perversion », *Revue française de psychanalyse*, 2005, 69, pp. 1763-1770

La construction détaillée que décrit Sophie De Mijolla dans le traité de la sublimation (2012)[337] amène ce questionnement : la perversion n'utiliserait-t-elle pas les mêmes objets que la sublimation ? Comme en témoignent mes exemples cliniques, il y aurait une assertion de ces objets par le biais de l'art de la culture qui permettrait de cristalliser un deuil pathologique non résolu. En effet, si la sublimation autorise, pour un sujet, l'accès à l'ensemble d'objets appartenant à la culture, elle va imposer des choix à faire par le sujet, et induire des renoncements impliquant une part de deuil. La sublimation permettrait le deuil d'un moi idéal et aboutirait à une re-construction du moi dans le moi :

> « Cette image nouvelle d'un moi en devenir tend à remplacer non l'objet idéal mais le moi Idéal, s'imposant au **[**…**]** un processus de ré-érection du moi dans le moi, grâce au travail de deuil du moi-idéal, apparaît tout à fait originale et pertinente, en résonance avec la clinique »[338] .

De par la dimension psychotraumatique, le moi-idéal, subit des blessures narcissiques. Dans l'échec du « choix de la sublimation »[339], le sujet peut s'orienter vers ce que j'ai choisi de nommer « l'envers de la sublimation », à savoir la perversion.

Chez Roland, il est intéressant de constater la mise en place des défenses qui sont apparues. Dans tout son désir de non-reproduction, notamment de la violence, il a mis en place de la dénégation et de la mythomanie. Lorsque j'entends parler ses enfants notamment les deux ainés, je m'aperçois que Roland a reproduit exactement ce qu'il a vécu tout en leur disant chaque fois *« ça se voit que vous n'avez pas connu ma vie »*. Peut-on retrouver un autre élément s'organisant autour d'un système de « parentification » très précoce, notamment chez sa fille ainée, avant même d'avoir vécu son enfance et son adolescence : *« moi j'en ai bavé étant jeune, disait-il à sa fille, tu ne sais pas ce que c'est ! »*. Il a toujours été « coaché » par son père. Ce dernier, ne supportant pas l'échec, lui disait que dans sa famille, « ça ne se faisait pas de ne pas réussir », et qu'il fallait qu'il devienne un champion. Les entraînements se finissaient par un match de boxe. Ils devenaient des combats où son fils cadet prenait de véritables coups et rentrait à la maison familiale, le visage tuméfié et le nez ensanglanté. Quand sa mère découvrait cela, souvent la réponse était : « il est tombé par terre ».

---

[337] De Mijolla-Mellor S., *Traité de la sublimation, op.cit.*
[338] *Ibid.,* p. 354.
[339]*Ibid.*, p. 406.

Les deux enfants ainés ont dévoilé de nombreux éléments de très grandes violences subies (morales et physiques) dans leur passé. Ils sont très proches affectivement car ils se sont soutenus malgré la peur du père qui avait un effet de sidération, rien que dans son regard. Tous deux développent actuellement la même maladie rhumatismale (diagnostiquée il y a quelques mois). Tout ceci se déroulait alors que leur mère disait ne pas être au courant, car la majeure partie des actes posés, était en son absence. Néanmoins l'épouse semble cautionner selon sa fille cadette. En effet, sachant et connaissant les crises colériques redondantes et quotidiennes sur les enfants et contre elle, elle était dans une forme de protection, de peur même, entrainant une « formation réactionnelle » en disant sans cesse à ses enfants « il faut espérer… ne vous inquiétez pas… votre père a été traumatisé, il est en train de changer ». C'était un système dans lequel elle s'était enfermée et où les enfants n'osaient même plus lui parler d'éventuelles violences car ils ne se sentaient pas entendus dans leur parole. Ils étaient même discrédités et culpabilisés. Son épouse avouera au troisième entretien (et seule) qu'elle-même a été battue par Roland, tout en minimisant *(« c'était rare »).*

Chapitre IV. Discussion

L'adaptation de la relation transféro-contre-transférentielle impliquerait de repenser le cadre thérapeutique en fonction des enjeux émotionnels qui varient, fluctuent**.** C'est cette dernière hypothèse que je vais tenter de vérifier maintenant.

Parfois mes situations cliniques ont révélé que dès la naissance il pouvait y avoir une confusion de langue entre le langage de tendresse de l'enfant et le langage de passion du parent. Expérience en lien avec la défaillance de l'adulte aux détresses que l'enfant peut présenter, soit en regard d'une présence omnipotente ou au contraire par une trop grande absence qui viendrait empiéter le psychisme de l'enfant naissant en compromettant sa psyché, notamment son moi. Le concept de traumatisme change donc de paradigme. Si celui-ci a pu être de type sexuel, il s'inscrit ici dans une expérience avec l'objet, non pas au regard de ce qui a eu lieu mais de ce qui n'a pas pu avoir lieu, du fait d'une expérience douloureuse négative entrainant l'éventualité d'un clivage du moi. Ceci transforme brutalement « la relation d'objet, devenue impossible en une relation narcissique »[340] . Le clivage narcissique, à l'origine des effets délétères du traumatisme évoqués par Freud dans *l'homme Moïse et la religion monothéiste* [341], a pour conséquence de faire entrave au processus de la liaison pulsionnelle et de créer des défaillances lors de la construction du narcissisme, du fait de l'intériorisation d'un objet primaire défaillant non sécurisant. Cela pourra entraîner d'importantes failles ou carences représentatives, engendrant une détresse primaire douloureuse pouvant aller jusqu'à la dépression, voire la mélancolie. On considère aujourd'hui la pensée clinique de Ferenczi comme étant à l'origine d'autres auteurs de la psychanalyse, comme Balint ou Winnicott. Eu égard à la répétition traumatique, le travail analytique va demander une infinie patience et une grande empathie.

C'est tout le travail qui se réalise notamment au début des entretiens avec Roland et sa famille[342]. Je mesure combien je suis investi encore aujourd'hui comme une clé de voute

[340] Ferenczi S. (1934), *Réflexions sur le traumatisme, op.cit.*
[341] Freud S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste, op.cit.*
[342] La situation clinique présentée est authentique. Seuls les prénoms, lieux, dates, et circonstances ont été modifiés de façon à préserver l'anonymat. Le Cas Roland s'inscrit dans une rencontre qui s'est occasionnée lors d'une conférence commune, où nous nous sommes rencontrés, par pure coïncidence. Compte tenu de son histoire de vie j'avais proposé des entretiens dans le cadre d'un travail de recherche qu'il avait accepté avec son épouse, puis ses enfants. À plusieurs reprises, je me suis déplacé sur leur lieu de vie. Je résidais dans une maison à côté. Cela m'a permis d'être dans une posture d'observateur des enjeux décrits. Par ailleurs, de par leur culture, que ce toute la famille m'a demandé le tutoiement lors des entretiens. Enfin, à chacun de mes

de cette famille. Les premières années, chaque fois que je réalise un séjour en immersion chez Roland et sa femme, il co-construit dans la relation transférentielle un fort attachement. A chacun de mes départs, il me prend dans ses bras, des larmes coulent, puis il doit immédiatement s'éloigner pour ne pas me voir partir. Monique m'explique : *« il t'aime beaucoup et il revit la perte à ton départ* ». Un travail progressif se réalisera afin que, peu à peu, « le départ » soit un vécu moins douloureux. Cela fait deux environ que Roland ne s'éloigne plus à mon départ. Sa symptomatologie physique s'apaise. Il arrive à cheminer depuis peu sur le fait qu'il a de grosses défaillances. Cette prise de conscience est toute récente. En effet, ma crainte a été longtemps que si je confrontais Roland à ses usurpations, il serait alors capable d'un passage à l'acte suicidaire sur un raptus anxieux. Son impulsivité est telle que j'ai avancé pas à pas avec lui.

Monique, quant à elle, m'explique qu'elle est *« touchée par ma bienveillance et mon empathie »*. Elle n'a de cesse de me remercier pour avoir permis à ses enfants de parler. « Je ne sais pas ce qu'ils te disent, mais vraiment je sens le changement ». « *L'entretien que tu as mené entre moi et Émilie m'a permis de mesurer tant de choses. Tu as su poser des mots sur ce que je refusais de voir (la violence et le fait de protéger Roland)* »

Laurent me manifeste un attachement très fort et très idéalisé *: « Tu arrives à mettre des mots sur ce que je vis … je ne sais pas comment tu fais. J'ai compris qu'il fallait peut-être que je prenne de la distance avec papa, pour éviter que je sois tout le temps en lien avec la colère, la haine … que c'est difficile ! »*. Il réalise ses attitudes et schémas de reproduction avec ses enfants et sa femme et modifie en conséquence ses attitudes. Son impulsivité diminue. Comme Roland, lorsque je quitte Laurent, mon départ est l'objet de larmes où il vit la séparation comme arrachement. Cette situation se régule également depuis un an.

Camille et Émilie ont débuté depuis 5 ans environ un travail sur elles. *« Tu as permis par tes venues de nous libérer de ce que nous portions depuis tant d'années.* Et Émilie de rajouter il y a quelques semaines : *« Je vais divorcer. Tu m'as fait prendre conscience pendant toutes ses années que je reproduisais le couple de mes parents. Je ne te l'avais jamais dit mais mon mari me bat, il est très violent ».*

---

départs, Roland tenait à me prendre dans ses bras pour me dire au revoir. Il s'éloignait ensuite, refusant d'être spectateur de la séparation qui lui était difficile réveillant sa difficulté à assumer toute perte.

Évoquer l'empathie, c'est travailler avec ce que Lebovici nomme : « l'empathie métaphorisante » et « l'énaction »[343]. Simone Korff-Sausse parle, elle, « d'empathie esthétisante »[344]. Il s'agit d'une expérience émotionnelle partagée dans une dimension transféro-contre-transférentielle qui génère une expérience esthétique et créatrice. C'est donc dans l'expérience du travail psychothérapeutique du sujet que s'inscrit également la démarche sublimatoire. Bion[345] postule une analogie entre processus psychanalytique et création artistique. L'écoute analytique est conçue sur le modèle d'une co-construction psychique, dans le cadre de la dyade analytique[346]. Les contenus psychiques traumatiques ont une valeur esthétique et l'analyste, plutôt que de les renvoyer à un registre psychopathologique, va être sensible à leur dimension esthétique. La cure peut faire l'objet de métaphorisations qui permettent de co-créer de manière inconsciente une intersubjectivité, dans laquelle l'analyste et l'analysant construisent de manière concomitante et de façon asymétrique un tiers analytique intersubjectif et inconscient [347].

Dans mon expérience clinique, je peux utiliser des médiations. C'est le cas chez Christine avec l'apport du dessin ou le photolangage®. Ces médiations dans le cadre psychotraumatique, facilitent cette métaphorisation et cette construction psychique esthétique. La méthode du photolangage® fut créée en 1965 par A. Baptiste et C. Belisle, psychologues et psychosociologues lyonnais. À son origine, il a été utilisé pour faciliter l'engagement dans un travail discursif et d'élaboration verbale auprès d'adolescents. Le Photolangage® s'est ouvert par la suite à plusieurs champs d'application. Certains l'utilisent en groupal, d'autre à visée évaluative et projective ou comme mode d'exploration des moments de crises. Claudine Vacheret a développé son application dans le domaine du soin. C'est un outil de médiation qui utilise la photo comme facilitateur de la communication. Le photolangage® participe à opérer le lien entre les éléments de la réalité et le symbolique. Il est à percevoir comme un « embrayeur des processus associatifs » au sens de Kaes. Cet outil est précieux pour les sujets ayant une vie fantasmatique pauvre, avec une difficulté de mise en mots. Il permet de travailler la liaison entre l'affect et le langage. Il y a le temps du choix de la photo, en fonction d'une question posée, puis un temps qui correspond au retour où le

---

[343] Lebovici S., Empathie et « énactment » dans le travail du contre transfert, *Revue française de psychanalyse*, 1994, 58, N° spécial congrès, pp. 1551-1561.
[344] Korff-Sausse S., Fantômes sur le divan, *Cliniques méditerranéennes*, numéro 86, 2012, pp. 85-96.
[345] Bion W.R., (1965), *Transformations*, Paris, PUF, 1980.
[346] Baranger M., « La situation analytique comme champ dynamique », *Revue française de psychanalyse*, 1985, 49, 6.
[347] Ogden T.H., *This art of psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*, London, The New Library of Psychoanalysis, 2005, p. 1

sujet explique le choix de sa photo. L'objet médiation est un support à la projection. C'est un moyen de se subjectiver.

C'est cette démarche que j'utilise avec Christine. Cette médiation va l'aider, et ce support va même aller au-delà de ce que je pense car il va lui permettre de poser de nouveaux mots sur un autre traumatisme. Me décrivant la photo d'un arbre mort qu'elle avait choisi, elle me dit : « Comme cet arbre, il y a une partie de moi qui est morte. J'ai été violée à Paris… C'est la première fois que j'en parle » (elle s'effondre en larmes). La clinique des troubles traumatiques met en évidence, comme je l'ai souligné, un syndrome plus ou moins marqué suivant les sujets.

Ferenczi aborde la problématique différemment de celle de Freud. Ferenczi est un thérapeute convaincu qui multiplie les expériences techniques visant à sécuriser le lien transférentiel, suffisamment pour permettre à ses patients traumatisés de remonter jusqu'au trauma originel de leur maladie. Il part du postulat qu'il s'agit d'un trauma inconscient subi durant la petite enfance, et qui ne peut donc être remémoré au moyen de la technique dite classique. Dans le tournant des années 1920, Ferenczi prend la mesure du caractère incoercible de la compulsion de répétition. Elle est la cause de la mise en échec de certaines analyses. La cure l'*Homme aux loups* [348] est là pour le rappeler. Comment y remédier ? Ferenczi élabore entre 1918 et 1933 des réévaluations dans le cadre de la cure, voire des modifications[349]. Les situations cliniques imposent l'accueil d'un transfert massif et il va être nécessaire d'adapter l'approche afin d'éviter la confrontation de ces transferts difficiles à gérer.

Face à la répétition, il est également important de savoir et d'accepter l'impuissance face à la perversion mélancolique de la plainte. Ferenczi montre que la frustration, qui est une technique analytique classique, peut, dans certains contextes, si l'analyste n'est pas vigilant ou bienveillant, être source de répétition du trauma originaire. En effet le processus de la cure peut participer à reproduire une autorité rigide de parents, laquelle peut se manifester par un traitement « inadéquat, capricieux, dépourvu de tact, voire même cruel ». Mais si le sujet s'engage dans un processus d'élaboration de la désorganisation de la relation objectale, de la rencontre entre le fantasme et la réalité extérieure, de la fragilité narcissique,

[348] Freud S. (1914), *À partir de l'histoire d'une névrose infantile*, *OCF.P*, XIII, Paris, PUF, 1994, pp. 1-119.
[349] Cahn R., « Le procès du cadre ou la passion de Ferenczi », *Revue française de psychanalyse*, 2006, 47, 5, pp. 1107-1133.

alors il peut y avoir une refondation subjectale. Si la réflexivité permet d'atteindre un niveau suffisant pour permettre une représentation du traumatisme, la négativité du syndrome de déréalisation peut s'abolir. Autrement dit, il s'agit d'une subjectivation introjectée dans la situation d'analyse.

Ferenczi souligne également l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte, culpabilité parfois vécue à la place de l'agresseur. Ferenczi note qu'il faut « réanimer » la partie clivée, « morte ». Le moyen de lever ce clivage est très délicat et relève de la capacité de l'analyste à pouvoir « penser » l'événement traumatique, ajoutera-t-il. Le travail de l'analyste consiste à proposer au sujet des pensées, des représentations qui favorisent des associations de mots et une requalification de l'affect. L'espérance à long terme est de développer une subjectivation permettant l'élaboration symbolique des zones de la psyché nécrosée. Dans la catharsis, selon Ferenczi, l'analyste continue à interpréter même s'il pense que les expériences traumatiques ont été imprimées dans un enregistrement mémoriel au stade préverbal. Je présuppose que les traumatismes très précoces, très graves, comme les exemples cliniques que j'ai énoncés, ont pour seule trace un blanc ou un trou dans la psyché. L'hypothèse que j'admets ici demeure rare mais elle peut exister dans la mesure où il subsiste un accordage entre le sujet et l'analyste, en regard de la patience que j'ai déjà évoquée, tout au long d'un processus de cure qui peut être long. C'est ici que j'introduis la notion de narrativité qui me semble fondamentale. En effet, au-delà de toutes « techniques » psychothérapeutiques (environ 500 actuellement) la dimension narrative qu'introduit la psychanalyse, propose au sujet - eu égard aux situations cliniques évoquées - une place à la subjectivité dans laquelle il rejoint sa réalité, son sentiment d'exister, par l'accès à une vérité personnelle sur son histoire, ses pertes et traumatismes qui l'ont marqué.

Ce type de travail demande à l'analyste une écoute qui varie entre une attention flottante et une présence plus soutenue au moindre détail, à la moindre nuance, répétition, lapsus, actes manqués. Cette attention peut être parfois silencieuse ou déboucher sur une intervention brève éveillant l'attention du sujet. L'analyste devra être vigilant à l'attention flottante et trop distante, qui pourra faire une vacuité gênante chez le sujet et créer de l'angoisse. En outre, le mécanisme souvent à l'œuvre dans le trauma demeure le déni. Il porte directement sur l'image traumatique qui est parfois à l'origine de déplacement de symptômes induisant de fausses guérisons. Le syndrome de répétition peut disparaître à plus ou moins long terme, parfois des années, et le sujet ne récupérera pas sa spontanéité habituelle. Le sujet peut refouler son traumatisme et ce dernier réapparaître des années après.

Ce fut le cas d'un jeune de 17 ans abusé durant son enfance (vers 4/5 ans) alors qu'il était chez sa nounou. Le trauma ressurgit lors de la fête des conscrits, alors qu'il est alcoolisé en entrant dans cette même maison où avaient eu lieu les actes. Une angoisse massive et constrictive le prend et il se met à vomir. Le retour du refoulé se manifeste par des flashs qui le font basculer vers des idéations suicidaires. Il est immédiatement transféré aux urgences psychiatriques

Par ailleurs, le transfert a pour objet de mobiliser les représentations du sujet, qui doit faire un travail en lien plus avec sur sa structure psychique que sur l'image traumatique elle-même. En effet, c'est en acceptant l'objet perdu que peut aboutir la guérison. Ne faudrait-il pas envisager une partie de la clinique psychotraumatique autour de la question de la perte d'objet ? Par ailleurs, ne faudrait-il pas envisager comme perspective de traitement de la névrose traumatique la question de la structure dans laquelle s'origine l'attachement morbide de l'événement ? Le traitement psychanalytique du trauma comme celui de la folie, relève du même champ ; celui de « l'entre deux morts » dont Lacan parle dans *L'éthique de la psychanalyse*. Il se réfère au lieu funèbre et glorieux, où s'avance Antigone qui, « sans être encore morte, est déjà rayée du monde des vivants. »[350] Lorsqu'elle pénètre vivante dans le tombeau, elle « mène jusqu'à la limite l'accomplissement de ce que l'on peut appeler le désir pur, le pur et simple désir de mort comme tel. Ce désir, elle l'incarne »[351]. Artaud a reconnu en Antigone son âme sœur, c'est à dire le même sentiment d'avoir, lui aussi, pénétré dans la zone de l'entre deux morts. L'expérience dont il rend compte dans ses écrits montre que cette folie s'enracine dans une histoire singulière et qu'il est possible, au-delà de la souffrance incontestable qu'elle entraine, de dépasser sa force destructrice. Artaud atteint de folie n'est pas définitivement enfermé dans une catégorie clinique, schizophrénie ou paranoïa, comme le disait Kraepelin. Il traverse diverses formes de délires. Il trouve différentes manières de composer avec sa folie. Dans son génie artistique, il puise une manière de sublimer la pulsion de mort de la psychose en un élan artistique qui devient sa propre régénérescence. Dans le cadre de la cure, il s'agit d'un espace singulier de la rencontre où les reviviscences traumatiques sont en jeu. L'une des caractéristiques des traces traumatiques va être la répétition.

Chez l'analyste, cette répétition peut produire une lassitude. Mais le traitement du traumatisme oblige à revoir cette vision négative. Car la répétition peut être envisagée

[350] Lacan J., *Le Séminaire, livre VII, L'éthique de la psychanalyse, op.cit.*, p. 326.
[351] *Ibid.*, p. 329.

comme une vertu. On retrouve cette idée chez Ferenczi et Rank, idée rejetée par la communauté analytique de l'époque : « Point de vue théorique, il s'agit d'apprécier à sa juste valeur les importances de la compulsion de répétition même dans les névroses. »[352] Je peux formuler l'hypothèse, avec Férenczi et Rank, que dans certains contextes la répétition peut être au service du processus psychothérapeutique. Cela demande d'inscrire le traumatisme et sa guérison dans la temporalité. Rendre le traumatisme au temps, c'est aussi permettre aux traces de s'apaiser pour tomber dans le passé. Dans le cas de traumatismes précoces, il s'inscrit parfois des traces non représentables, pour lesquelles il s'agira en quelque sorte de rendre psychique ce qui ne l'est pas encore dans le sens indiqué par Winnicott avec la crainte de l'effondrement[353].

Winnicott évoque la temporalité de l'effondrement psychique potentiel qu'il a observé chez des mères « normales » (et réel chez les mères authentiquement dépressives) et qui « se caractérise par la sensation de vide psychique typique de l'affect dépressif et une fantasmatisation inconsciente de l'enfant mort »[354]. Évoquant le hiatus périnatal, l'auteur situe le phénomène dans la période du post-partum et décrit ses versants : normal et pathologique. Cela rejoint la question de la remémoration, qui est revisitée actuellement. Depuis 2007, les études différencient deux formes de mémoire, la mémoire implicite et la mémoire explicite, ce qui aura des conséquences sur l'inconscient au niveau psychodynamique. La mémoire implicite n'est pas susceptible de souvenirs. Elle est active dès les périodes les plus précoces du développement : c'est un inconscient non refoulé qui peut conditionner la vie psychique affective émotionnelle et cognitive du sujet. La mémoire explicite, plus tardive, ne se forme pas avant deux ans. Elle est la mémoire des souvenirs. Clara Mucci développe l'idée que les expériences traumatiques précoces relationnelles sont emmagasinées dans le siège de la mémoire procédurale implicite et qu'elles sont inaccessibles à la remémoration verbale sous forme de souvenirs[355]. Ces apports ne font que confirmer ce que Ferenczi avait déjà observé. Il avait évoqué en 1932 : la remémoration ne suffit pas. En vocable bionien, je pourrais considérer une transformation qui s'effectue dans la démarche de relation transférentielle, impliquant la participation émotionnelle de

[352] Ferenczi S., Rank O., (1924), *Perspective de la psychanalyse, sur l'indépendance de la théorie et de la pratique*, Paris, Payot, 1994, p. 223.
[353] Winnicott D.W., *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000, pp. 205-216.
[354] Drossart F., *Une théorie kleinienne de la destructivité et de la créativité*, Paris, Hublot, 2017, Figures de la psychanalyse, Paris, Érès, 2017, pp.119-120.
[355] Mucci C., *Beyond individual and collective trauma: intergenerational transmission, psychoanalytic treatment, and the dynamics of forgiveness*, Londres, Karnac, 2013.

l'analyste[356]. Les traces psychotraumatiques doivent donc être réactualisées dans la relation transférentielle.

Pour cela l'écoute du récit constitue un fondement. Dans le cadre psychothérapeutique, l'écoute clinique du récit, doit rendre l'analyste particulièrement attentif à certains pans d'histoires individuelles ou familiales, d'événements douloureux ou énigmatiques. Mon hypothèse est que l'interprétation participe à retrouver, à tisser, ou retisser un accordage, un lien dans la relation transféro-contretranférentielle. Et que cet accordage permet de faire naître des perspectives de créativité chez le sujet. La manière de raconter reflète en quelque sorte la réalité psychique du sujet de l'énoncé. Elle intéresse l'analyste, dans ses zones d'ombre, dans ses hésitations, ses manques et ses incohérences, là où se révèle le rapport énigmatique du sujet à ses objets, internes et externes. Au-delà de son récit explicite, c'est toujours autre chose que le narrateur raconte à l'analyste, le discours implicite. Par ailleurs, la mise en récit s'inscrit dans un mouvement d'élaboration, toujours à reprendre ; elle participe au processus de subjectivation de la personne, à la recherche de sa vérité en tant que sujet de son histoire. L'acte de mettre en récit a des effets thérapeutiques, et protecteurs de l'après-coup traumatique.

Enfin, la narration ne peut échapper à la situation d'énonciation, donc à une dépendance à l'égard du contexte dans lequel elle se déploie. Dans une démarche d'écoute clinique, la situation d'énonciation est souvent déterminée par une demande d'aide et par une recherche de causalité adressée par un parent ou un patient à un tiers supposé savoir, à un détenteur de secret, l'analyste en l'occurrence. Le récit qui est fait durant la séance, inscrit l'analyste d'emblée dans une dimension transférentielle. C'est le récit dans ses failles, dans son inachèvement qui rend attentif. Comme l'écrit Pontalis :

> « Mais qu'est-ce qu'une vie si on ne se la raconte pas ? et nous le savons, pour une seule vie, il y a cent biographies possibles. Et nous le savons aussi, la force du récit tient à sa défaillance »[357].

Car la capacité à mettre en récit définit la singularité du sujet de notre histoire. Golse et Missonnier, notent les interactions primaires comme espace de récit entre le bébé et son environnement. Ils décrivent combien la qualité de la narrativité s'enracine dans le lien précoce d'attachement en expliquant que, chaque fois qu'un adulte s'occupe d'un bébé,

[356] Bion W.R. (1965). *Transformations*, *op. cit*.
[357] Pontalis J.B., *L'amour des commencements*. Paris, Gallimard, 1986.

s'instaure entre les deux un espace interactif spécifique ; où chacun, à sa manière, raconte à l'autre son histoire[358].

C'est tout l'enjeu de l'espace transférentiel. C'est grâce au dispositif thérapeutique, à l'attention et à l'écoute d'un autre, que peut se produire un changement chez le sujet. L'analyse est un lieu de transformation qui en elle-même procède des mouvements sublimatoires successifs. Eu égard à la clinique traumatique évoquée, dans laquelle on peut voir un mouvement sublimatoire, le dispositif analytique autorise la levée du déni et du refoulement. C'est dans cette perspective que peut également se penser la sublimation dans le rapport transféro-contre-transférentiel. Sophie De Mijolla note :

> « le transfert implique en permanence la sublimation ; la sublimation doit être présente d'abord chez le psychanalyste, sinon c'est qu'il ne s'intéresse pas ou bien qu'il cherche la confirmation de sa théorie. Il est souhaitable que le psychanalyste soit capable de remettre en chantier les certitudes qui l'ont amené dans le fauteuil avec chaque analysant, de les remettre en jeu dans chaque cas. La sublimation implique en même temps une extrême déréliction (qui correspond à ce que peut vivre l'enfant à l'instant où il réalise que le moi Idéal s'écroule). Cela ne peut marcher que s'il y a plaisir partagé. »[359]

Dans la situation clinique de Christine les axes évoqués ont permis de vérifier mon hypothèse de travail. Sa symptomatologie présente un grand polymorphisme d'où la difficulté de sa prise en charge. Ai-je tenté de faire une hiérarchie dans la sémiologie, et de définir une direction psychothérapeutique pertinente susceptible d'améliorer sa clinique. Le syndrome dépressif, en partie réactionnel, est à l'origine d'idéations suicidaires et empêche Christine de réinvestir des projets de vie. Je mesure, au fur et à mesure des entretiens, que Christine s'est toujours connue dépressive avec des idées de mort toujours plus ou moins présentes, « On s'habitue à vivre avec ». La résurgence traumatique « d'après coup » semble apparaître. Les manifestations névrotiques et somatiques sont des symptômes présents de longues dates. La dimension abandonnique majeure nécessite une posture de réassurance durant la séance. Je constate, au-delà de la syntaxe des phrases, qu'elle a du mal à construire et qu'elle peut avoir également des difficultés à mettre des mots, notamment sur son vécu émotionnel.

Quand je lui demande comment elle vit son temps entre les séances, elle m'explique qu'après avoir amené ses enfants à l'école, elle part des heures à l'aéroport *« pour voir les*

---

[358] Golse B., Missonnier S., *Récit, attachement et psychanalyse*, Paris, Eres, 2008.
[359] De Mijolla S., *Le choix de la sublimation, op. cit.*

avions décoller ». « Cela me fait du bien ». Ce « bien » l'aide à lutter contre ses ruminations, sa résurgence haineuse familiale. Elle décrit la relation transférentielle comme un soutien et une aide, en tous cas lors des premiers entretiens. Parfois elle a « peur des séances », selon ses mots, car elle soulève un passé et des haines familiales qu'elle croyait oubliés. M'évoquant son viol, elle me dit : « *c'est la première fois que j'en parle à quelqu'un* ». Cette patiente, dans la relation thérapeutique, se sent un objet dévalorisé, comme l'a été sa mère, par ses parents. Elle vient souvent le vérifier lors des séances : « Vous ne pensez pas qu'il y a plus important que moi ? ». La confiance s'instaure peu à peu. J'essaie au fur et à mesure des séances de pérenniser ce climat de confiance là où Christine semble connaître l'insécurité affective et relationnelle depuis son enfance et tente de me mettre à mal dans le contre transfert. Elle alterne des affects entre fusion et haine « J'ai parfois peur d'être dépendante aux séances comme parfois le sentiment de vous haïr, comme mon père ». Dans la dimension contre transférentielle, il m'arrive de me questionner. La notion de ne pas être trop proche ou trop loin est parfois difficile à gérer.

Lors de la 12ème séance je me demande même quel est pour Christine le bénéfice d'une psychothérapie. Car la narration de son histoire de vie, au fur et à mesure, réactive une psycho-traumatologie très présente. Les affects de colère, voire de haine, à l'égard de son frère, son père, sa mère sont très marqués. Comme une cocotte-minute, elle a enfoui de nombreuses souffrances dont elle n'a jamais parlées. Elle peut en vouloir à la vie et ne plus y trouver de dynamique. Ma démarche s'organise parfois au cours d'un entretien se fait alors plus psychothérapique, je la questionne sur ses loisirs et je fais un peu d'humour. Sa grande passion demeure le cinéma et le fait qu'elle fasse du piano, ce que je crois bon de valoriser. Elle évoque également son projet professionnel : ouvrir une boutique de jouets pour enfants. À l'image d'un iceberg, la dimension dépressive qui l'amène à consulter n'est que le haut de la problématique laissant place à un questionnement bien plus vaste et immergé : celui de la dimension psychotraumatique, et ce, de manière précoce. Christine est dans un déni complet de sa souffrance, de ses affects, pouvant dire que ses études l'ont sauvée et qu'en coupant le lien avec ses parents, son passé est bien loin. Lors de certaines séances, elle me rend responsable de sa souffrance, dans l'impossibilité de la soulager me dit-elle. « Il y a des jours, je pense à vous et je vous haïs ». Ce lien de haine qu'elle entretient, lui permet également d'être en relation avec le « fantôme » parental qu'elle associe. Elle m'éprouve dans un désir de recréer la violence connue. Elle dit : *« J'ai un côté pervers, j'essaie de vous provoquer mais rien n'y fait ! »*. L'histoire de vie de Christine est comparable à celle d'un funambule qui cherche l'équilibre. Ma crainte intérieure est de ne pas savoir de quel côté

elle peut basculer.~~,~~ Je mesure combien une approche analytique trop silencieuse pourrait être plus délétère que bénéfique. Christine a besoin de soutien. Le transfert semble néanmoins positif jusqu'à présent et je m'applique à conserver une attitude empathique et de « holding » au sens winnicottien.

Un travail de représentabilité psychique a lieu grâce à la dialectique entre trauma et créativité**.** Christine commence à suivre des cours hebdomadaires de peinture. C'était l'une de ses matières préférées à l'école. Elle amène en séance quelques-uns de ses vieux dessins à son premier cours de peinture. Ce sont des dessins de personnages en noir et blanc.~~-~~La couleur n'interviendra que plus tard, en acceptant les propositions de son professeur. Elle décrit ce professeur comme une femme empathique, idéale, digne de confiance et qui la valorise. Elle fait une analogie avec la relation qu'elle dit avoir construite avec moi durant les séances. Je l'accompagne pour découvrir la valeur et la profondeur de ce que le dessin exprime. Quelques mois plus tard, Christine arrive en sa séance avec un dessin représentant une femme assise sur une chaise, avec un visage sans yeux, sans nez, sans bouche[360]. Elle est dessinée en noir et blanc. Au pied de la chaise où la femme est assise une tâche rouge, assimilable à une tâche de sang. Christine reste silencieuse et remplie d'une grande tristesse. Il me revient à l'esprit toutes les fois où elle a pu m'exprimer se sentir « vide de l'intérieur ». Je lui évoque ce sentiment. Christine répond *: « Oui, je n'y avais pas pensé... mais c'est sorti comme ça... »*. Je lui demande si elle peut faire un lien avec quelque chose de particulier. Avec hésitation, Christine répond : *« C'est comme si cette idée ne pouvait sortir de ma tête, on ne peut faire confiance à personne »*. Cette méfiance fait alors retour avec intensité dans le transfert et, selon mon hypothèse, se reflète également dans sa peinture. Elle passe un certain temps sans pouvoir réaliser de production. Puis, émergent des sentiments de colère, de haine et la volonté de vouloir se venger. Les figures de ses personnages contrastent entre le rouge et le noir. Cela semble traduire des interprétations sur la confusion de ses sentiments et sur sa souffrance non encore exprimée. *« Je ne sais pas ce que je suis en train de dessiner... Je me sens parfois encore plus mal... Je veux que ces gens souffrent, J'ai même envie de mourir »*.

Le traitement s'oriente alors alternativement vers des courants régressifs ou vers l'humour qui permet la lente transformation de certains vécus impensables auparavant. Ses œuvres attestent de sa nouvelle aptitude d'emprunter des voies psychiques autrefois

[360] Cf. Annexe 10, p. 265

inexplorables, facilitant la voie vers la sublimation. Sa sexualité semble ne plus emprunter des tendances masochistes et se réoriente vers une propension à la création. Elle abandonne son côté compulsif à l'engagement dans des relations éphémères avec des hommes ou amis qui la maltraitent. En même temps, elle se montre plus satisfaite dans l'accomplissement de son nouveau projet professionnel : tenir une boutique de jouets pour enfant. Pendant un certain temps elle continue à élaborer ses souffrances et sa colère au moyen de cette dialectique dessin/discours. Puis, peu à peu, les dessins se feront plus sporadiques. Elle n'en n'éprouve plus le besoin.

Les situations de Patrick et Victor sous-tendent un autre type de clinique. De par la structure de ces sujets, le cadre thérapeutique doit être également aménagé. Cette adaptation me permet de vérifier mon hypothèse, selon laquelle il me faut porter toute mon attention sur la dimension narcissique du transfert et de ses aléas, ainsi que sur mes éprouvés dans le travail de contre-transfert, afin d'être particulièrement vigilant à maintenir une certaine continuité psychique, qui fait contenance. L'espace où se joue de manière privilégiée cette répétition inconsciente éprouve l'analyste. Avec les sujets aux pulsions agressives, l'espace psychique ne laisse que peu de place à l'altérité, qui est peu élaborée. Le besoin d'appui perceptif les assujettit à une co-dépendance à l'environnement. C'est cet environnement en entier qui doit se substituer à l'altérité. Le transfert ne s'effectue donc plus sur un autre représentant l'altérité mais sur le champ des possibles que constitue l'environnement.

Comme l'explique Kaës, l'environnement de prise en charge va obliger les acteurs à faire un nouage de l'espace de diffraction afin d'éviter le clivage et le morcellement des affects qui va générer le contrôle de l'objet. On voit se dessiner un modèle thérapeutique délicat avec un transfert archaïque qui est particulièrement éprouvant. J'aurais à en négocier la charge, avec la nécessité de ne pas m'y dérober, d'y résister et de le contenir sans en être détruit comme l'évoque Roussillon[361]. Ce travail d'interdisciplinarité, avec l'ensemble des partenaires déjà évoqués (Justice et champ social) représente l'environnement du sujet. Ce dernier participe à construire un cadre qui soit contenant des affects morcelés du sujet. Dans cette approche, il est nécessaire de constituer des espaces de rencontre permettant une expérience différente de ce à quoi l'histoire du sujet l'a accoutumé. Il s'agira qu'il puisse être pensé ailleurs et en son absence. Ce sont ces rencontres qui permettront que les risques de clivage et de déni puissent être contenus.

[361] Roussillon R., *Psychothérapies psychanalytiques*, Paris, PUF, 1999.

Que ce soit dans les cas de Roland ou Christine, certains processus psychiques démontrent que les diverses tentatives d'association et d'élaboration psychique des expériences traumatiques, tant infantiles qu'adultes, refoulées ou clivées, semblent témoigner de traumatismes additionnels. Il s'agirait alors d'un processus d'accumulation des expériences traumatiques qui ont perturbé la continuité d'être, tel que l'évoque Winnicott. Dans certains cas, celles-ci n'ont pu être enregistrées en tant que traces sensorielles, maintenues hors de la chaîne des signifiants, avec une tendance à se répéter tant du point de vue de l'intensité de leur perception que du point de vue de leur défaillance en termes de sens. Les réflexions autour de la relation entre trauma et conséquences traumatiques sur les capacités idéativo/affectives des patients que j'ai décrits me permettent de vérifier les hypothèses théoriques que j'ai évoquées et d'adapter le cadre thérapeutique. Le modèle psychanalytique voit ses fondamentaux nécessairement aménagés. Cet aménagement, parfois nécessaire, m'a fait vérifier la mise en place de mon hypothèse métapsychologique de modèles théoriques venus des pratiques des psychanalystes dans d'autres champs, d'autres cadres et d'autres dispositifs techniques que la cure dite classique, à savoir l'utilisation du face à face, du travail avec le couple et la famille comme vecteur de changement.

Ma rencontre avec Roland, son couple et sa famille, et la narration, tant de la part de son épouse, que de ses enfants, a permis une réelle conscientisation du vécu intra conjugal et intra familial. Le chemin parcouru dans le cadre psychothérapeutique a fait prendre des décisions à Monique qui vient d'être à la retraite. Elle mesure petit à petit, par le biais des différents entretiens, le décalage, chez son mari, entre son « dire » et la réalité qui a été vécue au plan familial. Elle a donc organisé des changements en demandant un soutien psychologique plus axé sur la relation à son mari.

La deuxième perspective que je soumets à son épouse et pour lequel elle semblait tout à fait être d'accord, était de remettre en question sa participation systématique aux conférences afin d'éviter la caution de ses dires. Ceci éviterait tout ce processus de théâtralisme, pouvant être délétère, à la fois pour lui dans le cadre d'un contre témoignage personnel, pour ses enfants, pour les personnes qui rentrent dans une idéalisation complète du personnage. Monique a choisi de lui signifier clairement qu'elle refuserait de cautionner certains types de discours publics. Il y a eu tout un travail débuté de mise en mots et de réparation, entre Monique et sa fille Émilie, qui a autorisé une libération, notamment celle

d'avoir évoqué « certains fantômes » datant de plus de trente ans. Cette séance avec la dyade mère/fille a permis un grand soulagement et apaisement. Même si sa mère (Monique) s'est effondrée en entendant ce qu'avait vécu sa fille ainée, cela n'a fait que renforcer en elle le désir que son mari oriente sa vie autrement. Nos entrevues lui ont permis, lors de nos derniers entretiens, de vouloir parler à son mari afin de lui exprimer sa souffrance vécue et son ressenti personnel. Pour autant, elle ne l'a pas pas fait immédiatement. Je constate ici la force et la prégnance du lien et notamment, combien cette épouse peut se rendre « complice » des actes de son mari. Le travail reste encore long, car la peur du suicide et des réminiscences de loyautés est sans cesse présentes.

Néanmoins voilà 3 semaines, je l'ai reçue cette fois ci à mon cabinet de consultation. Ma surprise a été très grande. En effet, Monique m'a avoué qu'elle n'avait eu de cesse de « *penser à moi durant ses années* ». Elle m'a dit avoir muri toutes ses années de suivi et les perspectives que j'interrogeais. Elle a fait le choix de parler clairement à Roland. Elle vient de découvrir que depuis 5 ans elle est trompée. Aujourd'hui, elle a choisi de vivre séparée de Roland (tout en gardant leur maison). Roland quant à lui, vient de débuter un suivi à l'étranger.

Dans l'approche psychocriminologique, présentée au travers des situations de Patrick et Victor, la démarche psychanalytique doit nécessairement s'adapter aux configurations psychiques des auteurs de violences. C'est cette perspective d'aménagement qu'évoquait Rank. Quelques soient les approches, j'ai voulu insister sur la dimension clinique et sur la mise en récit. Pourtant, cette aptitude narrative connait tous les avatars propres à la construction du sujet en lien avec son environnement. Chacun aurait sa propre manière de s'ouvrir à la narration, en regard de sa construction psychique, des événements de vie, de la situation traumatique. Le traumatisme a toujours fait débat au sein des sociétés psychanalytiques, notamment autour de cette question de la narrativité et de la réalité historique de l'événement traumatique qui en découle. Freud a connu des changements d'hypothèses et il a fini par décrire le traumatisme comme un problème d'économie psychique, un trop-plein d'excitation qui ferait effraction dans le moi et qui submergerait les capacités de liaison du sujet. Cela lui a valu l'hostilité notamment de Ferenczi qui a défendu la validité réelle du traumatisme.

Claude Janin a repris ces différents concepts en rappelant que la caractéristique du traumatisme, c'est lorsque la réalité extérieure rencontre la réalité psychique, créant alors un

collage de la topique interne, une confusion et un enchevêtrement entre intérieur et extérieur. Le sujet n'a plus de transitionnalité dans son rapport à l'image traumatique. L'impact de ce dernier va alors imprimer des traces mnésiques, des souvenirs parcellaires qui sans cesse seront réinvestis, modifiés par les mouvements pulsionnels[362]. Gantheret précise qu'il n'y a pas de précession d'une réalité perceptive objective des choses : « il n'y a pas de souvenirs intacts, il n'y a que des souvenirs altérés »[363]. En conséquence, il y a dans la transmission orale d'un récit, résolument une référence au passé, mais qui se dit dans le présent d'une relation.

En tant que clinicien, je me dois d'entendre ce récit en souffrance, qui se cherche, qui ne peut se dire, qui parfois aboutit. Et c'est souvent, me semble-t-il, à partir du moment où je peux me raconter des histoires sur mes patients que j'arrive progressivement à les supporter et les accompagner dans des démarches de changements. En tant que sujet, l'écoute de la mise en récit m'oblige à développer un rapport intime au langage, aux mots, elle m'amène : « à mesurer sans cesse l'écart entre la chose possédée et le mot qui le désigne et qui, le désignant, dit d'abord qu'elle n'est pas là »[364]. La mise en récit permettrait au sujet de mettre à distance ses fascinations pour l'événement passé, de créer un jeu d'affects possibles et, en disant « je », de reconnaître l'altérité. Raconter à l'analyste son récit, c'est pour le sujet une manière de se dire différent, se mettre à l'épreuve pour soi et de soi. C'est à ce déploiement psychique qu'invitent le récit et la narration, dans sa forme la plus achevée, à travers le dévoilement progressif de ses énigmes, de ses fausses pistes et ses revirements de situations.

Si je reprends la situation de « Patrick », comme l'évoque Sophie De Mijolla, « le fantasme de l'homme adulte est en général assez semblable et comporte invariablement une intention créatrice qui vient compenser ou masquer la dimension prédatrice jamais totalement absente ». Patrick a su repérer en l'adolescent(e) quelque chose de très précieux dont personne, pas même l'intéressé(e), ne s'est avisé, trésor que Patrick se fait fort de porter au même niveau que lorsqu'il crée une partition de chant ou de musique. Durant les premières séances il a pu exprimer ses craintes « j'avais peur que vous me jugiez ». Il y a d'ailleurs une fuite du regard lors des premiers entretiens. Une voix, fluette, presque imperceptible parfois. Cela n'a pas été simple car sa thymie est variable et ses excitations ne

[362] Janin C., *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF, 1999.
[363] Gantheret F., *Incertitude d'Éros*, Paris, Gallimard, 1984.
[364] Pontalis J.B., *Perdre de vue*, Paris, Gallimard, 1988.

semblent connaître aucune transformation. Patrick exprime ce que sa psyché ne peut traiter en me disant *« je vais vous cracher ce que j'ai dans mes viscères ou ce que je rumine dans ma tête »*. Il connaît également des états d'apaisement et ce qu'il nomme la « charge », une excitation qui s'impose à lui lorsqu'il est face à une situation de frustration ou de risque de perte d'objet.

La moindre variation du cadre des séances lui est insupportable. Le raccourcissement de 5 minutes, mes absences. Un jour il me dira *« vous avez sorti un papier pour l'autre personne, pas pour moi ! »*. Il demande une sorte de fusion, de m'avoir dans une exclusivité relationnelle et sa mimique se modifie lorsque cette fusion n'opère pas. Son expression de visage change avec une mise en jeu du corps. Je vois dans son regard que je ne suis plus perçu comme le même. À qui s'adresse, ce regard noir, cette violence ? je suis celui qui pose un cadre, qui lui pose le non, qui lui borne la route, qui le renvoie à sa frustration, avec peut-être une détresse dont je suis loin, lui et moi, d'avoir pris l'entière conscience. Il tente d'éprouver le travail thérapeutique. L'effet de clivage, me met en position délicate. Je perçois l'emprise qu'il tente d'exercer durant les séances. En outre, il refuse d'évoquer ses pulsions ou il ment en disant que « tout va bien ». Il m'apparait comme un enfant tyrannique aux grandes exigences. Une exigence qui semblerait traduire la solitude psychique dans laquelle il a dû être laissé bébé. Patrick était un enfant qui n'avait pas dû beaucoup jouer et qui n'avait pas réussi à construire des autoérotismes suffisants, générant une grande dépendance à l'environnement. La violence et l'abandon vécus ont remobilisé cet ensemble et l'ont figé dans un tableau hors histoire. Dans un contexte contre-transférentiel très difficile, je trouve des ressources dans le partage durant les séances de supervision. Cela me permet d'insister sur l'importance de ne jamais travailler seul avec ce type de structure de sujet livrant l'accès à toutes les complexités du déni.

Malgré une image de lui-même très dévalorisée, Patrick a un très grand potentiel artistique notamment en musique et en chant. Il aime d'ailleurs l'ascendance que sa fonction de chantre lui confère, opposant le sentiment de toute-puissance qu'il y trouve à son impuissance sexuelle. Son discours évolue donc progressivement vers une interrogation à travers son histoire de ce qu'il y cherchait et ne trouvait pas, à savoir la mère. Il existait cette confusion entre « être aimé par une maman » et « aimer des enfants ». Dans la perte du lien avec la sienne précocement (à l'âge de trois ans), il avait tenté une relation fusionnelle avec son frère cadet. L'idée pour lui était de combler la faille ouverte par le traumatisme de la perte de sa mère. À l'adolescence il y eut une rupture avec ce frère, et commencèrent ses

interrogations et « la quête des enfants ». Patrick a pu basculer sur le fait que la pédophilie était un symptôme au-delà d'un choix sexuel. « Dans ma vie il me manque l'essentiel. ». C'est sans doute pour lui la part la plus douloureuse du travail, que de revenir sur son enfance, sur ses liens très complexes avec sa fratrie, sur son père violent. Dans le travail opéré, Patrick teste le cadre et les limites de mon écoute et de ma fonction : « un pervers reste un pervers … Si je commets un acte sur un enfant, vous me dénoncerez ? ».

Cependant, il est d'une ponctualité rigoureuse, me prévenant systématiquement s'il doit manquer une séance et me demandant même de les anticiper pour ne pas rester sans. L'investissement est bien présent mais il doit en être le maître. Après un temps d'incarcération, il revient en séance. Il peut alors dire combien le suivi lui semble primordial pour « canaliser son côté pulsionnel ». « *C'est comme s'il y avait deux personnes en moi* ». Peu à peu j'ai pu constater l'évolution de sa narration. Si son récit était au départ très défensif avec de la dénégation, il peut désormais se contredire, et peu à peu, une cohérence du discours semble s'organiser autour « d'un sentiment de confiance ». Progressivement il arrive à parler de ses pulsions. Il dit alors : *« les séances me contiennent … je ne me sens pas si envahi, quand je rentre chez moi* ». Même s'il décrit un fort désir pour les enfants, il reconnaît qu'il ne faut pas qu'il soit en contact avec eux. Il semble compenser l'abstinence pédophilique par des masturbations compulsives et des films pornographiques. Au fur et à mesure des « séances », il dit que cette « obsession » est de moins en moins présente. Ce qui a été marquant dans ce travail, c'est la gravité progressive du discours de cet homme, le passage d'une forme d'« inconscience », à l'émergence d'une vérité où la dépresssivité semble prendre le dessus.

Aujourd'hui, âgé de presque 68 ans, Patrick n'a plus trop de créativité artistique selon ses dires. Il se décrit comme un « déchet », il vole dans les grandes surfaces sous couvert des chefs d'entreprises qui ont fait le choix de le laisser agir par « pitié ». Dans la dimension contre-transférentielle, j'ai une vigilance toute particulière et permanente des affects de Patrick et le ramène à son anamnèse, faisant émerger des imagos parentales non étayantes. Ce travail semble plus dans une démarche associative avec beaucoup moins de défenses qu'au départ de la prise en charge. Patrick était un enfant qui avait été brisé par la maltraitance et l'abandon, sa seule survie devenant pour lui la créativité artistique où il trouvait la même jouissance que dans l'acte pédophile. Au travers de l'analyse de la vie de Patrick, Victor tout comme celle de Roland, je peux évoquer l'hypothèse de la perversion non comme l'horreur d'un symptôme mais comme un symptôme de l'horreur vécue.

Avec ces quatre situations cliniques, ici présentées, j'ai voulu démontrer au plan psychopathologique la complexité de la dialectique entre répétition, perversion et sublimation. Au travers des éprouvés des séances j'ai voulu également souligner combien le partage entre collègues, les séminaires et les supervisions sont une aide très précieuse.

CONCLUSION

Mon expérience des thérapies de sujets confrontés à des expériences traumatiques m'obligent toujours à penser l'irreprésentable d'un évènement. Elle m'impose un travail de recherche sur les limites de certains sujets, comme celle de la subjectivation de l'expérience traumatique. Les fondements de mon travail sont : la question du traumatisme, de ses effets et de ses diverses voies électives et dialectiques entre répétition, perversion et sublimation. Mon travail tente de mettre en évidence les possibilités de représentation, tant au niveau des patients que j'ai rencontrés que de celui du chercheur que je suis, tentant de mettre en œuvre des adaptations parfois du cadre afin de modéliser l'expérience.

Engager la question du traumatique dans une thérapie suppose de la considérer comme une démarche ou nous nous situons sur une ligne de crête et où les enjeux transféro-contransférentiels peuvent vaciller à tout moment. L'expérience traumatique pose la question de la complexité des défis et des limites de l'analysable, elle pose la question de la réalité psychique là où la vacuité est parfois dévastatrice. Et en même temps, l'analyste doit prendre garde de ne pas rentrer dans une forme de jouissance de la fascination voyeuriste du réel souvent présent dans les récits.

L'expérience traumatique convoque des climats émotionnels rarement tempérés où patient et analyste oscillent entre chaud et froid parfois dans la même temporalité. Les processus de symbolisation et de subjectivation mis en œuvre sont évidemment proches à ceux qui se développent dans tout espace psychothérapeutique mais des complexités supplémentaires s'y ajoutent. Cette complexité n'est pas sans rapport avec ce qui anime le débat psychanalytique autour du traumatisme depuis des décennies sur la question du fantasme et de la réalité, du statut de l'évènement réel et psychique, de la place de l'analyste et du dispositif. L'expérience traumatique fait s'effondrer les repères topiques. Le discours du sujet est au cœur de ce travail de recherche par une méthodologie reposant sur des entretiens libres. Cette recherche aspire donc humblement à l'amélioration de perspectives dans le champ de la connaissance scientifique notamment en regard du cadre de travail des séances dans la perspective d'un sujet ayant vécu un trauma. Mes interrogations cliniques, issues d'une pratique de terrain, ont fait émerger des hypothèses de travail.

La théorisation des processus psychiques à l'œuvre pour les sujets proposés dans cette recherche aspire in fine à un retour à la clinique, en tentant d'entrevoir les impacts que cette recherche peut avoir sur la pratique clinique et en proposant des pistes d'évolution tant dans l'accueil que dans l'adaptation du cadre de la prise en charge du sujet dans une perspective de consultation, au sein d'un suivi judiciaire ou dans le cadre d'un suivi familial. Les entretiens viennent donc questionner ces sujets dans différents moments de leur vie dont des moments de vulnérabilité, due à la (re)mobilisation intense autour du traumatisme. L'entretien peut être vécu par eux de manière intrusive, ravivant le vécu de l'expérience traumatique. Une vigilance accrue des mobilisations psychiques suscitées par le cadre de la séance et de ses effets potentiels doit donc être opérée. Ma recherche souligne la dimension complexe des enjeux psycho traumatiques ; entre répétition, perversion et sublimation.

Mon travail, axé sur l'analyse clinique et le récit de vie de quatre situations cliniques, a permis de vérifier mes hypothèses de travail. Ma première hypothèse était qu'il existe des effets cliniques spécifiques de l'expérience traumatique, induisant une dialectique d'enjeux entre répétition, perversion et sublimation chez le sujet. Ma seconde hypothèse était que la clinique des différents impacts traumatiques sur la structure de sujet devient point de rencontre avec son environnement. En effet Il existe une singularité de l'impact traumatique eu égard à l'histoire de vie du sujet, des éléments subjectifs, les traits de personnalité, la manière dont le sujet répond à la logique de survie. Cet impact influe de manière interactionnelle étant à l'origine de transmissions transgénérationnelles. Enfin, ma troisième hypothèse explorait la relation transféro-contretransférentielle dans le but de prouver qu'il est nécessaire de repenser le cadre thérapeutique et le dispositif. En effet, le sujet a besoin de donner sens et de symboliser. L'interprétation tente alors de retrouver, de tisser, de retisser un accordage, un lien dans la relation transféro-contretranférentielle.

Ces hypothèses permettent d'ouvrir plusieurs champs allant de la singularité du sujet au transgénérationnel en passant enfin par une approche en criminologie. Dans le traumatisme, il n'y a pas un risque de mort : il y a mort. Ferenczi évoque « l'agonie psychique »[365]. C'est une forme de nécrose ou un infarctus psychique. Face à ce constat, la posture du sujet est singulière et unique. Il peut rester hébété, enfermé dans une douleur traumatique. La personne dans un tel contexte erre dans une dimension mortifère. Il existe une forme d'enfermement au passé, qui peut prendre la forme d'un syndrome psycho-traumatique.

[365] Ferenczi F., *Le traumatisme, op. cit.*

Dans ce cas, la possibilité de changement est faible. Dans d'autres situations, le contexte traumatique fait exister le sujet au travers de certaines répétitions. Il existe alors une voie élective, qui se situe vers la réorientation de la libido ; une resexualisation ; il s'agit de la sublimation. Ce chemin, pour reprendre la métaphore de l'infarctus, est une dérivation collatérale qui donne vie au sujet. La finalité sublimatoire est une orientation comportant un changement de but pulsionnel. Freud pense que la pulsion d'agressivité peut être sublimée au même titre que les pulsions sexuelles. La sublimation nécessite la formation du surmoi et donc l'intégration des pulsions partielles. Cela suppose que le sujet ait une instance moïque suffisamment forte afin de gérer l'organisation de l'économie psychique. Le « ça » doit être quant à lui satisfait et non tyrannique, tout comme le surmoi. Enfin « l'idéal du moi » doit être bien intégré au plan psychique. La sublimation a pour principe d'élargir le champ des processus mentaux, de même qu'elle a pour but d'enrichir le moi. La sublimation pourrait se résumer à des buts pulsionnels nouveaux permettant l'intégration du surmoi. Cependant, l'enjeu entre sublimation, répétition et perversion est complexe.

Roland est exemplaire de cette complexité. Certes, il a sublimé en partie son histoire de vie traumatique, par ses rencontres, en écrivant, avec la narration, par ses conférences. Néanmoins, la part de traumatisme reste active. Certaines répétitions, sont dues à des blocages, et des mécanismes de défense très opérants encore. Pourrait-on évoquer la notion de « faux self » au sens winnicottien[366] ? Il s'agit alors d'une forme d'adaptation qui ne serait pas forcément la sublimation sinon une forme de stéréotypie ? Roland demeure dans une forme d'enfermement, de prison. Il subsiste une forme d'aliénation où les idées s'imposent à Roland et il ne semble pas s'en libérer. Le clivage peut avoir pour bénéfice secondaire la réussite sociale. Il semble plus facile à Roland de vivre en société que de vivre en famille, où de nombreux réveils traumatiques refont surface. Dans le clivage de Roland, la reconnaissance sociale ne lui permet pas de déployer ses aptitudes sublimatoires, sinon celles perverses. Au travers de ces cas, s'agit-il de questionner comment articuler l'apaisement de souffrances traumatiques, en regard d'aptitudes narratives qui seraient thérapeutiques et sublimatoires ? L'effort thérapeutique n'est pas la réparation parfois utopique de certaines blessures traumatiques dévastatrices, mais bien davantage la remise en question des aptitudes du sujet, et l'accroissement de ses ressources personnelles pour apprendre à vivre avec son trauma.

---

[366] Winnicott D., Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self, *Processus de maturation chez l'enfant, op. cit.*, p. 121.

Pour autant, le sujet n'est pas obligé de vivre ou de se limiter à la souffrance qu'il a vécue, en s'identifiant à elle dans le cadre de la répétition. Comme l'évoque Sophie de Mijolla, la sublimation se choisit[367]. Si la capacité narrative peut s'inscrire comme voie sublimatoire au sein de la cure par le biais de la relation transférentielle, il n'en n'est pas de même lorsqu'elle participe à faire réminiscence de la dimension cathartique. Il ne s'agit de rien d'autre que de la répétition de la dimension traumatique. J'ai pu l'observer chez Roland. Dans ce cadre, la narration devient alors comme l'explique Whitaker : « une perpétuation du système défensif élaboré contre l'irruption du traumatisme »[368]. Se limiter au seul statut de la souffrance et se placer en « victime » entraîne une difficulté d'agir.

Patrick montre combien le sublime de sa créativité artistique trouve comme envers la jouissance perverse destructrice de la pédophilie. En outre, j'entends dans son discours de nombreux paradoxes. Cela implique des séances qui mobilisent mes éprouvés dans le contretransfert, dans une patience infinie. Cela m'oblige à être dans une dimension créatrice dans la séance. Cet aspect est soutenu de par mes supervisions que je réalise et qui me permettent de me distancier des enjeux et des engluements du travail psychothérapeutique. Par ailleurs, cela me permet de repenser parfois le cadre où les hypothèses de travail, voire d'interprétations.

Critiques, limites et réflexions

Arrivé au terme de cette recherche il me faut soumettre maintenant mon travail à un regard critique. Tout d'abord, je suis conscient de certaines limites liées à un échantillonnage de sujets restreints. Néanmoins, comme le constate Odile Husain, il est illusoire de penser pouvoir obtenir une population homogène : c'est un idéal méthodologique jamais atteint dans la mesure où il n'existe pas deux individus semblables. L'idée est de permettre de retrouver des facteurs communs, même si je réalise que beaucoup de variables peuvent m'échapper. En outre, il existe une limite à ma deuxième hypothèse concernant la sphère transgénérationnelle, car seulement pour le cas de Roland, des entretiens avec les proches ont été réalisés. Comme je l'ai souligné en préambule, ma recherche n'a pas de visée de généralisation, elle n'est pas en soi une vérité. Son axe essentiel est un éclairage sur une problématique donnée en regard de liens complexes, étroits et dialectiques que génère le trauma, entre répétition, sublimation et perversion. En outre, tous les sujets ont une

[367] De Mijolla S., *Traité de la sublimation, op.cit.*
[368] Whitaker C., *Therapy and couples therapy clinical application*, NY, G Pirroz Sholevr, 2003, p. 715.

trajectoire singulière au niveau du soin psychique. Si Patrick accède à un travail d'introspection et de réflexion sur son fonctionnement, le chemin reste encore long à parcourir et les éprouvés violents durant les séances demeurent mobilisés. Chez Roland, l'analyse du discours peut être une reconstruction dans l'après-coup, une façon de combler les manques, à la manière de l'élaboration secondaire, tel le rêveur au moment du réveil, qui est décrit dans le travail du rêve de Freud. L'accompagnement demeure de longue durée. Le clivage est manifeste, tout comme les défenses qu'il vaut mieux éviter de trop déstabiliser.

Pour conclure, je peux dire que, l'association et l'interprétation des éléments discursifs liés à la capacité d'évoquer des souvenirs, permet, dans la tâche analytique avec mes patients, de fortement s'attacher à promouvoir la fonction de représentation. Ce travail, dans ma clinique s'est souvent fondé sur des constructions inspirées par des associations médiatisées par la création, le photolangage®. Cela a permis d'effectuer un parcours lent et laborieux chez Christine, partant de traces traumatiques non représentables ouvrant vers un vécu de la possibilité d'une élaboration.

Perspectives d'ouverture

La symptomatologie clinique est une réponse à la culture me semble-t-il. Aussi, notre civilisation m'interpelle sur le concept même de sublimation qui demeure à réinterroger, eu égard à l'évolution de notre culture occidentale. En effet, les différents cas cliniques me font évoquer la notion de « pervers moderne », comme étant intégrée dans la civilisation. Elisabeth Roudinesco[369] écrit que notre époque feint de croire que la science nous permettra bientôt d'en finir avec la perversion :

> « dans les modifications de la civilisation actuelle, nous prenons le risque de détruire l'idée d'une possible distinction entre le bien et le mal, qui est au fondement même de la civilisation ».

Ces derniers mots me font conclure sur une réflexion que je devais mener avec Anne Dufourmantelle[370], malheureusement, son décès n'a pas permis ce partage. Je m'autorise à lui dédier également ce travail en reprenant ses mêmes interrogations qui ouvrent cette recherche vers une nouvelle perspective. La sublimation aurait-elle vécu ? La pulsion a trouvé un regain de toute-puissance dans un monde qui ne supporte aucune limite pour la

[369] Conférence Paris Diderot juin 2017
[370] Dufourmentelle A., psychanalyste et philosophe française (1964-2017).

satisfaire. Immédiateté, vitesse, fluidité appellent une société sans frustration ni délai. Que ce soit dans l'espace public (les actualités, les faits divers, la pornographie normative, les attitudes « décomplexées ») ou sur le divan (patient déprimé, désaxé, agité par les pulsions, etc.) nombre de personnes ne trouvent pas une voie élective pour sortir du symptôme. La société post-moderne et post-traumatique de l'après-guerre admet mal la dimension sublimatoire. Tout ce qui serait de l'ordre de différer le désir ou une attente à l'immédiateté est perçu comme un obstacle. Le sujet égocentré doit avoir un champ opératoire simple et direct à ses pulsions, sinon, il se déprime. La frustration ne semblerait plus supportable… À l'heure de la virtualité et du Smartphone, il n'existe plus de latence. La subjectivation, l'élaboration, l'abstraction, peuvent être des objets qui ralentissent le temps eu égard à une société de la jouissance. Cela se traduit même dans l'art ou le style actuel des œuvres semble préoccupant tant elles traduisent des existences sans vie plutôt que des vies avec une existence. Il semble délicat de vouloir dissocier la sublimation du contexte civilisationnel.

La sublimation, pour Freud, était la clé du processus de symbolisation. Elle articulait pulsion et langage, affects et valeurs. La sublimation ne nie pas la réalité, elle en reconnaît la contrainte mais elle passe outre, et au passage elle invente un langage. Le réel n'est pas nié, ni même évité, il est surmonté. Qu'a donc la sublimation de si dangereux pour être dans une si mauvaise passe ?

> « Le couple refoulement-sublimation, qui caractérisait le XXème siècle, est-il en train d'être remplacé par le déni et le passage à l'acte ? Un monde qui parvient à sublimer est un monde qui prend une forme, qui n'est pas informe comme l'actuelle confusion générale destine le nôtre à l'être »[371].

Dans la question de l'affectivité, mon exercice clinique tend à me faire observer combien les jeunes générations semblent avoir de puissantes difficultés à s'individuer pour cause de trop grands rapprochés (surtout dans notre civilisation occidentale) ou au contraire de carences affectives. Ils sont en effet aux prises avec un difficile travail de différenciation d'avec leur famille dont les enchevêtrements sont parfois difficiles à démêler. En conséquence, c'est parfois ces mêmes jeunes que l'on va retrouver dans les sectes ou les mouvements radicaux qui leur offrent alors une fusion idéale, où seule l'unité domine. Ils retrouvent leur premier objet d'amour totalisant. L'adhésion sectaire ou la pensée radicale apparaissent comme une réponse fusionnelle pour éviter la séparation et la perte. N'est-ce

[371] Dufourmantelle A., *La fin du sublime*, 9 juin 2016, www.liberation.fr/chroniques/2016/06/09/la-fin-du-sublime_1458435.

pas cette même dynamique qu'il serait pertinent d'interroger eu égard à la violence conjugale qui ne cesse de croître depuis quelques décades ? J'aspire à poursuivre plus en avant mes travaux de recherche et pistes de réflexions psychothérapeutiques en regard de la mutation civilisationnelle. Il serait alors intéressant de prolonger mes interrogations sur la complexité des enjeux du traumatisme, dans une dynamique de réflexion autour de somatisations et ce, actuellement, de manière précoce chez les enfants.

Il en est de même de l'émergence du phénomène des *Hikikomori*. Fansten en 2014 évoque le phénomène des *hikikomori* comme un produit sociétal en regard d'adolescents. Il est un syndrome de retrait à domicile pour une durée de plus de 6 mois décrit chez des adolescents et jeunes adultes japonais. [372] Le Hikikomori existait sous d'autres formes au Japon avant les années 1980, de même en France depuis le milieu des années 1950 sous le nom de syndrome de claustration, associé le plus souvent à des troubles psychotiques, et dans les pays anglo-saxons sous celui de « housebound syndrome » explique Manuella De Luca.Ce terme est utilisé dans les années 1990, pour la première fois au Japon : il s'agit d'« un jeune, le plus souvent un pré-adolescent ou un adolescent qui s'est reclu chez lui et n'envisage plus le lien social (relations, études, sport). Il n'existe pas obligatoirement une psychopathologie associée. Néanmoins se distingue parfois le hikikomori dit « primaire », correspondant à la définition décrite, du hikikomori « secondaire » ayant une trouble psychopathologique associé qui justifie le retrait (phobie scolaire, anxiété sociale, schizophrénie). Cependant, les frontières sont mal définies et il y a parfois une contiguïté : on retrouve souvent une vulnérabilité personnelle, de type anxieux, derrière ces comportements de retrait. Il s'agit souvent également de jeunes souffrant de dépression noogène à savoir de dépression très existentialiste où le jeune cherche un sens à sa vie.
Le phénomène hikikomori pourrait donc s'envisager comme l'hypothèse d'une défense se définissant comme une « bulle hyper protectrice » pouvant devenir pathogénique.

En outre, j'observe des agirs, parfois très violents dans le comportement, et de plus en plus émergeants chez les adolescents. Le nombre croissant des expertises judiciaires depuis des années me le démontre. Comment adapter le travail psychothérapeutique en regard des modifications des espaces transitionnels ? Comment adapter ce cadre de travail ? Comment amener certains adolescents en réflexion là où le silence analytique devient un

[372] De Luca M., « Le Hikikomori entre Idiome culturel et expression actuelle de la souffrance au passage de l'adolescence à l'âge adulte », L'évolution psychiatrique, janvier 2017, Volume 82, n° 1, pp. 1-15.

insupportable ? Comment les aider à conscientiser cet insupportable ? Comment arriver à tenter de réguler ces agirs par le biais de l'élaboration psychique ?

Ma posture est donc à réinterroger : comment laisser advenir l'authentique de la rencontre sans préjugés sur certains comportements ou attitudes ? Sans stigmatiser le sujet dans un après qui l'enfermerait dans une impossibilité à changer ? Enfin, là où une forme de « normalité » à la violence est banalisée chez des jeunes, comment les accompagner à la conscientisation de la gravité de leurs actes ? C'est cette dernière perspective que j'envisage comme piste de travail pour mes recherches à venir. En effet, je supervise des équipes au sein d'institutions et du CHU de Montpellier qui gèrent des adolescents dits « incasables ». Depuis septembre 2019 ce travail très intéressant et à la fois complexe a pour but de mettre en réflexions et d'émettre des hypothèses de travail avec les professionnels sur la prise en charge de ces adolescents dans une dynamique institutionnelle, groupale et individuelle. Ce sont donc tous ces questionnements que je souhaiterais investiguer dans l'avenir.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Une lettre de Sigmund Freud à Wilhelm Fliess

21 septembre 1897

- **introduction :**

DU FANTASME A LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE

L'abandon par Freud de la théorie de la séduction répond à la nécessité d'élaboration de la théorie d'une part avec l'écoute de ses patients, d'autre part par l'analyse de ses propres rêves. Nous savons que dans les mois qui ont suivi la mort de son père (octobre 1896), l'analyse de sa production onirique l'a amené à la découverte de la structure oedipienne. Dès lors, comment concilier la séduction et une théorie oedipienne ? Fallait-il pour les besoins d'analyse de ses rêves qu'il accusa son propre père de perversion à son égard ?

Conserver la théorie de la séduction, cela aurait enlevé au complexe d'Oedipe toute l'importance de la vie intérieure, de la vie fantasmatique, des fantasmes conscients et inconscients, et Freud dans une lettre à FIiess du 21 septembre 1897 explique les motifs de son évolution qui l'amènent à ne plus croire à la réalité des agressions "présexuelles" conduisant à l'hystérie ; ou l'excès de masturbation enfantine (initié par les domestiques par exemple) faisant éclore une névrose obsessionnelle. Sans la connaissance de ces lettres (que Freud voulait voir détruites) il faut attendre la publication en 1906 des "Trois Essais sur la théorie sexuelle" pour trouver un désaveu public de la théorie de la séduction et, l'élaboration à partir des formations fantasmatiques du complexe d'Oedipe, de ce qui sera la théorie psychanalytique telle que Freud et Lacan nous l'ont léguée.

Nous vous proposons de relire à propos des journées sur le fantasme cette lettre qui apparaît ici au complet, sans les coupures d'Anna Freud que l'on trouve dans "La Naissance de la

Psychanalyse". (Comme dans la version anglaise établie par Jeffrey Moussaieff Masson : "The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm FIiess, 1887-1904" Harvard University Press, London 1985).

E.G.

Dr SIGM. FREUD *Chargé de cours de Neurologie à l'Université.*

Vienne 21 Septembre 97

IX, Berggasse 19

CHER WILHELM,

Me voilà de retour, depuis hier matin, dispos, de bonne humeur, appauvri, sans travail pour le moment, et dés notre réinstallation terminée, c'est à toi que j'écris en premier.

Il faut que je te confie tout de suite le grand secret qui, au cours de ces derniers mois, s'est lentement révélé. Je ne crois plus à ma *neurotica* (théorie des névroses), ce qui ne saurait être compris sans explication ; tu avais toi-même trouvé plausible ce que je t'avais dit. Je vais donc commencer par le commencement et t'exposer la façon dont se sont présentés les motifs de ne plus y croire. Il y eut d'abord les déceptions répétées que je subis lors de mes tentatives pour pousser mes analyses jusqu'à leur véritable achèvement, la fuite des gens dont le cas semblait le mieux se prêter à ce traitement (la psychanalyse), l'absence du succès total que j'escomptais et la possibilité de m'expliquer autrement, plus simplement, ces succès partiels, tout cela constituant un premier groupe de raisons. Puis, aussi la surprise de constater que, dans chacun des cas, il fallait accuser le *père* , et ceci sans exclure le mien, de

perversion, la notion de la fréquence inattendue de l'hystérie où se retrouve chaque fois la même cause déterminante, alors qu'une telle généralisation des actes pervers commis envers des enfants semblait peu croyable. (L'incidence de) la perversion, en ce cas, devrait être infiniment plus fréquente que l'hystérie (qui en résulte) puisque cette maladie n'apparaît que lorsque des incidents se sont multipliés et qu'un facteur affaiblissant la défense est intervenu. En troisième lieu, la conviction qu'il n'existe dans l'inconscient aucun indice de réalité de telle sorte qu'il est impossible de distinguer l'une de l'autre la vérité et la fiction investie d'affect. C'est pourquoi une solution reste possible, elle est fournie par le fait que le fantasme sexuel se joue toujours autour des parents. Quatrièmement, j'ai été amené à constater que dans les psychoses les plus profondes, le souvenir inconscient ne jaillit pas, de sorte que le secret de l'incident de jeunesse, même dans les états les plus délirants, ne se révèle pas. Quand on constate que l'inconscient n'arrive jamais à vaincre la résistance du conscient, on cesse d'espérer que, pendant l'analyse, le processus inverse puisse se produire et aboutir à une domination complète de l'inconscient par le conscient.

Sous l'influence de ces considérations, j'étais prêt à renoncer à deux choses - à la totale liquidation d'une névrose et à la connaissance exacte de son étiologie dans l'enfance. Maintenant je ne sais plus où j'en suis, car je n'ai encore acquis de compréhension théorique ni du refoulement ni du jeu de forces qui s'y manifeste. Il semble douteux que des incidents survenus tardivement puissent susciter des fantasmes remontant à l'enfance. C'est pour cette raison que le facteur d'une prédisposition héréditaire semble regagner du terrain alors que je m'étais toujours efforcé de le repousser dans l'intérêt d'une explication des névroses.

Si j'étais déprimé, surmené, et que mes idées fussent brouillées, de semblables doutes pourraient être considérés comme des indices de faiblesse. Mais comme je me trouve justement dans l'état opposé, je dois les considérer comme résultant d'un honnête et efficace travail intellectuel et me sentir fier de pouvoir, après être allé aussi loin, exercer encore ma

critique. Ces doutes constituent-ils seulement une simple étape sur la voie menant à une connaissance plus approfondie ?

Il est curieux aussi que je ne me sente nullement penaud, ce qui semblerait pourtant naturel. Évidemment, je n'irai pas raconter tout cela dans Gath, je ne l'annoncerai pas à Ascalon, dans le pays des Philistins - mais devant nous deux, je me sens victorieux plutôt que battu (à tort cependant).

Quelle chance j'ai eu de recevoir juste maintenant ta lettre ! Elle me fournit l'occasion de te soumettre la proposition par laquelle je voulais terminer ma missive. Si, profitant de cette période de désœuvrement, je filais samedi soir à la gare du Nord-Ouest et que je sois dimanche à midi chez toi, il me serait possible de repartir la nuit suivante. Peux-tu consacrer cette journée à une idylle à deux, interrompue par une idylle à trois et à trois et demi ? Voilà ce que je voulais te demander. Mais peut-être attends-tu d'autres visites ou as-tu quelque chose d'urgent à faire ? Ou si j'étais obligé de regagner mon logis le même jour - ce qui n'en vaudrait pas la peine - pourrais-je prendre le train à la gare du Nord-Ouest dès le vendredi soir et passer un jour et demi avec toi, cela te conviendrait-il encore ? Je parle naturellement de cette semaine.

Je continue ma lettre par des variations sur les paroles d'Hamlet : To be in readiness. Garder sa sérénité, tout est là. J'aurais lieu de me sentir très mécontent. Une célébrité éternelle, la fortune assurée, l'indépendance totale, les voyages, la certitude d'éviter aux enfants tous les graves soucis qui ont accablé ma jeunesse, voilà quel était mon bel espoir. Tout dépendait de la réussite ou de l'échec de l'hystérie. Me voilà obligé de me tenir tranquille, de rester dans la médiocrité, de faire des économies, d'être harcelé par les soucis et alors une des histoires de mon anthologie me revient à l'esprit : "Rébecca, ôte ta robe, tu n'es plus fiancée !" En dépit de tout cela, je suis dans de bonnes dispositions et suis heureux que tu sentes le besoin de me revoir, autant que moi-même j'ai ce sentiment pour toi.

Il me reste une petite anxiété. Que puis-je comprendre de ton affaire ? Je suis certainement incapable de l'évaluer correctement, et je me trouve dans une position où mon avis ne sera pas le produit d'un jugement intellectuel, comme mes doutes sur mes propres idées, mais le résultat d'une adéquation mentale. Il est plus facile pour toi de surveiller les idées que j'apporte et même de les critiquer vigoureusement.

Quelques mots encore. Dans cet effondrement général, seule la psychologie demeure intacte. Le rêve conserve certainement sa valeur et j'attache toujours plus de prix à mes débuts dans la métapsychologie. Quel dommage, par exemple, que l'interprétation des rêves ne suffise pas à vous faire vivre ! Martha est revenue à Vienne avec moi. Minna et les enfants ne rentrent que la semaine prochaine. Leur santé a été parfaite... Mon élève, le Dr Gattel, finit par être décevant. Très doué et intelligent, il doit cependant, à cause de sa propre névrose et de certains traits de caractère qui le défavorisent, être classé parmi les êtres désagréables.Anticipant sur ta réponse, j'espère apprendre bientôt par moi-même comment vous allez tous et ce qui, en dehors de cela, se passe entre ciel et terre.

Très affectueusement à toi,

ANNEXE 2 :

Lettre de Freud à Marie Bonaparte du 27 mai 1937

(Gibello D., *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Dunod, 2009, pp. 22-23).

Ma chère Marie,

Je vais tenter de répondre à votre question (concernant l'agression). Ce sujet tout entier n'a pas encore été considéré avec soin et ce que j'ai pu en dire dans des écrits antérieurs, de façon si prématurée et si peu approfondie, ne mérite guère l'attention.

La sublimation est un concept qui comprend un jugement de valeur. En fait, elle signifie une application à un autre domaine où des réalisations socialement plus valables sont possibles. On voit alors que des déviations semblables s'écartant du but de destruction et d'exploitation pour se tourner vers d'autres réalisations sont démontrables sur une large échelle en ce qui concerne l'instinct de destruction. Toutes les activités qui organisent ou affectent des changements sont, dans une certaine mesure, destructrices et redirigent ainsi une portion de l'instinct loin de son but destructeur original. Même l'instinct sexuel, comme nous le savons, ne peut agir sans une certaine dose d'agression. Par conséquent, il y a dans la combinaison normale des deux instincts une sublimation partielle de l'instinct de destruction.

On peut, pour terminer, considérer la curiosité, la pulsion d'exploration, comme une sublimation complète de l'instinct agressif ou destructeur. Dans l'ensemble, dans la vie intellectuelle, l'instinct prend une grande importance comme moteur de toute discrimination, de tout refus et de toute condamnation.

Le retournement de la pulsion agressive contre soi est naturellement la contrepartie de la libido dirigée vers l'extérieur lorsqu'elle passe du moi aux objets. On pourrait très schématiquement imaginer qu'au début de la vie toute la libido serait dirigée vers l'intérieur

et toute l'agression vers l'extérieur et que ceci changerait graduellement au cours de la vie. Mais c'est peut-être faux.

Le refoulement de l'agression est la partie la plus difficile à comprendre. Comme nous le savons, il est aisé d'établir la présence d'une agression « latente », mais qu'elle soit latente par refoulement ou de quelque autre façon n'est pas clair. Ce qui se produit généralement, c'est que cette agression est latente ou refoulée du fait d'une contre-compensation, c'est-à-dire du fait d'un investissement érotique. Et avec cela, on s'approche du thème de l'ambivalence qui est encore très déroutant.

Pardonnez-moi ce cours.

Cordialement vôtre.

Freud

ANNEXE 3

Lettre de Freud à la mort de sa fille Sophie à Jones le 26 janvier puis à Pfister le 27 janvier 1920

Il écrit ainsi à Jones le 26 janvier 1920 :

Le malheureux ou heureux Toni Freund a été enterré jeudi dernier, le 22 de ce mois. Désolé d'apprendre que votre père est sur la liste maintenant, mais nous devons tous y passer et je me demande quand viendra mon tour. Hier j'ai fait une expérience qui m'a fait souhaiter que ça ne tarde pas. Ma fille Sophie – peut-être vous souvenez-vous d'elle, ou ai-je tort de rappeler que votre jeune épouse l'a connue à l'école ? – est morte à Hambourg d'une grippe-pneumonie rapide, maladie qui redevient fréquente en Europe centrale de nos jours. Elle n'avait pas 27 ans, laisse un mari abattu et deux garçons, le plus jeune étant un bébé de treize mois.

Tandis qu'il précise à Pfister le 27 janvier 1920 :

Le même après-midi, nous apprîmes que notre chère Sophie avait été emportée en pleine santé à Hambourg par une grippe avec pneumonie. Elle qui menait une vie active, si bien remplie, qui était une excellente mère, une épouse aimante, enlevée en quatre ou cinq jours, comme si elle n'avait jamais existé. Depuis deux jours déjà nous éprouvions de l'inquiétude à son sujet mais nous conservions bon espoir ; il est bien difficile de juger à distance. Et cette distance nous sépare encore. Nous n'avons pu partir comme nous l'aurions voulu dès les premières nouvelles alarmantes, il n'y avait pas de train, même pas de train pour enfants. La brutalité manifeste de notre époque pèse lourdement sur nous. Notre fille va être incinérée demain, notre pauvre « enfant du dimanche ». […]

Sophie laisse deux fils, un de 6 ans [Ernst] et l'autre de 13 mois [Heinele], et un mari inconsolable qui paiera maintenant bien cher un bonheur de sept années. Le bonheur n'était que dans leurs cœurs, il n'était pas dans leur vie : la guerre, l'appel sous les drapeaux, la blessure [de Max, le mari de Sophie, mobilisé sur le front], l'amenuisement de leurs ressources, mais ils étaient restés courageux et gais.

Je travaille autant que je le peux et je suis reconnaissant de cette diversion. La perte d'un enfant paraît être une offense grave, narcissique ; ce qu'on appelle le deuil ne vient probablement qu'ensuite.

LES ENTRETIENS

ANNEXE 4 : Entretien avec Monique

Entretien : Monique (Monique souhaite que l'on se tutoie)

M : Monique

N : Nicolas

N : Bonjour M. pourrais-tu te présenter s'il te plait ?

M : Alors ce genre de questions cela ne va pas plaire du tout à Roland, tu sais pourquoi ?

N : Non

M : En fait ça lui rappelle quand il n'était qu'un chiffre ou un numéro.

Roland a 8 ans de moins que moi.

Maman est décédée il y a 2 ans en 2009.

N : Est-ce que tu as des frères et sœurs ?

M : J'ai une sœur aînée, elle est célibataire, elle a toujours vécu avec mes parents.

Un frère qui a 19 ans de plus que moi, qui est marié qui a 2 filles et ses filles sont elles-mêmes mariées et ont des enfants.

Un autre frère qui a 17 ans de plus que moi.

Nous étions 5 dans la famille et j'étais la dernière.

L'aînée se prénomme Églantine. Elle est célibataire. Elle a 81 ans, soit 20 ans de plus.

Elle a connu la guerre…

Il y a ensuite Laurent. Il est décédé, il avait 22 ans quelque chose comme ça.

Après il y a ma sœur Pauline, qui a 4 ans de plus que moi. Elle est mariée et elle a des enfants.

Mon père était pendant la guerre dans la marine de guerre.

Il a été négociant ensuite en vin avec un de ses beaux-frères. Ce dernier l'a dépouillé et volé.

Papa par la suite, a été, gérant du syndicat des vins de la halle aux vins à côté de Notre-Dame, aujourd'hui où il y a la fac de sciences à Paris.

Ensuite papa est devenu juriste, ça le passionnait.

Maman a dû se mettre à travailler, car papa avait un petit salaire.

Papa était très croyant il parlait souvent de la providence, les petits oiseaux.

Maman, elle, était très réaliste.

Maman était issue d'une famille noble et riche, son père était appelé le prince d'Oran.

Les parents de maman vivaient de leur rente.

Ce sont des personnes qui se sont toujours occupées des autres.

C'était des gens extrêmement généreux.

Les grands-parents du côté de mon père avaient un côté mécène très généreux.

Mon père, à la différence de son frère qui était musicien et qui avait créé un groupe de chambres, a couru le monde. On dit que je ressemble beaucoup à mon père.

N : Qu'est-ce que tu en penses ?

M : Je suis tout à fait d'accord avec cela

Mes deux parents sont morts

Mon frère Laurent a eu une tumeur au cerveau et il est mort de cette tumeur. En fait alors qu'il était petit, mon frère jouait, il s'est pris un poteau apparemment, cela aurait été d'une violence terrible.

Mon frère a grandi avec beaucoup de difficultés scolaires, cette tumeur l'a emporté.

Il est mon parrain.

Il a un rôle très important et nous avons donné ce même prénom à notre fils.

Martine (ma sœur aînée), a travaillé comme secrétaire, chez un avocat, elle a eu certainement une peine de cœur, je l'ai su par une tante et un petit peu par maman. Papa et maman auraient refusé ce garçon. J'ai toujours pensé que je vivais ce que Martine n'avait jamais pu vivre.

Papa et maman pensaient qu'elle avait choisi un garçon qui était homosexuel. Car ce garçon avait un côté un peu artiste et cela ne correspondait pas à la famille.

Martine a choisi de ne pas se marier et donc elle ne voulait pas rester secrétaire.
Martine a repris des études d'assistante sociale.
Maman disait souvent : « rendez-vous compte du courage de votre sœur à 30 ans. »

Nous vouvoyions nos parents car dans la tradition de maman c'était une manière pour les enfants de garder le vouvoiement pour les grandes personnes.

Mon frère, je ne sais pas trop ce qu'il a fait comme études, je ne sais plus trop. Il a travaillé dans différentes boîtes. Il a fait du commerce il a travaillé à la banque de France. Il a fini au camembert président.

Il s'est marié tard. Par la suite il a travaillé chez un éditeur.

Papa a galéré toutes ses études, maman encore plus, jusqu'au jour où, un psychologue ou un docteur je ne sais plus, a dit : « votre fils se réalisera quand il sera dans la vie adulte. »
Cela s'est passé ainsi, il a été dans la presse, plutôt du côté marketing.

N : Et toi te concernant ?

De mon côté moi, j’étais prof …j'ai tout d'abord fait khâgne et hypokhâgne à Paris.

J’étais dans un lycée à Paris pour une élite, mais c'était pour les autres, je remercie mes parents d'avoir eu le souci de me mettre là. J'étais à Nanterre en mai 68. J'ai découvert des femmes en mai 68 : de véritables lionnes.

J'ai commencé à enseigner à l'école à Montreuil en 6e.

Je n'ai jamais supporté les cercles fermés.

Du coup l'idée de me retrouver avec des petites filles comme moi de bonnes familles m’était difficile.

J'ai accepté ce poste car il s'agissait d'enfants difficiles.

Je n'ai jamais fait de rejet de mon milieu.

J'avais besoin de connaître autre chose que le milieu dans lequel j'avais vécu.

J'avais donc commencé des études de lettres, car j’adorais la littérature.

Par contre je ne savais pas pourquoi je faisais des études de lettres.

J'ai rencontré une enseignante qui me connaissait mieux que moi-même. Elle pensait que je ferai une bonne enseignante et effectivement je me suis régalée… j'adore la transmission.

J'avais une chance d'être prof en continuant mes études.

J’ai enseigné durant 5 ans.

Je n'étais pas satisfaite, car ce qu'on vivait à l'école était complètement décalé avec ce que vivaient ces jeunes. J'ai grandi sans télévision.

Je me disais : « quelle horreur en ce moment, il y a des millions de personnes qui regardent la même chose ». C'est marrant je n'ai jamais aimé la télévision.

moi ça ne m'intéressait pas et même chez les copains/copines je ne regardais pas la télévision.

Je sentais donc ce décalage avec mes élèves.

Donc j’ai choisi d'arrêter.

J'ai arrêté mais j'ai quand même continué à enseigner pour des enfants malades à domicile.

Cela existe dans plusieurs villes, je le faisais en banlieue de Paris.

L'argent ne m'intéressait pas.

[…]

Plusieurs entretiens après, évoquant sa vie de couple…

Roland a toujours manifesté de la colère et je me doute de ce que les enfants ont dû vivre…Je m'en veux…

N :Y a t-il eu de la colère contre toi ?

Oh, pas grand-chose, il m'a levé la main dessus deux ou trois fois, mais ce n'était pas grave…

J'ai appris à ne pas le contrarier…j'attendais que l'orage passe…et puis j'espérais qu'il change…ce qu'il a fait…enfin je croyais…

Ce qui était difficile c'était toujours qu'il avait un besoin de fusion…dès que je voulais prendre un temps avec les enfants, il ne l'acceptait pas.

Même le moment du bain, il manifestait de la jalousie.

Quand Émilie est née, il est parti 4 jours…je ne savais pas où il était. Cela lui a été insupportable.

Émilie a eu des problèmes alimentaires et Camille a été anorexique.

(Évoquant cette même situation en couple avec Roland, il reprendra : « tu te trompes, tu parles de Camille, Émilie n'a eu aucun problème alimentaire, elle a toujours été sans souci ».)

Il nous a toujours fait peur car il pensait au suicide souvent…et il nous menaçait de vouloir mourir.

J'en avais parlé à un prêtre, qui m'avait dit de ne rien dire à personne car le risque suicidaire était trop grand selon lui…

J'ai appris à vivre avec lui.

J'avais une activité professionnelle très importante mais maintenant que je suis à la retraite je souhaiterais que les choses changent.

Je sens Roland en grand questionnement actuellement…

ANNEXE 5 : ***Entretien : Benoit, 4e fils***

B : J'ai deux sœurs et un frère.

Laurent en gros, il a 30 ans, non pardon, je me trompe Laurent est le 2e, la première c'est Émilie qui a 32 ans. Ensuite il y a Camille qui a 25 ans et moi c'est 15.

N : Qu'est-ce que vous diriez de l'amour que vous avez vu de vos parents ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

B : Je pense que j'ai beaucoup de chance, on a une très bonne entente entre frères et soeurs, je n'étais pas très bon à côté de ma sœur ainée à l'école, je suis actuellement en DP6 .

J'ai été viré de l'école et j'ai été au village à côté, je suis devenu premier de la classe.

N : Que voudriez-vous faire plus tard ?

B : Je voudrais mettre des sous de côté et me lancer dans une entreprise pour créer une chaîne pour faire des crêpes à des prix raisonnables.

N : Quel lien avez-vous dans la fratrie ?

B : J'ai des liens avec mes frères et sœurs avec Camille un peu moins car cela ne se passe pas très bien.

N : Pourquoi ?

B : Nous avons à peu près les mêmes caractères rebelles, nous ne partageons pas la même foi. Elle a une foi très carrée, elle prend la tête.

Avec Émilie et Laurent cela se passe très bien. On a une très bonne entente.

N : Avec vos parents comment cela se passe ?

B : Mes conneries, font revenir papa dans son passé. ça ne plaisait pas à papa.

N : Comment il a réagi ?

B : On a beaucoup discuté avec papa, il haussait la voix quand il fallait mais ne se mettait pas en colère.

N : Vous dites que ça lui rappelait son passé ? Il vous l'a dit ?

B : Non c'est ce que je pense, il devait croire que je voulais faire comme lui.

Ça fait 5 à 6 mois que cela va très, très bien entre nous.

N : que s'est-il passé 5 à 6 mois en arrière ?

B : Je me suis fait exclure du collège. J'ai changé d'établissement avec une super directrice actuellement.

Aujourd'hui tout se passe très, très bien.

N : Que s'est-il passé quand il y a eu l'exclusion ? :

B : Tout d'abord je n'aimais pas les profs. Ils me rentraient un peu dedans et je leur répondais.

ça se passait mal avec 3 profs, avec ceux qui étaient en règle avec moi, y avait aucun souci. Mes notes étaient catastrophiques.

N : Comment ont réagi ton papa et ta maman ?

B : Papa était inquiet, à la fois confiant.

Dans la famille la seule qui était forte à l'école c'est Émilie. J'ai toujours été bien plus mûr que mes autres copains, c'est papa qui m'a appris tout ça. C'est maman qui s'est le plus inquiétée mais qui ne le montrait pas.

N : Comment vous le savez ?

B : On ne se parlait plus et ça ne se passait pas très bien.

N : La relation était tendue entre vous ?

B : Oui un peu.

N : Comment viviez-vous cette difficulté de communication avec votre maman ?

B : Cela m'a été difficile car par exemple les premières copines maman seule le savait.

J'avais aussi des copains spéciaux. Il consommait, moi j'ai consommé quelquefois du shit. Puis j'ai fumé la cigarette ça ne plaisait pas trop à maman.

Maintenant je ne vois plus du tout ces personnes.

Des fois, le soir j'allais chez mes copines il fallait inventer des « mito » pour aller chez elle.

J'avais 13 ans et demi.

Puis il y eut la première cuite. Il n'y a que maman qui était au courant.

N : Pourquoi il n'y a que ta maman qui est au courant ?

B : J'aurais eu peur que papa sache ça.

N : Que dirais-tu de la relation de couple de ton père et de ta mère ?

B : C'est une magnifique relation. Ils se parlent beaucoup.

Ils ont fait des progrès, l'un, l'autre,… jour après jour,… surtout papa, car papa il a des trucs qui restent.

N : C’est quoi ces trucs qui restent ?

B : Un énervement, des colères

N : À l'égard de qui ? Comment ça se manifestait ?

B : C'était tout bête par exemple, si on cassait un verre, il criait car cela ne convenait pas, il piquait une colère.

Il y avait un peu plus de colère avec mes frères et sœurs aînés.

J'ai vécu les mêmes colères, mais il s'énerve, il s'énervait beaucoup plus avec eux que maintenant.

N : Ses colères, cela t’a impressionné ?

B : Cela ne m'a pas impressionné.

N : Cela t'a mis en colère toi-même ?

B : Non, Cela m'impressionnait peut-être.

N : Comment réagissait ta maman ?

B : Elle savait que quand papa s'énervait, il ne fallait pas contredire. En voiture, quand maman faisait une remarque papa se mettait en colère. Il s'énervait.

Quand il s'énervait elle ne parlait pas, elle ne cherchait pas. Il fallait rester calme.

N : Tu avais quel âge ?

B : 8/9/10 ans.

N : Tu m'avais évoqué une relation magnifique ? C'est-à-dire ?

B : J'aimerais avoir cette même relation avec ma femme plus tard. Discuter, tout ça.

Je ne les ai jamais vu s'embrasser.

N : Même dans l'intimité familiale ?

B : Non très peu. Je leur ai posé la question « pourquoi ? ». C'est pour pas dégoûter les gens qui ont peut-être des problèmes dans 1'amour, ils m'ont dit. Ce n'est pas faux.

Je voudrais avoir une relation pareille plus tard. J'espère trouver la bonne fille.

N : C'est quoi la bonne fille pour toi ?

B : Trouver une personne avec qui on serait d'accord avec l'éducation. Qui me plaise physiquement. Surtout l'éducation pour moi c'est l'essentiel très important.

N : Comment dirais-tu qu'elle est ton éducation ?

B : Mon éducation était très bien. Je dis éducation ce n'est pas manger à table bien, non.

N : Tu évoques plus les valeurs ?

B : Oui c'est ça les valeurs j'aime beaucoup les personnes handicapées, j'aime aller porter leurs courses, les aider.

C'est tout ce que m'a transmis la famille.

N : As-tu des peurs ?

B : Oui, la peur que papa meure.

La seule chose qui me fait peur c'est quand il prend la voiture. Il fait beaucoup de voiture, j'ai toujours peur de l'accident. C'est ma crainte.

N : Qu’est-ce qui fait que tu as renoué la communication avec ta maman ?

B : J'ai d'abord changé de fréquentations. C’étaient des gars qui étaient bien plus grands que moi.

J'ai toujours été avec des gens plus âgés que moi. Je ne me suis jamais fait influencer.

N : qu'est-ce qui fait que tu as changé de relation ?

B : Je ne sais pas du tout. Je ne sais pas quoi dire.

Tout d'abord je connais un peu tout. J'ai connu dehors, la rue. J'ai lu un peu tout.

J'ai un peu tout connu. J'étais très content de connaître ça.

N : Cela veut dire que ça fait une expérience ?

B : Exactement.

N : Quand tu dis j'ai changé de relation c'est que tu irais « dans le droit chemin »?

Quand j’écoute ton parcours : « j'ai touché un peu à l'alcool à la drogue à la rue, faire des expériences, et aujourd'hui tu me dis j'ai changé, je vais à la messe tous les dimanches je deviens 1er de ma classe »… ça ne te rappelle pas l'histoire de quelqu'un ?

B : Oui tout à fait, papa

N : As-tu connu des moments d'angoisse ?

B : Oui étant petit je pense. À ma naissance. J'ai une naissance difficile, (procidence du cordon).

Je ne pouvais m'endormir que dans les bras de papa. Le premier mot c’était papa cabane.

N : « Papa cabane » : Qu’est-ce que cela voulait dire ?

B : Dans les bras de papa et ce, jusqu'à mes de 3 ans.

Actuellement j’ai beaucoup d'angoisses de perdre mes parents.

Je vis dans le lycée je suis pensionnaire, je n'ai pas d'appartement.

Je reviens tous les week-end.

Ma sœur Camille cela fait 4 - 5 mois que je ne l'ai pas vu, c'est lié à la distance.

On ne se téléphone pas autant qu’avec mon autre sœur.

Avec Laurent on s'appelle tous les 2 jours.

Il a été professionnel de tennis et aujourd'hui il est responsable d'assurance-vie.

ANNEXE 6 : ***Entretien : Laurent (fils cadet)***

N : Donc vous êtes mariés ? Quel âge a votre épouse ?

L : 35 ans, elle est artiste créatrice, elle a lancé une nouvelle marque de prêt-à-porter et de porcelaine de Limoges. Elle fait beaucoup de choses énormément de choses.

N : Et vous ?

L : Je travaille dans les assurances. Je fais de la gestion de patrimoine autour de ce qui a trait à l'assurance.

Pendant 2 ans j'ai travaillé dans l'agroalimentaire.

À la base j'ai eu un parcours un peu atypique, j'étais joueur de tennis professionnel.

J'ai fini quelques tournois en tant que professionnel : Suède et en Espagne. C'est un choix de vie jusqu'à ce que je me marie. J'ai eu quelques pépins physiques suite au dopage. Je me suis marié à 18 ans. Je voulais construire une vie de famille très vite.

N : Que diriez-vous de votre histoire de vie ?

L : C'était une vie un peu atypique, de par la famille d'où je viens. Avec des phases, très difficiles de sport qui étaient liées à papa, au fait, qu'il était dur parce qu'en fait comme il disait, « je n'ai pas eu de père », et il ne savait pas comment faire, il y avait beaucoup de choses qui étaient reportées, sur moi, qui n'étaient pas bonnes, il y avait de la colère énormément d'énervement, l'énervement qui était verbal, un certain côté physique, je ne le cache pas.

Les choses sont entre lui et moi en fait, on a énormément parlé de ces choses-là. Je faisais du rap et j'avais fait une chanson et je disais : « le progrès, le progrès, il faut que ça rentre dans ta tête, autant te le dire maintenant c'est l'idéal, le progrès ,le progrès il faut que ça rentre dans ta tête. »

Avec papa il y avait des phases extraordinaires, puis des choses très difficiles à chaque fois qu'on croyait qu'il allait mieux et il retombait.

On a eu une grosse discussion qui a permis de poser les choses car j'ai été assez dur, j'avais pris de la maturité et surtout de la force physique pour me permettre de me défendre.

Il a été très dur avec ma grande sœur, mais verbalement, avec moi il a été dur physiquement et verbalement. En fait papa, il me suivait partout il m'amenait à tous les tournois. Il était très dur avec moi au niveau du sport. Le sport était la seule chose que j'avais. C'était un père très difficile.

N : Il voulait vous voir réussir ?

L : Oui il n'y a aucun doute là-dessus, il m'a d'abord interdit tout autre sport. Il estimait qu'on ne pouvait faire d'autres sports si on veut devenir un champion.

Papa m'a amené à vouloir devenir être un champion

N : il y avait une fierté de votre papa, une projection de son existence ?

L : Je pense oui effectivement

N : D'où son exigence ?

L : Oui tout à fait.

N : Vous avez évoqué le côté physique pourriez-vous m'en parler ?

L : C'était mon entraîneur Les entraînements de boxe étaient façon boxe. J'en ai pris. Je crois que si je suis devenu fort et costaud très vite c'était pour me défendre contre lui.

A l'âge de 13 ans je faisais 1 m 80. Je me sentais costaud.

Et là je prends de la puissance petit à petit et là j'ai vraiment envie de lui faire mal.

ça me ronge, ça me ronge jusqu'à ce que je prenne ma liberté.

Je dors dans un squat pendant un an dans la rue. Certainement pour reproduire une partie de ce qu'il avait fait.

C'est là où il y a la difficulté.

Je l'aurais bien tué et dans mon côté, je reproduis des choses que lui a vécu.

Jusqu'à un certain moment en fait.

Jusqu'au moment où je suis libre, avoir ma propre pensée et ce, jusqu'à ce que je ne le craigne plus, car il avait des gueulantes impressionnantes.

Il y avait un gros décalage avec tous mes amis, il y avait une différence avec ma génération chaque fois au moins une génération.

Quant à papa je l'aurais bien tué !

N : Cela veut dire qu'il y aurait de la haine ?

L : Oui j'ai encore des images où je me vois dans ma tête et/ou je tente de le faire et un jour, j'ai une planche cloutée, et tellement j'avais envie d'en finir, j'avais alors… j'étais jeune 8/9 ans.. Je me la suis enfoncée dans le talon.

Une autre fois j'ai brisé une fenêtre pensant que c'était lui.

Il y avait un gros mal-être.

N : Et vous aviez envie de mourir à ce moment-là ?

L : Oui ça m'est arrivé d'avoir envie de mourir.

Ce sont des choses qui se sont effacées petit à petit, je ne comprenais pas comment papa pouvait être aussi méchant et si gentil après.

J'avais très bien piger son histoire qui était de : il s'attendait à avoir un papa tout neuf étant petit

moi, c'était pareil j'attendais d'avoir un papa tout neuf après chaque colère et violence

Il a été très difficile avec Émilie

Papa dans la colère est impossible à calmer par contre quand on dit à papa, j'ai besoin de te parler là, on peut partir dans 2H00 de discussions mais là, il fallait être fort et capable de s'affronter, ce qui n'était pas possible, quand nous étions petits.

N : Quand vous posez les mots j'avais envie de le tuer à qui vous pensez ?

L : En fait je sais que ça renvoie à son histoire et ce qu'il a vécu.

Tout le monde idolâtre papa car il est célèbre, sauf que moi c'était simplement mon père.

Pour moi le but de cette rencontre avec vous est de vous donner les clés pour que vous compreniez et pour moi c'est de dire la réalité et même de parler de ces moments-là.

Une fois papa a voulu toucher à Benoit et je lui ai dit : « tu le retouches une fois je te tue ».

Un jour papa à crié très violemment après Benoit, il avait alors 2 ans et moi j'ai vu ça , j'étais dans le salon, je l'ai attrapé et j'ai plaqué papa… j'aurais eu un couteau je crois que je le tuais.

Ce qu'on a subi, en fait, n'était plus supportable à un moment.

ça été difficile après recul, pour ma mère pour se positionner… est-ce qu'elle voulait se protéger ? Nous protéger ? Sachant que si elle intervenait, cela aurait augmenté des choses.

N : Cela voudrait dire que votre maman n'intervenait pas ?

L : Non maman n'intervenait pas.

En fait, si aussi elle n'intervenait pas, c'est qu'elle n'était pas au courant de tout, après les matchs, quand je prenais une tarte.

Maman ne pouvait pas le savoir mais je revenais, je saignais du nez, j'avais pleuré… je devais sécher mes larmes, et papa disait « il a pris une porte, ou j'étais tombé etc… » .Tout était masqué.

Je pense qu'en tant que mère, on le sait, mais est-ce qu'elle voulait nous protéger ou le protéger, on en a discuté… aujourd'hui elle le vit très difficilement.

Les choses ont énormément évolué il y a environ un an, un an et demi.

Les fêtes, les anniversaires, les Noël étaient atroces…

Il y a un an et demi. Il me semble les choses ont vraiment changé, il y eut un vrai Noël avec un père heureux ...

Le fait d'être grand père l'a beaucoup aidé … il est bien meilleur que père.

N : Comment vivez-vous tout cela en regard des conférences qu'il pouvait faire ?

L : D'un côté je pouvais être fier, d'un autre côté, je n'étais pas fier sur un certain nombre de sujets. Il y a des sujets où je n'étais pas d'accord.

J'ai moi-même beaucoup changé, car je faisais pareil que lui, j'apprends à dire que je ne vais pas bien en général, (car je dis que tout va toujours bien) néanmoins j'essaye toujours de rester positif , je vois le négatif, j'essaie au moins de trouver une chose positive.

Déjà le fait de voir crier papa, je démarrais au quart de tour… c'est insupportable pour moi, je ne supporte pas d'être avec lui dans ces moments là.

N : Quelle relation avez-vous eu dans la fratrie ?

L : Très belle relation avec ma grande sœur Émilie, car on a vécu les choses ensemble. Quand on prenait une gamelle par exemple en luge, il nous engueulait. On a vécu sa violence ensemble, on se soutenait d'une certaine façon.

Elle savait que pour moi c'était physiquement.

Et moi je savais que pour elle c'était verbalement, que c'était difficile on avait une maturité très impressionnante

N : Il y avait une alliance ?

L : Oui il y avait une alliance naturelle.

Par contre avec ma 3eme sœur j'ai du mal.

Une fois je me suis battu avec elle avec un couteau que je lui ai mis sous le cou.

Je me suis battu avec elle, tous les soirs.

C'est la plus ressemblante à papa, c'est avec elle où les relations ont été le plus dures avec tout le monde.

Elle a un très fort caractère, elle a fait de l'anorexie.

Avec Émilie nous avons développé une spondylarthrite ankylosante.

Pour moi le diagnostic a été posé récemment

Ce qui me gêne le plus c'est la part de psychologique qui peut y avoir dans la maladie.

Ce qui m'interpelle c'est que il n'y a que moi et Emilie à l'avoir.

Cela me génère beaucoup de problèmes car je me déplace partout dans la France..

Émilie a un traitement très lourd.

N : Pourriez-vous m'évoquer votre rencontre et votre vie avec votre épouse ?

L : Papa nous a prêté la maison d'à côté de chez lui, c'était délicat car il ne fallait rien toucher sans son accord, même pas suspendre un tableau au mur. Puis j'en ai eu une nouvelle, ça allait un peu mieux.

Nous avons notre premier bébé je ne voulais pas m'investir dans mon rôle de père.

J'avais peur. Avec notre deuxième enfant je me suis investi plus…même dans les tâches ménagères.

Avec le premier j'avais un laxisme extraordinaire, j'avais en fait très peur : la peur de mettre des fessées, des claques, que ça parte.

Je ne voulais surtout pas reproduire et puis peu à peu avec les deux enfants, des énervements sont arrivés, énervements de plus en plus régulièrement et en fait, ce qui s'est passé, j'ai vraiment pété un plomb on venait d'avoir la maison et j'ai cassé la cuisine.

Le problème c'est qu'il y avait l'ainée. J'ai brisé les meubles devant elle, j'ai pris la voiture, j'avais une voiture assez puissante, j'ai fait du 0 à 100 je suis monté dans la montagne j'ai voulu envoyer la voiture dans le décor, c'était le trou noir. Là, je comprends ce que vivait papa et par où passait papa.

J'ai terrorisé ma fille.

Cela m'a vraiment terrorisé aussi.

ça m'est arrivé de mettre une certaine puissance dans les fessées, et quand je vois la trace cela me fait réfléchir. Mais pourtant je suis très calme, mais je peux être très impulsif.

Par exemple si je vois dans la rue quelqu'un avec 10 personnes autour, je vais y aller, je ne sais pas ce qui m'arrivera, mais je sais que je vais y aller.

Je sens que j'avance dans le bon sens, mais quand je sens que je m'énerve vraiment, ce sont des problèmes de communication qui arrivent.

J'ai par exemple cassé la figure à pas mal de personnes de manière violente, à des personnes qui prenaient à partie d'autres personnes dans les boites de nuit, dans les bals. Avec un ami nous avons fait beaucoup de bêtises

Je m'alcoolisais beaucoup…

Parallèlement, je n'ai jamais aussi bien joué au tennis et j'ai fait la meilleure performance française à 14/15 ans alors que je prenais des décharges le soir et que le matin c'était dur de se lever.

J'étais très séducteur et bagarreur, mais par bagarreur j'entends le sens où nous avions toujours une occasion pour protéger quelqu'un.

J'ai commencé à être mieux à 24/ 25 ans.

J'essaie d'aider Benoit car il y a eu des moments difficiles notamment à l'adolescence car papa a pété les plombs.

Je suis tout de suite intervenu car à nouveau là, je partais pour le coincer.

En fait il n'y a pas eu besoin.

N : Quand vous dites papa a pété les plombs ?

L : Apparemment il a plaqué, scotché, Benoit au mur. Benoit m'a appelé effondré en larmes, papa, était tellement mal, qu'il a pris la voiture, est parti… tout le monde a eu peur qu'il arrive quelque chose et ce jour-là je ne sais pas pourquoi je n'étais pas inquiet.

Il est revenu quelques heures après il était calmé (cela date de quelques mois).

<u>ANNEXE 7</u> : Entretien : épouse de Laurent.

N : Que diriez-vous de votre rencontre avec Laurent ?

Mme : Notre rencontre s'est passée de façon magique. Il venait d'avoir 17 ans, il faisait beaucoup plus mature. Mes petits amis avaient plutôt 10 ans de plus. Nous n'avons que 6 mois de différence. Nous nous sommes rapprochés de manière plus naturelle.

Je ne l'ai jamais considéré à la base comme un petit ami potentiel. En fait cela a permis qu'il me connaisse vraiment.

Nous nous sommes mariés très rapidement. Nous avons eu Laurine très rapidement.

N : Comment vivez-vous l'histoire de vie de votre mari ?

De manière très douloureuse car son père a fait du mal à Laurent, donc quelque part c'était à moi. Il y avait des parts de vie de famille qui j'adorais mais d'autres parties que je détestais. Malheureusement pour moi je ne pouvais pas parler car j'ai un devoir de respect.

J'en veux aussi à Monique car elle n'a pas protégé ses enfants, elle est aussi responsable. Elle est aussi responsable que Roland.

J'ai encore beaucoup de rancœurs aujourd'hui. Il y a une moitié que j'adore et l'autre que je déteste dans cette femme.

J'arrive pas à digérer certaines choses aujourd'hui. Je m'en veux beaucoup et je ne et je culpabilise beaucoup de ça.

Le silence et la politique de l'autruche de cette femme au détriment de 3 enfants car je pense que Benoit a moins souffert.

Il y eut beaucoup de difficultés avec Laurine car pendant 2 ans mon mari ne s'est pas occupé de notre fille…Il ne savait pas faire. Il me disait : « Je ne veux surtout pas reproduire ce que papa a fait donc je ne fais rien ».

À la fois il commençait à me parler comme à un patriarche, reproduisant néanmoins le schéma de son père.

N : Comment percevez-vous sa dynamique en tant qu'épouse ?

Mme : Aujourd'hui je ne m'en souviens plus presque. Pendant 3 ans j'ai mené les deux rôles : père et mère, j'étais complètement noyée, j'ai assumé tout.

Je lui disais souvent qu'à avoir voulu un enfant tout de suite, il fallait qu'il assume.

Même si je suis ravie d'avoir des enfants il faut que tu t'en occupes.

Je n'ai plus trop de rancœurs par rapport à ça, car aujourd'hui il a pris les choses en main cela fait 3 ans. Le temps que ça rentre.

Pendant 3 ans il était agressif et criait ; il a été violent et il a donné un coup de pied dans les meubles, il m'a jeté un sceau d'eau par la figure. Le geste a été très violent.

Notre fille a eu très peur j'ai dit à mon mari « si tu me refais encore une fois ça je m'en vais ! ».

J'ai demandé à mon mari de trouver des codes pour qu'il soit père car je n'avais pas de solution : « ce n'est ni dans la violence, ni dans le rien faire que tu vas y arriver ».

Aujourd'hui je pensais que ce qu'il renvoie est bien un rôle de père qui a évolué de la bonne manière … je pense que c'est bien maintenant.

N : Vous m'avez évoqué votre milieu d'où vous venez-vous ?

Je viens d'une famille pas très croyante mais avec beaucoup d'amour, de violence beaucoup et de cris.

N : Pourquoi dites-vous beaucoup de violence ? Parce que chez mon mari 1 y a eu aussi beaucoup de violence.

Chez sa famille il y a la non gestion de la violence, chez moi même s'il y avait beaucoup de cris, j’ai eu le sentiment d'avoir été élevé en tant qu’enfant.

J'ai eu le sentiment que chez eux les enfants n'ont pas eu le droit de vivre une enfance.

J'ai toujours le sentiment de crier quand je parle à mon mari. Je dois beaucoup répèter les choses en criant.

Je suis artiste formation.

……

Au moment de la naissance de nos enfants, j'ai eu peur que se reproduisent les histoires de vie

Avec ma belle-mère tout va toujours bien, tout est génial. Je n’ai jamai eu confiance en elle, je ne la croyais pas je ne voulais jamais laisser les enfants petits en bas âge chez eux. Elle camouflait tout.

Un jour par défaut de surveillance, elle a oublié notre fille dans leur piscine qui a failli se noyer. Nous l’avons su par notre fils qui l’a aidée à sortir. Le jour des évènements, pour Monique il n’y avait eu aucun problème durant la journée.

Aussi quand mon fils m’a raconté cela, je suis repartie la trouver. Elle m’a tout avoué et m’a demandé « pardon ».

J’ai dû apprendre à dire, car je n’ai aucune confiance en moi.

C'est dur pour moi d'avoir leur aspect des adultes. Par contre j'ai beaucoup de violence en et j’ai du mal que je n’arrive pas à m’exprimer de manière calme.

Quelques entretiens plus tard, elle pourra dire

Je dois bien avouer aussi que je bois… J’ai des idées suicidaires parfois. Je n’en peux plus de mon mari et surtout des enfants. Le troisième est très violent. Je n’en peux plus, je l’ai même giflé.

(Assistant à des scènes familiales, les mots courants peuvent être du registre de l'insulte, de la violence et de l'agressivité).

Avec mon mari, je n'en peux plus aussi, il est toujours demandeur de sexe. Et quand il est agressif je ne peux pas. Il peut me demander des rapports sexuels deux à trois fois par nuit… comme si ça participait à le calmer.

…..

Dans un dernier entretien

J'ai choisi de faire de l'hypnose pour me faire aider, il paraît que c'est bien…j'ai toujours mes angoisses et mes idées noires… Je mesure par moment, que ma vie avec mon mari n'est que la continuité de ce que j'ai vécu et qu'il reproduit son histoire. Je mesure que l'agressivité de nos trois enfants me fait peur…

ANNEXE 8 : ***Entretien : Emilie (fille aînée)***

E : cela me fait vraiment plaisir de pouvoir partager avec vous ce que j'ai vécu.

Pour une fois ce n'est pas de papa qu'on parle. Je suis très touchée que je puisse dire des mots.

À la fois cela me fait très peur.

En effet personne ne se doute de ce dont on va parler de ce dont on a vécu.

Quand je suis dans les repas on me dit : mais tu es la fille de Roland ?

Cela m'a longtemps énervé car il y avait une idéalisation médiatique où moi j'ai vécu tout autre chose.

J'ai mis des années à comprendre que papa m'avait battue… c'est vraiment un mot tout nouveau que je dis depuis un an à peine.

J'ai dû faire une psychothérapie avec une personne lorsque j'étais à Paris et j'ai tout livré.

Déjà à la maison rien n'était simple. Au tout début nous étions tous mélangés dans la famille avec des jeunes que papa et maman accueillaient.

J'ai eu droit à un pervers avec qui je dormais juste à côté, qui me regardait de manière bizarre.

J'ai voulu le dire à papa notamment, puis à maman et on m'a fait comprendre que j'étais une menteuse.

Rejetée, toute petite papa me faisait faire des travaux lourds, il disait tout le temps, « tu n'as pas connu ce que moi j'ai vécu. »

J'allais dans la neige déblayer, enlever les feuilles, porter des fardeaux de bois pour la cheminée, j'avais à peine 4 ans.

Lorsque je voulais en parler à maman tout le temps j'ai entendu dire de sa part : « dans la famille ne vous inquiétez pas votre père a souffert il va changer. Il faut vivre d'espérance ».

Papa avait un regard noir qui me faisait très peur.

Il était terrible me donnait des coups de pieds entre les jambes qui me relevaient à une hauteur qui était impressionnante.

Puis, j'ai eu droit à ce qui est écrit dans ses livres : « les Paris Brest » : ce sont ses fameuses gifles et coup qu'il prenait, que lui donnait son propre père… là aussi tout en me frappant il me disait toi tu n'as pas connu ce que c'était ».

Je te dirai qu'il m'a battu de manière fréquente voire régulière jusqu'à l'âge de 6 ans.

Je ne sais pas trop ce qui s'est passé mais par la suite il a arrêté. Je n'ai d'ailleurs jamais compris pourquoi. C'est mon frère Laurent, qui par la suite en a pris plein la tête.

Quand papa le frappait, je voulais être là, mais cela m'était difficile et je voulais le protéger mais j'avais du mal car j'avais peur et papa était très fort.

J'ai connu des problèmes alimentaires…papa ne comprenait pas, il ne voulait pas voir, pour lui ça ne se fait pas. Il avait très peur et était très fusionnel avec moi, au tout début il ne voulait qu'aucun garçon ne s'approche de moi à moins de 50m.

Si un garçon était avec moi, il m'insultait me disant que je valais rien ou que je n'étais qu'une sale pute…

Toute notre enfance notre jeunesse et ce jusqu'à peu de temps nous avons eu droit à des liens pourris.

Papa criait, hurlait, il revivait chaque fois son histoire de vie et nous menaçait tout le temps de vouloir mourir, vouloir se suicider.

Ce qui m'a fait réagir peu à peu dans le temps c'est lorsque j'ai rencontré mon mari.

Mon mari est le premier homme à s'être opposé à papa.

La veille de notre mariage, c'était terrible et violent… papa a carrément failli mettre un coup de tronçonneuse à mon futur mari.

Là, je suis intervenue et je lui ai balancé les choses en pleine tête, il s'est effondré et il est parti.

Par la suite, j'ai réalisé peu à peu dans mon couple, que moi-même je reproduisais ce que papa avait vécu surtout à la naissance de nos enfants, quand la première est née, et qu'elle pleurait… j'avais des montées de colère, de violence, j'avais l'impression de relire les livres de papa… à la fois ce sont des livres notamment le premier dont j'ai été incapable de lire certains passages notamment lorsqu'il disait qu'il m'aimait et qu'il avait tout donné à ses enfants.

C'est à partir de là que j'ai décidé de faire un travail sur moi, ce qui m'a beaucoup aidée.
J'ai osé parler de ce que je vivais dans la famille alors que rien n'était simple à cause de la notoriété médiatique.

Il ne fallait jamais parler si ce n'est qu'à très peu de personnes…
Mais pour moi il était important de faire ce travail car j'ai mesuré que j'étais habitée par les mêmes sentiments que lui. Je souffrais énormément.

<u>ANNEXE 9</u> : 1er *<u>Entretien entre Monique et Emilie</u>*

Durant cet entretien, Émilie choisit de tout avouer à sa mère :

E : Il me battait quand tu n'étais pas là et ce jusqu'à l'âge de 6 ans …cela fait simplement un an que je prononce ces mots : « avoir été battue ».

Je ne comprends pas que tu n'aies rien dit que tu ne sois pas partie non plus ? Comment as-tu pu vivre avec ce qu'il nous faisait ?

Aujourd'hui, il se passerait les mêmes choses nous serions retirés de notre famille par les services sociaux.

M: J'avais peur mais je ne savais pas comment vous protéger.

Je vivais dans l'espérance, je pensais qu'il allait changer, car il était traumatisé par sa vie.

[…]

N: En regard de ce que dit Emilie, pour toi Monique, que penses-tu du fait que Roland pense être apaisé de ses traumatismes ?

M : Je réalise que Roland souffre toujours des mêmes choses… il a fait régner un climat de peur et de menaces surtout du chantage au suicide, et personne ne devait approcher la famille à moins de 50m.

Aujourd'hui mon plus grand souhait est de parler.

Soit il change l'axe de ses conférences.

Soit il arrête et il se met à peindre ou sculpter car il avait des dons, et il avait aussi des projets par rapport à cet art. C'est un véritable artiste.

Aujourd'hui en regard de sa demande j'ai refusé d'écrire un livre avec lui ainsi que de participer à des conférences à deux.

E : Et malgré tout ce qui nous a fait tout ce que tu as pu voir tu n'as rien dit et cela ne t'a pas dérangé ?

M : Non je réalise tous tes mots ma chérie, et je t'en demande pardon, je ne changerai pas cette histoire et je comprends tout ce que vous avez souffert…

[…]

Monique finira par s'effondrer en larmes, prenant conscience de tout ce qui s'est passé.

Elle va remercier sa fille pour tout et aujourd'hui semble mesurer combien effectivement son mari est loin du chemin qu'il aurait dû parcourir.

Monique me dira (à part) « même s'il fait du bien, j'en suis consciente, effectivement dans ce que nous vivons et ce que je vis aujourd'hui, il reste dans : la colère, la haine l'agressivité […] à la fois je reste dans la peur…peur du suicide…je ne sais pas comment il peut réagir…mais je ne me vois plus laisser les choses telles qu'elles sont aujourd'hui… »

<u>ANNEXE 10 :</u> Lettre de Christine qu'elle amène en séance (12ème séance)

« *Je suis dans mon lit. Livre posé et lumière éteinte. Je n'arrive pas à poser mon esprit…Toutes les pensées négatives affluent dans mon cerveau et contaminent toutes mes connections, elles progressent jusqu'à atteindre le centre de tout : culpabilité, remords, dépression, colère, peine, auto-apitoiement. Voilà le négatif, c'est terrible. Et dans le noir, sans point d'attache visuel extérieur, je suis faible, très faible… La journée c'est facile d'oublier. Tout est lumière, tout est attirant. On peut faire exprès de se déconcentrer, d'éloigner le négatif loin, de toujours repousser le moment fatal…mais il finira par arriver. Je ne peux pas rester devant l'ordinateur toute la nuit, non ça tarderait à m'endormir et la contamination serait d'autant plus grande, plus longue, plus noire, plus profonde…Je ne peux pas rester à lire toute la nuit, c'est stressant, les chiffres luminescents de l'heure qui brillent et qui te narguent, t'indiquant que c'est tard, que demain les portes de ton esprit seront peut-être moins solides… La mémoire s'active et fait remonter les souvenirs…Deux solutions : La première solution : tu n'y arrives pas, tu te fatigues, le négatif prend le dessus se nourrissant de ta culpabilité et arrive à détruire les portes de ton esprit…Là tu t'interroges sur ce qu'il risque de se passer…La deuxième : tu t'armes, tu t'entraines chaque soir, tu te rends forte pour combattre le négatif… c'est dur mais un jour tu vas y arriver…* ».

Annexe 11 : ***Dessin de Christine***

Annexe 12 : ENTRETIEN D'EVALUATION DE VICTOR

Examen de Victor

1- Anamnèse de vie

Victor est né le **5 octobre 1980.** Il est sous tutelle et bénéficie de l'AAH. Il exerçait dans un ESAT.
Son père serait décédé d'un cancer.
Sa mère a 80 ans.
Monsieur PASCAL est le quatrième d'une fratrie de 5 :

- Son frère ainé, Jérôme, est âgé de 45 ans, célibataire, et exercerait comme cariste ;
- Son second frère, Olivier, 42 ans, célibataire, fabirque des cagettes ;
- Son troisième frère, Ludovic, âgé de 40 ans, célibataire, est en à l'hôpital psychiatrique ;
- Sa petite sœur, Christelle, 37 ans, sans activité professionnelle. Elle est en couple avec un enfant.

Victor évoquant le milieu familial décrira une enfance « *compliqué avec mon père. Il nous laissait pas jouer. Il voulait qu'on aille chercher du bois* ».
Évoquant sa mère il dira : « *je ne me rappelle plus, elle était très sympa, elle nous défendait* ». Trois de ses frères auraient été abusés par un oncle (frère de sa mère). Le concernant Victor dira : *« il voulait me prendre pour le faire* ».
Il dit porter des couches depuis l'âge de 16 ans. Il urinerait et éjaculerait dedans mais irait aux toilettes pour déféquer. Aujourd'hui il utilise toujours des couches mais adultes.
Victor ne pourra dire plus sur son vécu.

Au plan scolaire

Victor fait son primaire dans son village tout comme son collège. Il n'aime pas l'école et les résultats ne sont pas satisfaisants.

Vie d'adulte

Il fera une formation de maçon et travaillera à l'ESAT. Il ne pourra dire à quel âge il est arrivé à l'ESAT.

2- Construction affective et relations

Victor est très pauvre dans son discours, aussi l'entretien sera très limité. Il décrira deux relations affectives : une alors qu'il aurait 23 ans. La personne se prénommait Cathy. La relation aurait duré 5 à 6 ans selon les dires de Victor. Puis il y aurait eu Danielle, elle avait 38 ans Il les a rencontrées toutes les deux à l'ESAT.

Concernant les faits reprochés

Victor peut dire que son attirance pour les enfants a commencé en 2013. Il dit découvrir les sites d'enfants via un reportage sur TF1 : « *Ils parlaient des sites pornographiques où se trouvaient des enfants* ».
Il aurait par la suite découvert ces sites d'enfants sur Internet. Puis des gens l'auraient contacté via Hangouts pour « *acheter des bébés* ». Il dira avoir donné « *300 euros* ».
Victor peut également évoquer que sur Facebook il est connecté « *sur des pages où il y a des enfants* ».

3 – Antécédents

Victor déclare :

- **Antécédents somatiques** :
  Victor ne déclare aucun antécédent somatique
- **Antécédents psychologique - psychiatrique :**
  Concernant les addictions :
  Victor ne déclare aucune dépendance :
- L'alcool serait occasionnel
- Pas de drogue
- Compulsion à l'image pédopornographique

Traitements en cours :

Victor dit avoir un suivi avec un psychiatre et une psychologue

- Il prend actuellement un anxiolytique.

- Antécédents judiciaires :

Victor évoquera « *avoir eu des problèmes avec une jeune fille de 11 ans : je lui avais fait des avances. Elle m'avait contacté par Facebook.* ». Il ne se souviendra pas comment s'est réalisé le lien. Il évoquera qu'il a été condamné.

4- Discussion

Examen psychologique :

Victor est de taille moyenne. Lors de l'entretien, il sera mal rasé, les cheveux longs, n'aura pas fait sa toilette. Ses vêtements seront troués. La voix est parfois imperfectible. Son visage porte « le masque de la dépression ». Le discours de Victor est pauvre et il faudra rester sur des questions simples pour permettre la compréhension. L'orientation temporo-spatiale dans le récit demeure bonne mais les limites cognitives de Victor rendent son élaboration très pauvre. Il n'y a pas au jour de l'expertise d'élément délirant. A l'observation clinique et de par la passation des tests, nous émettrions l'hypothèse diagnostique d'une schizophrénie heboïdophrénique associée à une oligophrénie. Il ne semblerait pas y avoir de délire dissociatif, sinon un déchainement pulsionnel sadique qui est décrit.

Au plan cognitif

Lors du passage du MMS (Mini mental State de Folstein) Victor obtient un score de 19 /30. Victor aurait une atteinte cognitive sévère en termes de déficience. Victor aurait un niveau scolaire d'un enfant de l'âge de 6/7 ans.

- **La schizophrénie héboïdophrénique :**

Les traits psychotiques chez Victor ne présentent pas de signes dits positifs à savoir dissociatifs ou délirants à proprement parler.
Néanmoins le syndrome négatif est très présent. Il présente :

- Une apathie
- Une pauvreté du discours
- Un émoussement affectif
- Un apragmatisme
- Un retrait et un isolement social

Son trouble psychopathologique a pour conséquence une altération de la réalité, des troubles cognitifs et un dysfonctionnement social et comportemental important.
Si nous évoquons l'hypothèse héboïdophrénique c'est pour nommer sa sphère pseudo psychopathique en regard de son attrait pour les enfants voire les bébés.

Par ailleurs la structure psychotique est fortement marquée par des régressions et des fixations à des stades archaïques, notamment anal et phallique (ce qui correspond aussi à ses compétences cognitives à savoir un enfant de 6/7 ans).
Victor dit porter des couches depuis l'âge de 16 ans. Aujourd'hui il continue à en porter. Il peut dire qu'il y urine et éprouve une certaine jouissance à y éjaculer également : *« je me masturbe dedans ça me rappelle le monde de l'enfance. Je veux rester bébé »*. Il pourra dire aller aux toilettes pour déféquer.

- **<u>L'oligophrénie :</u>**

Elle correspond à un retard mental. Nous pourrions interroger en regard du score du MMS de Victor (nous rappelons le score : 19/30), un handicap mental grave.
Nous noterons un déficit des fonctions intellectuelles incluant le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire, l'apprentissage par l'expérience. Victor n'a pas d'aptitude à la subjectivation et son élaboration psychique est à la hauteur d'un enfant de cour élémentaire.
Il existerait un déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socio-culturel, permettant l'autonomie et la responsabilité sociale.

Enfin un déficit, intellectuel et adaptatif, lié à la période du développement psycho affectif qu'a connu Victor (peuvent se rajouter des facteurs hormonaux, neurologiques ou génétiques que nous ignorons au jour de l'expertise).
Il se dit hétérosexuel.
Son trouble psychopathologique a pour conséquence une altération de la réalité, des troubles cognitifs et un dysfonctionnement social et comportemental important.
Si nous évoquons l'hypothèse héboïdophrénique c'est pour nommer sa sphère pseudo psychopathique en regard de son attrait pour les enfants voire les bébés.
Par ailleurs la structure psychotique est fortement marquée par des régressions et des fixations à des stades archaïques, notamment anal et phallique (ce qui correspond aussi à ses compétences cognitives).
Victor dit porter des couches depuis l'âge de 16 ans. Aujourd'hui il continue à en porter. Il peut dire qu'il y urine et éprouve une certaine jouissance à y éjaculer également : « *je me masturbe dedans ça me rappelle le monde de l'enfance. Je veux rester bébé* ».
Il pourra dire aller aux toilettes pour déféquer.

Si nous avons évoqué le terme de pseudo-psychopathique c'est que nous ne pourrions parler à proprement parler de perversion de type pédophilique chez Victor
Par ailleurs Victor, de par son immaturité psychique, ne semblerait pas avoir de censure c'est-à-dire de conscience morale à savoir un Sur-moi post-œdipien.
Cet inachèvement ne lui permettrait pas de constituer correctement les instances psychiques assurant une humanité structurée avec un discernement de ce qu'est l'altérité.

Monsieur PASCAL traduirait cela : « *Je suis attiré par les jeunes filles, je veux leur faire découvrir ce que cela fait* ». Il pourra dire également : « *je suis aussi attiré par les bébés mais pas pour les pénétrer, ça leur ferait trop mal* ». Victor tape sur internet « *Teen qui baise avec son père* ». Il est dans l'incapacité d'expliciter pourquoi il écrit cela…à la fois est ce que cela le renverrait à des évènements traumatiques de sa propre histoire ? A côté de ce discours Victore ne semblerait pas être dans des actes masturbatoires compulsifs, il ne fréquente pas les clubs échangistes, ne souhaiterait pas des rapports avec plusieurs enfants.
Il ne se définit pas comme zoophile.
Il évoquera une sexualité où il nomme les « *préliminaires, la pénétration vaginale* ». Il dit ne pas connaitre la pénétration anale.

Le jour de l'expertise de Victor nous avons trouvé un sujet souffrant d'un syndrome anxio-dépressif majeur. Il décrira une grande tristesse, des angoisses constrictives avec une anhédonie. Il pouvait exprimer des envies de mourir sans concrétisation d'un schéma suicidaire. Ce syndrome anxio-dépressif majeur serait à réévaluer et à prendre en charge car les signes Victor semblaient se majorer au fur et à mesure de la prolongation de son incarcération.

SIGLES ET ACRONYMES

CIM ……. Classification Internationale des Maladies

DSM ……. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICS …… Inconscient

PCS…… Préconscient

PJJ…..……Protection Judiciaire de la Jeunesse

PTSD …… Post Traumatic Stress Desorder

SRT …….. Sydrome de répétition traumatique

TDM …….Tomodensitométrie (ou scanner)

TSA …….. Trouble de Stress Aigu

TSPT …… Trouble de Stress Post-Traumatique

GLOSSAIRE

A

ABRÉACTION :

De l'allemand *abreagieren*. Concept créé par Breuer et Freud. Décharge émotionnelle à retardement d'une tension due à un souvenir traumatisant oublié jusque là et non liquidé. Grâce à l'abréaction, le malade, en se remémorant et en exprimant l'événement traumatique, se libère d'un ensemble d'idées et de sentiments douloureux qui le perturbaient.
C'est une décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant de ne pas devenir ou rester pathogène. L'abréaction peut être provoquée au cours de la psychothérapie et produire alors un effet de catharsis. Faire sortir le traumatisme de soi, le lier, comme pour le cauchemar ou le rêve.

ACME DE LA RELATION AU MOI :

C'est le point le plus intense de la relation au moi. Les patients dont l'expérience instinctuelle est inhibée vont se défendre et avoir recours à un autre état qui est l'orgasme du moi. Utiliser l'orgasme du moi c'est tenter de trouver un contenant.

ACTE MANQUÉ :

Ce n'est pas l'acte qui est manqué, mais son résultat qui ne satisfait pas celui qui l'a accompli. On parle d'acte manqué pour désigner les conduites que le sujet est habituellement capable de réussir. Freud a montré que les actes manqués étaient, comme les symptômes, des formations de compromis entre l'intention consciente du sujet et le refoulé. Tous les actes manqués ont un sens : ils expriment les pulsions et les intentions que l'on veut cacher à sa conscience. « C'est par eux que l'homme traduit le plus souvent ses secrets les plus intimes. »

ACTING :

Terme introduit par James Strachey (1945) pour traduire *agieren*. Le sujet met en acte au lieu de se remémorer (Freud) les souvenirs pathogènes. Les actings surgissent dans la cure

lorsqu'il y a défaut ou excès d'interprétation.

AFFECT :

Du latin *affectare,* « destiné à un usage ». Terme désignant tout état affectif partiel agréable ou désagréable, à la différence du sentiment qui implique une continuité et une durée plus importante. Freud désigne l'affect comme étant la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle.

AMBIVALENCE :

Présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine.

ANACLITIQUE :

Du grec *anaclito,* « se coucher sur, s'appuyer sur ». L'adjectif a été introduit pour reprendre le mot allemand *Anlehnungs*. Il désigne l'étayage et le choix d'objet par étayage.

ANACLITIQUE (DEPRESSION) :

Terme créé par René Spitz : troubles qui évoquent cliniquement ceux de la dépression chez l'adulte et qui surviennent progressivement chez l'enfant privé de sa mère après qu'il a eu avec elle, pendant au moins les six premiers mois de sa vie, une relation normale.

ANAMNESE :

Du grec *mnesis,* « mémoire ». Évocation volontaire d'un passé. Ensemble de renseignements recueillis auprès d'un malade et de son entourage relatifs à son histoire personnelle et à sa maladie.

ANGOISSE DE CASTRATION :

Selon Mélanie Klein, l'angoisse de castration provient de la projection faite par l'enfant de sa propre agressivité. Freud fait de l'angoisse de castration le moteur de la résolution du

complexe d'Œdipe chez le petit garçon.

C

CATHARTIQUE (METHODE) :

Du grec *katharsis*, « purification, purgation ». Pour Aristote, c'est l'effet produit chez le spectateur par la tragédie. En psychiatrie, le mot recouvre toute forme de psychothérapie qui recherche la décharge des affects pathogènes et cherche à faire revivre au sujet les traumatismes. Freud, dans ses *Etudes sur l'hystérie*, a montré que les affects qui n'ont pas réussi à trouver la voie vers la décharge restent « coincés », entraînant des symptômes. La méthode cathartique a donc pour objet de libérer ces affects. Cette « libération » est l' « abréaction ». Les affects cathartiques se retrouvent non seulement dans la psychanalyse, mais aussi dans la plupart des psychothérapies comme le psychodrame, dans lequel le jeu permet une délivrance des conflits intérieurs.

CLIVAGE DE L'OBJET :

D'après M. Klein, défense la plus primitive contre l'angoisse : l'objet est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet. Il est particulièrement actif dans la position paranoïde des premiers mois de la vie.

CLIVAGE DU MOI :

Freud introduit ce concept en 1927 dans son article sur le fétichisme. Il en fait un mode de défense très particulier où le sujet « se scinde », en quelque sorte, par rapport à la réalité ou à la différence des sexes. Une partie du sujet tient compte de la réalité qu'une autre ne connaît pas. Octave Mannoni a magistralement illustré ce mécanisme par la formule « Je sais bien, mais quand même ».

COMPULSION :

Du latin *compulsio*, de *compellere*, « presser, contraindre ». En psychanalyse, la compulsion, dite compulsion de répétition (*Wiederholungszwang*), est une tendance irrépressible chez un sujet à répéter certains actes ou certaines conduites (lavage des mains, manie des

rangements, etc.). Processus incoercible et d'origine inconsciente par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi les expériences antérieures sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel.
Type de conduites que le sujet est poussé à accomplir par une contrainte interne. Une pensée (obsession), une action, une opération défensive, voire une séquence complète de comportements sont qualifiés de compulsionnels lorsque leur non-accomplissement est ressenti comme devant entraîner une montée d'angoisse.

CONVERSION :

Du latin *conversio,* « action de retourner vers ». Transposition d'une excitation psychique en symptôme somatique durable. Défense contre l'angoisse, mécanisme fondamental de l'hystérie.

D

DENEGATION :

Le sujet évoque une idée, un sentiment, tout en niant qu'ils puissent le concerner en quoi que ce soit.
Procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne.

DEPLACEMENT :

Mécanisme inconscient par lequel une charge affective (émotion, pulsion) est transférée de son objet véritable sur un autre. Le déplacement est rendu visible en particulier dans le travail du rêve, par lequel « un élément latent est remplacé par une allusion et par lequel l'accent psychique est transféré d'un élément à un autre, peu important, de sorte que le rêve apparaît étrange ».

DEUIL :

Processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci.

Il se vit selon un processus organisé en étape que sont : le choc, le déni, la dépression, la colère et le marchandage, enfin l'acceptation.

E

EFFROI :

Réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser.

ELABORATION PSYCHIQUE :

Terme utilisé par Freud pour désigner dans différents contextes, le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathologique. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives.

ÉTAYAGE :

Terme introduit par Freud pour désigner la relation primitive des pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation : les pulsions sexuelles, qui ne deviennent indépendantes que secondairement, s'étayent sur les fonctions vitales qui leur fournissent une source organique, une direction et un objet.

F

FAUX-SELF DE WINNICOTT :

Il rend compte de certaines formes de régression dans la cure psychanalytique et d'organisations psychopathologiques entrant dans le cadre des troubles de la personnalité. Dans ces comportements et attitudes, le sujet dès la première enfance se soumet aux exigences de son entourage au prix d'un clivage du self qui laisse persister un vrai self archaïque, privé de moyens d'expressions et de satisfaction, non-élaboré par des échanges avec l'entourage.

Winnicott y voit une défense contre la partie malade de la mère qui cherche à rendre malade

l'enfant. Dans le clivage du soma et de la psyché, cette dernière est investie par le faux self ainsi coupée des expériences corporelles.
Il en résulte des sentiments de futilité, d'inconsistance, de vie ou de rester étranger aux expériences vécues. D'où la nécessité d'aménagement techniques dans la cure psychanalytique.

FANTASME ORIGINAIRE :

Ce terme apparaît dans les écrits de Freud en 1915 : « Il est possible que tous les fantasmes que l'on rencontre dans l'analyse aient été jadis, aux temps originaires de la famille humaine, réalité et qu'en créant des fantasmes, l'enfant comble seulement, à l'aide de la vérité préhistorique, les lacunes de la vérité individuelle. » En psychanalyse, les fantasmes originaires sont ceux qui « décrivent » l'origine du sujet (fantasme de scène primitive), la différenciation sexuelle (fantasme de castration) et la vie sexuelle (fantasme de séduction).

FETICHISME :

Du latin *facticius*, « artificiel ». Déviation sexuelle se manifestant par un attachement érotique à un objet (chaussure, culotte, ...) ou l'une des parties du corps d'autrui. Cette perversion se rencontre chez les sujets immatures, fixés à un stade du développement.

FIXATION :

Mécanisme par lequel la libido du sujet s'est attachée de manière « fixe » à un objet d'amour ou à un mode particulier de satisfaction pulsionnelle. Ainsi parle-t-on en psychanalyse de fixation à une image parentale ou de fixation à un stade (orale, anal) de développement libidinal.

FORMATION REACTIONNELLE :

Attitude ou habitus psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci (opposition entre inhibition et volubilité par exemple). En termes économiques, la formation réactionnelle est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient. Les formations réactionnelles peuvent être très localisées et se manifester par un comportement

particulier, ou généralisées jusqu'à constituer des traits de caractère plus ou moins intégrés à l'ensemble de la personnalité. Du point de vue clinique, les formations réactionnelles prennent valeur symptomatique dans ce qu'elles offrent de rigide, de forcé, de compulsionnel, par leurs échecs accidentels, par le fait qu'elles aboutissent parfois directement à un résultat opposé à celui qui est consciemment visé.

FORCLUSION :

Il s'origine du latin *forclore*, qui signifie exclusion. Terme proposé par Lacan pour désigner un mécanisme de défense spécifique de la psychose. Consistant en un rejet du sujet de l'univers symbolique d'une représentation insurmontable et de l'affect qui lui est attaché.

FRAYEUR PSYCHIQUE :

Afflux d'excitation qui surgit, le sujet ne peut pas élaborer. C'est un amoncellement d'excitation et le sujet est incapable de travailler avec et de lier. C'est un état particulier où l'appareil psychique est incapable de travailler, les excitations sont comme étrangères, elles viennent à l'intérieur du sujet et ressortent dans le rêve, sous la forme de cauchemars, comme si le sujet faisait émerger ailleurs.

H

HOSPITALISME :

Terme employé depuis les travaux de René Spitz pour désigner l'ensemble des perturbations somatiques et psychiques provoquées sur des enfants (pendant les 18 premiers mois) par un séjour prolongé dans une institution hospitalière où ils sont complètement privés de leur mère.

I

IDEAL DU MOI

Terme employé par Freud dans le cadre de la seconde théorie de l'appareil psychique : instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi)

et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. En tant qu'instance différenciée, l'idéal du moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer.

IDEALISATION :

Processus psychique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont portées à la perfection. L'identification à l'objet idéalisé contribue à la formation et à l'enrichissement des instances dites idéales de la personne (moi idéal, idéal du moi)

IDENTIFICATION :

Processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications.

IDENTITFICATION A L'AGRESSEUR :

Identification à l'agresseur : Mécanisme de défense isolée 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 forme autocritique.

IDENTITFICATION PROJECTIVE :

Terme introduit par Mélanie Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler.

IMAGO :

Prototype inconscient de personnages qui oriente électivement la façon dont le sujet appréhende autrui ; il est élaboré à partir des premières relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial.

INTROJECTION :

Du latin *intro*, « en dedans », et *jacere*, « jeter, projeter à l'extérieur ». Processus psychologique par lequel un sujet, notamment un enfant, incorpore de façon imaginaire une personne ou un objet à son moi ou à son surmoi. L'introjection est le prototype de l'identification. Ainsi l'introjection des interdits venants des parents ou des éducateurs engendre la conscience morale.
Le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités, inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation qui constitue un prototype corporel mais elle n'implique pas nécessairement une référence à la limite corporelle (introjection dans le moi...). Elle est dans un rapport étroit avec l'identification.

ISOLATION :

Mécanisme de défense qui consiste à séparer l'affect de la représentation à laquelle il était originalement attaché. Freud décrit ce mécanisme, pour lui typique de la névrose obsessionnelle, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926).

M

MASOCHISME :

Terme créé par le sexologue Krafft-Ebing à partir du nom de l'écrivain autrichien Sacher Masoch (1835-1895). Il désigne une perversion sexuelle qui fait dépendre la satisfaction d'une souffrance éprouvée par le sujet. Freud élargira ce concept en distinguant le masochisme moral (le sujet, en raison d'un sentiment de culpabilité, recherche la position de victime et se punit), le masochisme érogène (perversion sexuelle qui lie le plaisir sexuel à la douleur) et le masochisme féminin (fantasmes masochistes qui placent le sujet dans une situation caractéristique de la féminité, « c'est-à-dire, pour Freud, la passivité »).

METAPSYCHOLOGIE :

Terme créé par Freud pour désigner la psychologie qu'il a fondée, considérée dans sa dimension la plus théorique. La métapsychologie prend en considération trois points de vue: dynamique, topique et économique.

N

NARCISSISME :

Amour que l'on porte à soi-même. Freud reprend ce terme aux sexologues, qui l'avaient créé à partir du mythe de Narcisse, amoureux de son image. En 1910, Freud introduit ce terme pour rendre compte du choix d'objet chez les homosexuels. En 1911, il pose l'existence d'un stade de l'évolution sexuelle intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour-objet. En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*, il intègre le terme dans l'ensemble de la théorie psychanalytique. Le narcissisme, fixation orientée sur soi-même qui se traduit par un investissement de la libido sur le moi, est une étape normale du développement de l'enfant. Le narcissisme est chez l'adulte un retour à ce stade archaïque du développement.

NEVROSE TRAUMATIQUE :

Type de névrose où l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotionnel lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Le traumatisme agit comme élément déclenchant et prend une part déterminante dans le contenu même du symptôme (avec ressassement de l'événement traumatique, cauchemars répétitifs, troubles du sommeil) qui apparaît comme une tentative répétée pour lier et abréagir le trauma.

O

OBJET :

En tant que corrélatif de la pulsion : il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique.
En tant que corrélatif de l'amour (ou de la haine) : la relation en cause est alors celle de la personne totale, ou de l'instance du moi, et d'un objet visé lui-même comme totalité (personne, entité, idéale, etc.) ; l'adjectif correspondant serait « objectal ».

OBJET PARTIEL :

Type d'objets visés par les pulsions partielles sans que cela implique une personne, dans son ensemble, soit prise comme objet d'amour. Il s'agit principalement de parties du corps, réelles ou fantasmées (sein, fèces, pénis) et de leurs équivalents symboliques. Même une personne peut s'identifier à, ou être identifiée à un objet partiel.

OBJET TRANSITIONNEL :

Terme introduit par Winnicott pour désigner un objet matériel qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement (par exemple, un coin de couverture, une serviette qu'il suçote).
Le recours à des objets de ce type est, selon l'auteur, un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la « véritable relation d'objet ».

P

PARE-EXCITATION :

Terme employé par Freud dans le cadre d'un modèle psychophysiologique pour désigner une certaine fonction, et l'appareil qui en est le support. La fonction consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité,

risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement des excitations.

PERLABORATION :

Processus qui rend compte des changements intrapsychiques chez le patient au fur et à mesure qu'il intègre les interprétations. Elle permet la fin de l'analyse.
Processus par lequel un individu intègre une interprétation et surmonte les résistances qu'elle suscite. C'est un travail psychanalytique qui permet au sujet d'accepter certains éléments refoulés et de se dégager de l'emprise des mécanismes répétitifs.
Elle est à l'œuvre à des moments de stagnation dans la cure et qu'une résistance, bien qu'interprétée, persiste. Corrélativement, elle est favorisée par des interprétations de l'analyste consistant à montrer comment les significations en cause se retrouvent dans des contextes différents.

PERSONNALITE « COMME SI » :

Terme introduit par H. Deutsch pour rendre compte de tableaux cliniques particuliers. Il s'agit de personnalités ne présentant pas de symptômes psychonévrotiques ni de traits de caractère ouvertement pathologiques et dont le comportement est bien adapté aux exigences de l'environnement. Cette apparente normalité est en contraste avec un manque d'authenticité et de chaleur, associé à une pseudo affectivité. Le monde extérieur est posé comme tel que le sujet ne peut que s'y soumettre. La réalité fait fonction de surmoi si bien qu'en lieu et place d'un conflit intra-psychique, c'est le conflit entre le sujet et l'extérieur qui se révèle prévalent.

PERVERSION :

Déviation sexuelle par rapport à une norme (accès à l'orgasme par pénétration génitale). Quand l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels (homosexualité, bestialité, pédophilie), ou par d'autres zones corporelles, quand l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques (fétichisme, travestisme, voyeurisme, exhibitionnisme, sadomasochisme).

PLAISIR ET PRINCIPE DE PLAISIR :

Du latin *placere*, « plaire, être agréable ». En psychanalyse, pôle de la vie affective caractérisée par la prise de conscience de la satisfaction d'une tendance. On distingue généralement les plaisirs physiques, qui proviennent soit de certaines propriétés des corps perçues par les sens externes (couleurs, sons, impressions tactiles, saveurs, odeurs), soit du corps propre (plaisir sexuel, jeu libre des organes), des plaisirs moraux dans lesquels les éléments d'ordre intellectuel, spirituel, social sont prédominants par rapport aux éléments sensibles et physiologiques. Freud postule que l'être humain recherche avant tout à écarter le déplaisir et à se procurer du plaisir. « L'évolution des processus psychiques est déclenchée chaque fois par une tension agréable ou pénible et s'effectue de façon à aboutir à une diminution de cette tension, c'est-à-dire à la substitution d'un état agréable à un état pénible. »
Cependant, les difficultés du monde extérieur font que le principe de plaisir s'efface et cède la place au principe de réalité qui fait que, sans renoncer au but final que constitue le plaisir, nous consentons à en différer la réalisation et à accepter la douleur d'un déplaisir momentané pour y arriver. Le principe de plaisir est indissociable du mécanisme adaptateur et régulateur que constitue le principe de réalité.

PULSION :

Du latin *pulsio*, « action de pousser », traduction de l'allemand *Trieb*. Concept limite entre le psychique et le somatique désignant une force inconsciente d'ordre biologique (faim, soif, besoin sexuel), douée d'une forte charge énergétique et orientant le sujet vers un certain objet pour lui donner satisfaction et "réduire" la tension produite par la pulsion (*Trieb* a d'abord été traduit par "instinct"). Freud distingue la pulsion de vie (*Au- delà du principe de plaisir*, 1920), qui comprend les pulsions sexuelles et d'auto-conservation, et qui relève du principe de plaisir (Eros), et la pulsion de mort, qui représente l'effort de l'être pour se soustraire aux tensions et retourner à l'état inorganique. Tournée d'abord vers l'intérieur et tendant à l'auto-destruction, elle serait secondairement dirigée vers l'extérieur se manifestant alors sous la forme de la pulsion d'agression ou de destruction (Thanatos). Il faut souligner, dans le cadre de cette dernière théorie des pulsions, l'importance de la notion de liaison. La liaison est la caractéristique majeure des pulsions de vie, par opposition à la pulsion de mort.

PULSION DE MORT :

Dans le cadre de la dernière théorie freudienne des pulsions, désigne une catégorie fondamentale de pulsions qui s'opposent aux pulsions de vie et qui tendent à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique.
Tournées d'abord vers l'intérieur et tendant à l'autodestruction, les pulsions de mort seraient secondairement dirigées vers l'extérieur, se manifestant alors sous la forme de la pulsion d'agression ou de destruction.

PULSION DE VIE :

Grande catégorie de pulsions que Freud oppose, dans sa dernière théorie, aux pulsions de mort. Elles tendent à constituer des unités toujours plus grandes et à les maintenir. Les pulsions de vie, qui sont désignées aussi par le terme d'Eros, recouvrent, non seulement les pulsions sexuelles proprement dites, mais encore les pulsions d'autoconservation.

R

RESISTANCE AU TRANSFERT :

Du latin *resistancia*, de *resistere*, « ne pas avancer davantage, résister ». Fait de résister, d'opposer une force à une autre, de ne pas subir les effets d'une action. En psychanalyse, les résistances désignent l'ensemble des procédés langagiers et comportementaux qui entravent l'accession du sujet aux contenus de son inconscient. Elles s'expriment dans la cure avec des formes variées (silence) et constituent les limites de l'intervention thérapeutique.

RESISTANCE PAR LE TRANSFERT :

Idéalisation du psychologue empêchant tout travail.

S

SADISME :
Du nom du marquis de Sade. Perversion qui consiste à prendre plaisir à faire souffrir autrui physiquement ou moralement, ou à l'asservir et à le dominer.

SADO-MASOCHISME :

Association des pulsions agressives dirigées contre autrui ou contre soi- même. En psychanalyse, c'est l'alternance ou le mélange, chez le même sujet, d'un besoin, pour trouver la jouissance, de faire souffrir le partenaire et de rechercher sa propre souffrance. Les tendances sadiques et masochistes sont le plus souvent imbriquées.

SCENE PRIMITIVE (OU ORIGINAIRE) :

Freud créé ce terme en 1897 pour désigner certaines expériences infantiles traumatisantes. C'est un fantasme du rapport sexuel entre les parents dont l'enfant serait le produit. Elle est généralement décrite comme une scène de violence. C'est dans « L'homme aux loups » (1918) que l'observation du coït parental est décrite sous le nom de « scène originaire ».

SOUVENIR ECRAN :

Concept introduit précocement, puis peu développé par Freud, pour désigner une catégorie particulière de souvenirs d'enfance. Il s'agit de souvenirs très précis quant à leurs qualités sensorielles et d'un contenu apparemment insignifiant. Pour Freud, ils condensent l'essentiel de la vie sexuelle infantile du sujet.

SUBLIMATION :

Du latin *sublimare*, « élever ». En psychanalyse, c'est un mécanisme inconscient ayant pour effet de dériver la libido vers des activités socialement et culturellement valorisantes. Freud éclaire en partie le travail artistique et intellectuel en en faisant le résultat de l'énergie sexuelle dérivée vers des buts artistiques.

THANATOS :

Terme grec (la Mort) parfois utilisé pour désigner les pulsions de mort, par symétrie avec le terme d'Eros, son emploi souligne le caractère radical du dualisme pulsionnel en lui donnant une signification quasi mythique.

TRANSFERT :

Désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi entre eux et éminemment dans le cadre de la relation anaclytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. C'est le plus souvent le transfert dans la cure que les psychanalystes notamment transfert, sans autre qualificatif. Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci.

TRAVAIL DE DEUIL :

Processus intrapsychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci.

TRAVAIL DU RÊVE :

Ensemble des opérations qui transforment les matériaux du rêve (stimuli corporels, restes diurnes, pensées du rêve) en un produit : Le rêve manifeste. La déformation est l'effet de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM Nicolas, Torok Maria, L'écorce *et le noyau*, Paris, Champs essais, 2008.

ANZIEU Didier, *Le moi peau*, Paris, Dunod, 1995.

ARISTOTE, *De Memoria et Reminiscencia, De l'âme,* Paris, Vrin, 1934.

ARTAUD Antonin, Le Moine, Paris, Gallimard, 1975.

AULAGNIER Pierre, VALABREGA Jean-Paul, *Le désir et la perversion*, Paris, Seuil, 2016.

AULAGNIER Pierre, *La violence de l'interprétation-Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF, 1975.

BALIER Claude, *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 1996.

BALINT Michael, *Le défaut fondamental*, Paris, Payot, 2003.

BARANGER Madeleine, « La situation analytique comme champ dynamique », *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 1985.

BARROIS Claude (1998), *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 2003.

BERGER Maurice, *L'enfant et la souffrance de la séparation*, Paris, Dunod.1987.

BERGER Maurice, *L'échec de la protection de l'enfant*, Paris, Dunod, 2004.

BERGERET Jean, « Violence et évolution affective humaine Psychologie pathologique: Théorique et clinique », Paris, Masson, 1986.

BERGERET Jean, (1972), *Abrégé de psychologie Pathologique*, 9ème édition, Paris, Masson, 2004.

BERGERET Jean, *Le psychanalyste à l'écoute de l'addiction*, Paris, Dunod, 1991.

BERGERET Jean, (1996), *La personnalité normale et pathologique*, Paris, 2003.

BERGSON Henri, *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit*, Paris, PUF, 1965.

BERNATEAU Isée, *L'adolescent et la séparation*, Paris, PUF, 2010

BERTAUX Daniel, *L'enquête et ses méthodes, Le récit de vie*, Paris, Armand Collin, 2010.

BERTRAND Michèle, « Le spectre de la dépression », *Revue française de psychanalyse*, vol.68, 2004.

BION Wilfrid, (1963), *Éléments de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1978.

BION Wilfrid, (1965), *Transformations*, Paris, PUF, 1980.

BLEGER José, (1980), *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF, 2003.

BONNET Christian, « Entre récit et douleur : psychopathologie des récits de plaintes », thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille, 2000.

BRIOLE Guy., LEBIGOT François., *Le traumatisme psychique. Rencontre et devenir*, Paris, Masson, 1994.

BONNET Gérard, *Avoir l'œil, la violence du voir dans la jalousie*, in Revue française de psychanalyse, 1-1997 et *Le remords. Psychanalyse d'un meurtrier*, Paris, PUF, 2000.

BOURGUIGNON Odile, BYDLOWSKI Monique, *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 2006.

BOSZORMENYI-NAGY Ivan, KRASNER Barbara, *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy* , New York, Brunner/Mazel, 1986.

BOSZORMENYI-NAGY Ivan, SPARK Géraldine, *Invisible loyalties: Reciprocity in Intergenerationnal Family Therapy* », Levittown, Brunner/Mazel, 1989.

BOSZORMENYI-NAGY Yvan, « La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle », *Revue dialogue*, n°111, 1991.

BOURDIEU Pierre, « Actes de la recherche en sciences sociales », 62/63, juin 1986.

BOWEN Murray, *La différenciation de soi*, Paris, ESF, 1984.

BOWLBY John, (1969), *Théorie de l'attachement*, traduction française, 1988.

BOWLBY John, (1969), *Attachement et perte,* vol. I : L'attachement, trad. française J. Kalmanovitch, Paris, PUF, 5e éd., 2002.

BRETTE Françoise, EMMANUELLI Michèle, PRAGIER Georges, *Le traumatisme psychique*, Millau, PUF, 2014.

BRIOLE Guy, LEBIGOT François, *Le traumatisme psychique. Rencontre et devenir*, Paris, Masson, 1994.

BREUER Josef, FREUD Sigmund, (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2003.

CALICIS Florence, « La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 27, nº 3, 2006.

CANAT Sylvie, *Concepts fondamentaux de la psychanalyse,* Montpellier : cours maîtrise psychanalyse, Université Paul Valery, 2014.

CARTON Solange., CHABERT Catherine, Corcos Maurice, *Le silence des émotions*, Paris, Dunod, 2013.

CHANGEUX Jean Pierre, *L'homme neuronal,* Paris, Pluriel, 1983.

CHARCOT Jean Martin, Leçons du mardi à la Salpétrière, Notes de cours, tome 2, Bureaux du progès médical, Paris, 1888.

CHASSEGUET-SMIRGEL Janine, GRUNBERGER Bela, *Sublimation, les sentiers création*, Paris, Tchou, 1999.

CHIFFLET Jean-Loup, *Dictionnaire amoureux de l'humour,* Paris, Plon, 2012.

CHILAND Colette, « L'histoire de l'enfant vulnérable, L'enfant vulnérable », Paris, PUF, 1982.

CIAVALDINI André, *L´agir : un affect inachevé*, in L´affect, ss dir J. Boushira et H. Parat, Monographie de psychanalyse, Paris, PUF, 2005.

CONROTTO Francesco, *La sublimation, un fonctionnement psychique de base ?,* Paris, Revue Française de Psychanalyse, 2005.

CRAMER Bertrand, ANSERMET François, « Le syndrome de stress post-traumatique chez le jeune enfant », *Psychiatrie de l'enfant*, XLII, n°2, 1999.

CROCQ Louis, « Panorama des séquelles traumatiques psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post traumatiques et autres séquelles », *Psychologie médicale*, 24, 5,1992.

CROCQ Louis, « Le retour des enfers et son message », *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 3, n◦ 1, 2000.

CROCQ Louis, « Persée, la Méduse et l'effroi », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2, 3, 2002.

CROCQ Louis, *Victimologie et criminologie. Approches cliniques*, Paris, Champ Social, 2004.

CROCQ Louis, 16 *leçons sur le trauma***,** Paris, Odile Jacob, 2012.

COURNUT Jean, *L'ordinaire de la passion*, Paris, PUF, 1991 ; *Les défoncés* in L'individu hypermoderne, Paris, Eres, 2006.

CYRULNIK Boris, *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.

DELORY-MOMBERGER Christine, *Le sens de l'histoire*, Paris, Anthropos, 2001.

DEBORD Guy, *La société du spectacle*, Paris, Buchet/Chatel, 1967.

DECOURT Pierre, « Les voies de la sublimation sont-elles impénétrables ? », *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 2005.

DE LUCA Manuella, « Le Hikikomori entre Idiome culturel et expression actuelle de la souffrance au passage de l'adolescence à l'âge adulte », L'évolution psychiatrique, janvier 2017, Volume 82, n° 1.

DE MASI Francesco, *La Perversione sadomasochistica. L'oggetto e le teorie*, Bollati Boringhieri, 2007.

DE MIJOLLA Sophie, *Les visiteurs du moi*, Paris, Confluents psychanalytiques, 1986.

DE MIJOLLA Sophie, *La sublimation, Que sais-je?*, Paris, PUF, 2005.

DE MIJOLLA Sophie, « Choix pervers, choix sublimé », *Topique*, Paris, L'esprit du temps,

2009.

DE MIJOLLA Sophie, *Traité de la sublimation,* Paris, PUF, 2012.

DERRIDA Jacques, Donner *le temps*, Paris, Galilée, 1991.

DERRIDA Jacques, Donner *la mort*, in L'éthique du don, Paris, Métalité-Transition, 1992.

DERRIDA Jacques, ROUDINESCO Elisabeth, *De quoi demain...,* Paris, Fayard/Galilée, 2001.

DIMITRIADIS Yorgos, « Éloge de la subjectivité en psychiatrie », *Recherches en psychanalyse*, 2010/2, n° 10.

DROSSART Francis, *Une théorie Kleinienne de la destructivité et de la créativité*, Paris, Hublot, 2017.

DEUTSCH Hélène, (1933-1970), *Les « Comme Si » et autres textes*, Pairs, Seuil, 2007.

DSM III, *Diagnostic and Statistical Manual*, 3ème version, 1980.

DUCOMMUN-NAGY Catherine, *Ces loyautés qui nous libèrent*, Paris, JC Lattes, 2006.

ERNER Guillaume, *La Société des victimes,* Paris, La Découverte, *2006*.

FABRE Michel, *Philosophie et pédagogie du problème*, Paris, Vrin, 2000.

FEDIDA Pierre, *La construction du cas,* in Le Site de l'étranger, Paris, PUF, 1995.

FERENCZI Sandor, (1909c), *Transfert et introjection*, in : Psychanalyse I, Œuvres complètes - Tome I : 1908-1912. Paris, Payot, 1968.

FERENCZI Sandor, (1912b), *Le concept d'introjection*, Psychanalyse I, Œuvres complètes - Tome I : 1908-1912. Paris, Payot, 1968.

FERENCZI Sandor, (1919e), *La technique psychanalytique*, Psychanalyse 2, Œuvres complètes - Tome II : 1913-1919. Paris, Payot, 1970.

FERENCZI Sandor, (1919-1926), *Psychanalyse et criminologie,* Psychanalyse 3, Œuvres complètes, t. 3, Paris : Payot, 1919.

FERENCZI Sandor, (1923i), *Le rêve du nourrisson savant*, Psychanalyse 3, Œuvres complètes - Tome III : 1919-1926. Paris, Payot, 1974.

FERENCZI Sandor, (1927-1933), *Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, Paris, Payot, 1982.

FERENCZI Sandor, (1927-1933), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », *Psychanalyse IV*. Œuvres complètes Paris, Payot, 1982.

FERENCZI Sandor, (1927-1933), « Réflexions sur le traumatisme », *Psychanalyse IV*. Œuvres complètes Paris, Payot, 1982.

FERENCZI Sandor, (1930), *Principe de relaxation et néocatharsis*, Psychanalyse IV, Œuvres complète, Paris, Payot, 1990.

FERENCZI Sandor, (1932), Journal *clinique : Janvier-octobre*, Paris, Payot, 2014.

FERENCZI Sandor, (1934), *Réflexions sur le traumatisme*, Paris, Payot, 1984.

FOUCAULT Michel, RENNEVELLE M., *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003.

FREUD Ana, (1936), *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF,1949.

FREUD Sigmund, *L'hypnose,* (1886-1893), Introduction et *présentation de Mikkel Borch-*Jacobsen. L'Iconoclaste, 2015.

FREUD Sigmund, (1887-1902), *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 1956.

FREUD Sigmund, (1893), *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques*, Archives de Neurologie, Tome XXVI, Paris.

FREUD Sigmund, (1895b [1894]), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse*, in Névrose, psychose et perversion, Paris, PUF, 1973.

FREUD Sigmund, (1895), *Esquisse d'une psychologie scientifique*, Paris, PUF, 2004.

FREUD Sigmund, (1895), *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2009.

FREUD Sigmund, (1896b), *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*, Névrose, psychose et perversion, trad. J. Laplanche *et al.*, Paris, PUF, 1973.

FREUD Sigmund, (1899a), *Sur les souvenirs-écrans*, Névrose, psychose et perversion, Paris, PUF, 1973.

FREUD Sigmund, (1900), *Fragment d'une analyse d'hystérie Dora*, in Cinq psychanalyses, Paris, PUF, 1975.

FREUD Sigmund, (1905), *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient,* Paris, Gallimard, 1988.

FREUD Sigmund, *(1908-1939) Correspondance complète avec* Jones E., , Paris, PUF, 1996.

FREUD Sigmund, (1914), *Remémoration, répétition et perlaboration*, Paris, Payot, 2010.

FREUD Sigmund, (1914), *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot, 2012.

FREUD Sigmund, (1915), « Deuil et mélancolie », Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1981.

FREUD Sigmund, (1915), « Pulsions et destins des pulsions », *Métapsychologie*, traduit de l'allemand par J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1983.

FREUD Sigmund, (1916), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1962.

FREUD Sigmund, (1916), *Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse*, in L'inquiétante étrangeté et autres essais, Paris, Gallimard, 1985.

FREUD Sigmund, (1918), l'Homme *aux loups –d'une histoire de névrose infantile*, Paris, Payot, 2005.

FREUD Sigmund, (1919), *Un enfant est battu*, in Névrose, psychose et perversion, Paris, PUF, 1974.

FREUD Sigmund, (1920), « Au-delà du principe de plaisir », *Essais de Psychanalyse*, traduit de l'allemand par J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris, Payot, 1985.

FREUD Sigmund, (1923), *Le moi et le ça*, Paris, Payot, 1968.

FREUD Sigmund, (1925), *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.

FREUD Sigmund, « Les criminels par conscience de culpabilité », *Quelques types de*

caractères à partir du travail analytique, Recherches en psychanalyse, G.W. X, 390-391, 1925.

FREUD Sigmund, (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2005.

FREUD Sigmund, (1927), *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Paris, Gallimard, 1993.

FREUD Sigmund, (1934), *Malaise dans la civilisation*, Paris, Payot, 1995.

FREUD Sigmund, (1938), *Le clivage du moi dans les processus de défense*, Paris, PUF, 1985.

FREUD Sigmund, (1939), *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Folio, 2005.

FOUCAULT Michel, (1975), *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris , Gallimard, 1975.

GANTHERET François, *Incertitude d'Éros*, Paris, Gallimard, 1984.

GAUTHIER Benoit, *Recherche Sociale – de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Quebec, 2010.

GOLSE Bernard, *L'être-bébé : la question du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie*, Paris, PUF, 2006.

GREEN André, (1974), *L'analyste, la symbolisation et l'absence*, Paris, Gallimard, 1990.

GREEN André, *Le travail du négatif*, Paris, Éd. de Minuit, 1993.

GUYOTAT Jean, *Filiation et puerpéralité. Logiques du lien*. Entre psychanalyse et biomédecine, 1980.

HOUSSIER Florian, « Transgression et recours à l'acte : une forme d'agie, d'appel à l'objet, annales médico psychologiques », *Revue psychiatrique*, 2008

JANET Pierre, (1886), « Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme », *Revue Philosophique*, 25, I, 238-279. Janet P. (1889), L'Automatisme psychologique, Paris, Félix Alcan, Société Pierre Janet, 1973.

JANET Pierre, (1894), « Histoire d'une idée fixe », *Revue Philosophique*, 37, 1, 121-163,

Paris, Félix Alcan, Société Pierre Janet, 1973.

JANET Pierre, (1898 a), « Névroses et idées fixes », *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, vol. I. Paris, Félix Alcan, 1973.

JANIN Claude, « Les sublimations et leurs destins », *Revue française de psychanalyse*, 1998/4 (n°62).

JANIN Jules, *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF, 1996.

JANIN Jules, COPANS Jean, *Aux origines de l'anthropologie française. Les mémoires de la Société des observateurs de l'homme de l'an VIII*, Paris, Le sicomore, 1978.

JEAMMET Nicole, (1995), *l'entretien clinique et son analyse singulière*, in la recherche clinique en psychopathologie, BOUGUIGNON Odile., BYDLOWSKI Monique, Paris, PUF, 2006.

KAËS René, *Introduction au concept de transmission psychique dans la pensée de Freud*, in Faimberg Haydée, Transmission de la vie psychique entre *générations*, Paris, Dunod, 1993.

KAËS René, FAIMBERG Haydée, ENRIQUEZ Micheline, BARANÈS Jean José.-J., *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod, 2003.

KANT Emmanuel, (1790), *Critique de la faculté de juger*, Paris, Folio, 1989.

KERNBERG Otto, « *A* Psychoanalytic Classification of Character Pathology », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 1970.

KERNBERG Otto, (1975), *La personnalité narcissique*, Paris, Dunod, 1980.

KHAN Masud, (1974), *Le concept de traumatisme cumulatif, Le soi caché*, Paris, Gallimard, 1976.

KLEIN Mélanie, (1921-1945), *Éssais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.

KLEIN Mélanie, (1957a). *Envie et gratitude. Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968.

KORFF-SAUSSE Simone, *Fantômes sur le divan*, Paris, Cliniques méditerranéennes, 2012.

KRAEPLIN Emil, *Psychiatrie, Ein Lehrbrech für studietende und Aerzte*, Barth J, Leipzig, 1889.

LACAN Jacques, CÉNAC Michel, *Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie*, Paris, Seuil, 1966.

LACAN Jacques, (1959-1960) *Le Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1986.

LACAN Jacques, (1958-1959), *Le Séminaire* XVI, *D'un Autre à l'autre*, Paris, Seuil, 2006.

LACAN Jacques, *Les Écrits*, Paris, Seuil, 1966.

LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de Safouan M., La fonction du père réel », *Les lettres de l'Ecole Freudienne*, n° 11, 1974.

LACAN Jacques, (1973-1974), *Le Séminaire* XXI, *Les non-dupes errent*, inédit, 1974.

LACAN Jacques, (1975), *Joyce le symptôme II*, Paris, Navarin, 1987.

LACAN Jacques, (1970) *Du réseau des signifiants, les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1990.

LACAN Jacques, (1969-1970), *L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1991.

LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand., *Après-coup*, in Vocabulaire de psychanalyse, Paris, PUF, 1967.

LAPLANCHE Jean, *La sublimation*, Paris, PUF, 1980.

LAPLANCHE Jean, *Problématiques I. L'angoisse*, Paris, PUF, 1980.

LAPLANCHE Jean, S*ublimation et/ou inspiration*, Paris, PUF, 1999.

LEBIGOT François, *Traiter les traumatismes psychiques*, Paris, Dunod, 2ème édition, 2011.

LEBOVICI Serge et STOLERU Serge, *La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion, 1983.

LEBOVICI Serge, DIATKINE René, « Études des fantasmes chez l'enfant », *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 1954.

LEBOVICI Serge, « Empathie et « énactment » dans le travail du contre-transfert », Revue

française de psychanalyse, LVIII, N° spécial congrès, 1994.

LOPEZ Gérard., Bornstein S., Les comportements criminels, Paris, PUF, coll. Que sais-je?, n° 297, 1994.

MAUSS Marcel, « Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *L'Année sociologique*, 1923-1924.

MAC DOUGALL Joyce, *Le théâtre du Je*, Paris, Gallimard, 1982.

MEDNOICK Sarnoff, « *Criminality in XYY and XXY men* », *Science*, 193,1976.

MOREAU-RICAUD Michelle, *Influence de Balint sur la psychanalyse contemporaine*, Paris, Eres, 2006.

MORIN Edgar., *Pour sortir du XXème siècle*, Paris : Points, 1984.

MUCCI Clara, *Beyond individual and collective trauma: intergenerational transmission, psychoanalytic treatment, and the dynamics of forgiveness*, Londres, Karnac, 2013.

NACHT Sacha, (1938), *Le masochisme*, Paris, Payot, 2012.

NANCY Jean-Luc, *Être singulier pluriel*, Paris, Galilée, 1996.

OGDEN Thomas (2005), *This art of psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*, London: The New Library of Psychoanalysis, 2005.

OPPENHEIMER Agnès, *Kohut et la psychologie du Self*, Paris, PUF, 1996.

OROFIAMMA Roselyne., *Les figures du sujet dans le récit de vie*, Paris, CNAF, 2008.

Platon, *Théétète*, trad. M. Narcy, Paris, Flammarion, 1995.

PIGNOL Pascal, VILLERBU Loïck, *Le travail psychique de victime : Essai de psycho-victimologie*, 2008 et 2009.

PONTALIS Jean-Bertrand, *L'amour des commencements*, Paris, Gallimard, 1986.

PONTALIS Jean-Bertrand, *Perdre de vue*, Paris, Gallimard, 1988.

POUTOIS Jean-Pierre, DESMET Huguette, *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Mardaga, 2007.

RACAMIER Paul Claude, *Le génie des origines*, Paris, Payot, 1992.

RACAMIER Paul Claude, GUILLAUMIN Jean, « Entretien : Racamier Paul Claude. Guillaumin Jean », *Revue française de psychanalyse*, n°58, Paris, PUF, 1994.

RACAMIER Paul Claude, *L'incestuel, Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale,* Paris, Collège, 1998.

RACAMIER Paul Claude, *Cortège conceptuel,* Paris, Apsygée, 2000.

REIK Théodor, (1953), *Le Masochisme*, Paris, Payot, 2000.

RICŒUR Paul, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, 2000.

ROSEMBERG Benno, *Masochisme mortifère et masochisme gardien de vie*, Monographie de la psychanalyse, Revue française de Psychanalyse, 1999.

ROSENBLUM Rachel., *Peut-on mourir de dire ?, à propos de Sarah Kofman et Primo Levi,* Paris, PUF, 2001.

ROUDINESCO Élisabeth, *Pourquoi la psychanalyse ?* Paris, Fayard, 1999.

ROUISSILLON René, *Psychothérapies psychanalytiques,* Paris, PUF, 1999.

ROUSSILLON René, « Traumatismes et liaisons primaires non symboliques », *Actualités psychosomatiques, Association Genevoise de Psychosomatique* (AGEPSO), N°3, 2000.

SAINT AUGUSTIN, *Les confessions,* Paris, Flammarion, 1993.

SAJUS Nicolas, thèse de doctorat, Approche transculturelle comparée des apprentissages psycho-éducatifs et de l'usage des discours de résilience auprès d'adolescents victimes de maltraitances : cas de Jean en Guyane et de Marie en Métropole, Université de Guyane, 2016

STERN Daniel, (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*, Paris, PUF, 1989.

SZTULMAN Henri, « Déception, dépression essentielle et illusion chez les patients états-limites », *L'Évolution Psychiatrique*, n° 1, Paris, Elsevier Masson, 1994.

SZTULMAN Henri, « Entre addictions et ordalie : les toxicomanes », *Adolescences*, n° 15,1997.

SZTULMAN Henri, « Vers le concept des personnalités limites addictives », *Annales*

médicopsychologiques, n° 159, 2000.

VAN LYSEBETH-LEDENT Michèle, « Sublimation et perversion », *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 2005.

WATZLAWICK Paul, *Le langage du changement – éléments de communication thérapeutique*, Paris, Points, 1986.

WIDLÖCHER Daniel, *Introduction au concept de narcissisme*, Paris, Psychologie clinique et projective, 1986.

WINNICOTT Donald, (1951-1953), *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989.

WINNICOTT Donald, (1956b), *La préoccupation maternelle primaire*, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989.

WINNICOTT Donald, (1960d), *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux Self*, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989.

WINNICOTT Donald, (1958b), *La capacité d'être seul*, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989.

WINNICOTT Donald, *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self »*, Processus de maturation chez l'enfant, Paris, PUF, 1960.

WINNICOTT Donald, (1956a), *La tendance asociale*, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989.

WINNICOTT Donald, (1965), *Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille*, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

WINNICOTT Donald, (1967), Le concept d'individu sain, Conversations ordinaires, Paris, Gallimard, 1988.

WINNICOTT Donald, (1971), *Jeu et réalité*, Mayenne, Gallimard, 1999.

WINNICOTT Donald, *Fragments d'une analyse*, Paris, Payot, 2004.

ÉTUDES

BOKANOWSKI Thierry, *Traumatisme, traumatique, trauma. Le conflit Freud/Ferenczi*, conférences en ligne, Société Psychanalytique de Paris, programme 2001-2002.

CIAVALDINI André, *L´auteur de violences sexuelles : réitération, risques et modèles de compréhension*, in Le délinquant sexuel. Enjeux cliniques et sociétaux, Bruxelles : Henry Ingberg - Ministère de la Communauté Française – Belgique.

CROCQ Louis, *Délimitation et signification du concept de névrose traumatique*, LXVIIe congrès de psychiatrie et neurologie de langue francaise, Bruxelles, comptes rendus Paris : Masson, 1969.

FEVE Annaïck, HART Gabrielle, *Peduncular hallucinosis and dreams* (Communication au Congrès de neuropsychanalyse de Rio), Neuro-Psychoanalysis, 2005.

GOLSE Bernard, *L'être-bébé : la question du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie*, 2006.

SITES INTERNET:

ARISTOTE opuscules, traités de la mémoire et de la réminiscence, in reamcle.org/bloodwolf/philosophes/Aristote/mémoire.htm, consulté le 3 octobre 2015.

Bibliothèque de psychanalyse : https://psycha.ru (consulté e 2016, 2017, 2018)

DUFORUMENTELLE Anne, *La fin du sublime*, 9 juin 2016, www.liberation.fr/chroniques/2016/06/09/la-fin-du-sublime_1458435, consulté en juin 2017.

LACQUE-LABARTHE Philippe, Sublime philosophie, Encyclopædia Universalis (en ligne), consulté le 8 novembre 2016.

LOMBROSO Cesare, (1835-909), *L'homme criminel, étude anthropologique et psychiatrique »*, édition électronique : Césare Lombroso (1835-1909) classiques.uqac.ca/.../lombroso_cesare/ homme_criminel.../ homme_criminel_ 1887, consulté le 24 octobre 2016.

WINNICOTT Donald, *Les visées du traitement psychanalytique*, in Processus de maturation chez l'enfant et développement affectif, 1962, site internet, psycha.ru/fr/winnicott/1970/maturation14.html, consulté le 13 décembre 2015.

TABLE DES MATIERES

Résumé / Abstract …… 7

Remerciements 10

Introduction 19

Problématique…….. 22

Chapitre I. Concepts théoriques 28

1. Théorie du traumatisme chez S. Freud 28
    1.1. Fondements théoriques du traumatisme 28
    1.2. Le traumatisme versus la sexualité 32
    1.3. L'abandon de la *Neurotica* ou la *théorie du traumatisme sexuel précoce* (1897) 35

2. Théorie du traumatisme chez S. Fenrenczi 38

3. Théorie du traumatisme chez J. Lacan 43

4. Théorie du traumatisme chez O. Rank 45

5. Théorie du traumatisme chez D.W. Winnicott 46
    4.1. Le trauma : de la dépendance infantile au concept d'empiétement…….... 48
    4.2. L'hypermaturation intellectuelle ou le clivage corps/psyché 49

6. Évolution contemporaine de la pensée psychanalytique 53

7. Traumatisme psychique et psychopathologie 58
    7.1. L'événement traumatique 59

7.2. Traumatisme et masochisme..... 64

8. La clinique contemporaine du traumatisme 67
8.1. Sémiologie clinique du traumatisme..... 67
8.2. Les troubles immédiats et précoces du traumatisme 75
8.2.1. Différents stress ……..…… 76
- Le faux stress ……..…….. 76
- Le stress adapté ……..……...…… 76
- Le stress différé ……..……..…. 76
- Les réactions de stress différé ……..……..….. 76
8.2.2. La sidération ……..……..…. 77
8.2.3. L'agitation motrice ……..……...….. 78
8.2.4. La réaction de fuite panique ……..……...… 79
8.2.5. Les actions automatiques ……. 79
8.2.6. Les états de stress névrotiques ou psychotiques ……...….. 80
8.2.7. La notion de dissociation péri-traumatique …… 82
8.2.8. Les troubles à plus ou moins long terme du traumatisme ……. 83
- Les névroses traumatiques …… 84

9. Traumatisme et sublimation 87
9.1. Concept de sublimation..... 87
9.2. Les sublimations 94
9.3. Enjeux des liens d'attachement sur la personnalité de l'enfant : traumatisme et destins du narcissisme blessé 99
- L'attachement sécure ……..…… 102
- L'attachement évitant …….…… 102
- L'attachement ambivalent/ résistent ……..…….…… 103
- L'attachement désorganisé/désorienté ……...…… 103

Chapitre II. Méthodologie de l'analyse et présentations cliniques..... 115

1. Le choix méthodologique 115
- L'entretien, l'étude de cas et le récit de vie ……..…… 115

2. Présentations cliniques..... 118

2.1 Roland et sa famille..... 118
Le trauma entre conflit intra psychique et conflit de loyauté…….…… 128
2.2 Christine..... 135
2.3 Patrick ou le « moine nounours » 140
2..4 Victor….…….……..... 143
2.5 Trauma et dialectique d'enjeux comme analyse clinique de la construction d'actes criminels…… 146

Chapitre III. Analyse clinique 155

1. Le traumatisme comme facteur émergeant des différents mécanismes de défense 155

2. Le trauma comme facteur de transmission intrapsychique 157
2.1. L'héritage phylogénétique 168
2.2. Le trauma : entre conflit intrapsychique et conflit de loyauté 168

3. Le trauma comme objet de répétition 169

4. Le traumatisme : des neurosciences à la psychodynamique ……...…… 176
4.1. De la génétique à l'épigénétique 176
4.2. La possible transmission des marqueurs génétiques ……..... 176
4.3. De la plasticité neuronale à la psychanalyse 178

L'espace transitionnel aujourd'hui…… 185

Chapitre IV. Discussion 191

Conclusion 210
- Critiques, limites et réflexions 213
- Perspectives d'ouverture 214

Annexes 218
- Annexe 1 : Lettre à Fliess 220
- Annexe 2 : Lettre de Freud à Marie Bonaparte 227
- Annexe 3 : Lettre de Freud à Pfister à la mort de sa fille..... 230
- Annexe 4 : Entretien Monique 232
- Annexe 5 : Entretien Benoit 240
- Annexe 6 : Entretien Laurent 247
- Annexe 7 : Entretien épouse de Laurent 256
- Annexe 8 : Entretien Émilie 261
- Annexe 9 : Entretien Monique et Émilie 264
- Annexe 10 : Lettre de Christine 267
- Annexe 11 : Dessin de Christine 268
- Entretien de Victor..... 276

Sigles et acronymes 277

Glossaire..... 279

Bibliographie 296
- Ouvrages 296
- Études 310
- Site Internet 311

Tables des matières 313